

ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

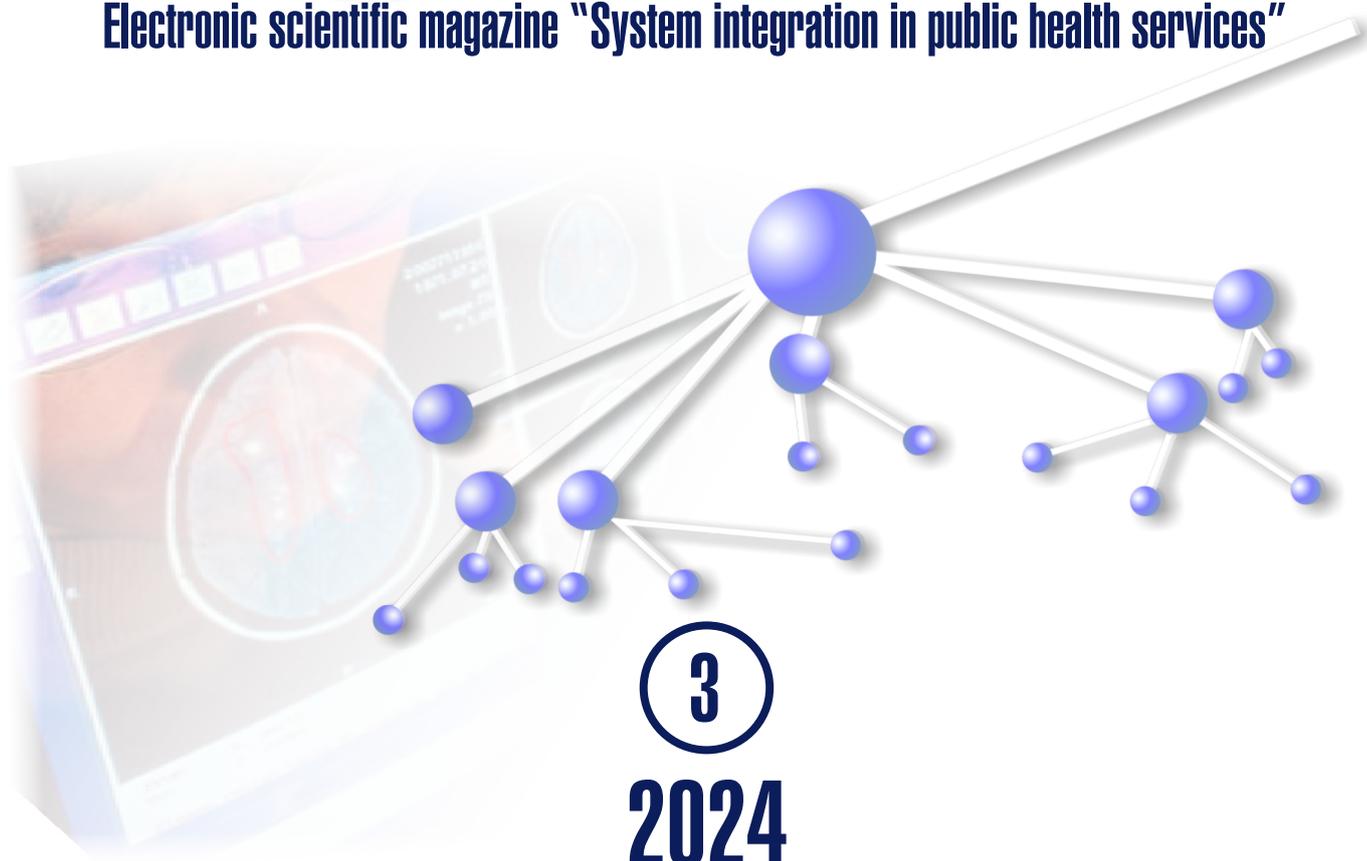
ББК 5+65.495+60.5+88+74

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

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

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2024



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

№ 3 (64) 2024

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



Уважаемые читатели!

Перед вами очередной выпуск нашего журнала. И в этот раз основу сборника составили работы ведущих специалистов в области управления здравоохранения и медицины, социальной психологии и психологии личности.

Ряд работ посвящены вопросам мотивации выбора профессии студентами медицинского колледжа и университета, трудовой мотивации сотрудников системы здравоохранения, взаимосвязи мотивации и успешности обучающихся.

Отдельным пластом представлены работы по проблемам медицинского права и экономики здравоохранения. Авторы работ дают классификацию системы российского законодательства в сфере охраны здоровья детей, дают экономический анализ деятельности медицинской организации, проводят социологические исследования по проблемам деятельности больницы, балансу бюджета и целевого расходования в больницах. Особняком стоят исследования по особенностям организации медосмотров и реабилитации пациентов с ВЧЛП.

В выпуске публикуется первая часть практического пособия по сопровождению ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями. Авторы пособия – ведущие деятели науки, социальной сферы и религиозные деятели – дают конкретные практические рекомендации по организации ухода за больными с когнитивными нарушениями.

Известный арабский философ и врач Абу Али ибн Сина (Авиценна) учил: «Улучшай душу науками, чтобы двигаться вперед». Невозможно преуспеть ни в медицине, ни в психологии, ни тем более духовно обогащаться, не изучая смежные науки, не развиваясь в других областях.

Хочется верить, что данный выпуск позволит глубже познакомиться с различными гранями современных исследований в социальной психологии, психологии личности, медицинском праве, экономике здравоохранения и медицине и вызовет интерес у широкого круга читателей.

*Доктор психологических наук, профессор
главный внештатный медицинский психолог
Министерства здравоохранения Свердловской области
Набойченко Евгения Сергеевна*

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

Симонова А.А., Валиева Т.В., Набойченко Е.С.
 ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 5

Ошкордина А.А., Бакаева Р.Н.
 РАЗРАБОТКА МОТИВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ ОРГАНИЗАЦИИ И СИСТЕМЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ПЕРСОНАЛА 17

Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.
 ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИКЛАДНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 24

Белоусова С.Д., Шаров А.А.
 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕННОЙ УСПЕШНОСТИ, САОМОТНОШЕНИЯ И МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 34

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рожин А.И., Ирижепов С.Б., Миногина Т.В., Перминова И.М., Рыкалина О.А., Борзунова Т.И.
 БАЛАНС БЮДЖЕТА И ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОГО УРОВНЯ 42

Богданова Е.Н., Скороходова Л.А., Устинов А.Л.
 КЛАССИФИКАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 49

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каргаполова Е.К., Шалагина О.Ю., Борзунов И.В., Калицкая В.В.
 ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДОСМОТРОВ 60

Новоселов И.Э., Гольдштейн С.Л., Дугина Е.А., Блохина С.И., Рогожина Ю.С.
 АСПЕКТЫ И АЛГОРИТМЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЧЛП 69

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Кульберг А.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С.
 ПРОГРАММНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ: Практическое пособие (НАЧАЛО) 92

© Симонова А.А., Валиева Т.В., Набойченко Е.С.

УДК: 159.9.07

ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Симонова А.А.¹, Валиева Т.В.², Набойченко Е.С.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, кафедра клинической психологии и педагогики,

² Уральский федеральный университет, кафедра общей и социальной психологии

Резюме. В статье представлены результаты исследования связи личностного потенциала подростка с социальной тревожностью и дезадаптацией, поскольку этот возраст является сензитивным периодом развития потенциала личности и уязвимым к формированию социальной дезадаптации. В исследовании приняли участие 46 старших подростков, учащихся одного из техникумов Екатеринбурга, в возрасте от 16 до 17 лет, методом изучения выступил психодиагностический метод. Выявлено, что самоэффективность является предиктором снижения социофобии, самоэффективность и контроль – уменьшения тревоги, выраженная вовлеченность является предиктором снижения депрессии.

Ключевые слова: личностный потенциал, жизнестойкость, социальная тревожность, социофобия, социальная дезадаптация, подростковый возраст.

PERSONAL POTENTIAL AS A PREDICTOR OF REDUCING SOCIAL ANXIETY AND MALADJUSTMENT IN ADOLESCENCE

Simonova A.A.¹, Valieva T.V.², Naboichenko E.S.¹

¹Ural State Medical University, Department of Clinical Psychology and Pedagogy;

²Ural Federal University, Department of General and Social Psychology.

Summary. The article presents the results of a study of the relationship of a teenager's personal potential with social anxiety and maladaptation, since this age is a sensitive period of personal potential development and vulnerable to the formation of social maladaptation. The study involved 46 older teenagers, students of one of the technical schools of Yekaterinburg, aged 16 to 17 years, the method of study was the psychodiagnostic method. It was revealed that self-efficacy is a predictor of a decrease in social phobia, self-efficacy

and control are a decrease in anxiety, pronounced involvement is a predictor of a decrease in depression.

Key words: personal potential, resilience, social anxiety, social phobia, social maladjustment, adolescence.

Введение

В современном мире (SHIVA-мир), который характеризуется как расщепленный, ужасный, невообразимый, беспощадный, где людей постоянно сопровождает чувство тревожности, привычные шаблоны не работают, горизонт планирования короткий, формирующаяся личность подвергается большим рискам воздействия негативных факторов – агрессивной информационной средой, категоричностью суждений, смене ценностных ориентиров, пропаганде насилия, деструктивных способов ухода от проблем. Стрессогенная среда вызывает необходимость актуализировать внутренние потенциалы психики, самодетерминацию личности. Это под силу человеку взрослому, но под силу ли это подростку, вступающему на путь взросления, где требования велики как к взрослому, ответственность колоссальна, а взгляд на многие процессы еще обусловлен свойственным периоду максимализмом. Важной задачей современной клинической психологии является разработка научно-практических основ формирования и развития у подростков личностного потенциала с целью профилактики расстройств, возникающих в следствии социальной дезадаптации.

Повышенный уровень тревожности оказывает негативное воздействие на личностное развитие подростка. В настоящее время в системе общей тревожности вызывает интерес такой феномен, как социальная тревожность. Научная значимость данного явления представлена трудами И. В. Никитиной, А. Б. Холмогоровой [1], В.Н. Краснова [2], О.А. Сагалаковой [3], Д.Б. Ястребова [4], Б.А. Сосновского [5]. Социальная тревожность может стать серьезной помехой на пути развития и самореализации молодого человека. Среди подростков наиболее высок риск манифестации психической патологии в связи с высоким уровнем нагрузки и стресса в этот период жизни [3].

Социальная тревожность нередко предшествует заболеванию депрессией и является ее важным предиктором. Она негативно сказывается на отношениях в семье и с близкими людьми. Опыт взаимодействия социально тревожных людей с родителями, одноклассниками, друзьями и партнерами характеризуется как тяжелый.

Высокие показатели социальной тревожности могут выступать одним из основных маркеров такого расстройства как социальная фобия. Социальную тревожность как симптом отличает высокая степень коморбидности с другими нозологиями, в первую очередь с депрессиями, обсессивно-компульсивными синдромами [1].

Высокий уровень социальной тревоги возникает при наличии низкой самооценки, чрезмерной потребности в одобрении своих поступков, это в полной мере свойственно подростковому возрасту, который является одним из самых уязвимых периодов взросления человека, в котором личность подвергается многим стрессовым факторам. Происходящие в этом возрасте изменения сопровождаются различными психоэмоциональными проблемами, связанными с перестройкой и развитием организма. Трудности связаны и с внутриличностным конфликтом, основанным на необходимости профессионального самоопределения, часто с острой реакцией на обиду, с критичностью и конфликтностью, трудностями межличностного взаимодействия. Помимо этого, важное значение может иметь наличие и негативный социальный опыта и дефицит социальных навыков [3].

Социальная тревожность прямо способствует и проблеме социальной дезадаптации личности, которая изучалась в работах Б.Н. Алмазова [6], А. В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Л.В. Карапетян [7], А.Г. Маклакова [8], З.В. Дияновой [9], Л.Г. Сударчиковой [10] и других. Б.Н. Алмазов выделяет два типа дезадаптивного поведения человека – поведение агрессивного типа и бегство от ситуации, в котором развиваются тревожно-депрессивные симптомы [6].

Анализ работ **Л.Г. Агеевой** [11], **Д.А. Дубровиной** [12], **Л.Н. Собчик** [13] и других показал, что в науке отсутствует единое мнение о факторах развития социально-психологической дезадаптации у подростков и молодых людей, однако позволил предположить, что к факторам могут относиться такие феномены, как агрессия, безнадежность, одиночество, депрессия.

В связи с рассмотренными закономерностями нами было выдвинуто предположение о том, что снижению социальной тревожности и социальной дезадаптации будет способствовать развитие в подростковом возрасте личностного потенциала, понимаемого как совокупность навыков и способностей, обеспечивающих регуляцию процессов деятельности, адаптацию к новым условиям, решение проблемных ситуаций, самодетерминацию.

Научные представления о личностном потенциале как основании успешной практической деятельности сформированы в трудах таких учёных, как Д.А. Леонтьев [14], К.С. Кальбина [15], А.М. Повышева [16], Л.И. Саввы, Д.А. Хабибулина, В.В. Егорова [17], О.Г. Носкова [18] и других; современные подходы к выделению условий и факторов, определяющих личностный потенциал субъекта деятельности находим в работах таких учёных, как А.И. Алонцева [19], Е.И. Исаев Е.И. [20], Б.Р. Мандель [21], И.И. Поташева, Т.Н. Ермакова [22], А.К. Болотова [23], и других.

В целом готовность личности к деятельности определяется способностью человека реализовать свой личностный потенциал, о чем говорил Д.А. Леонтьев [14]. Использование понятия потенциала обуславливается необходимостью отметить то, что указанные способности и навыки могут находиться в неактуализированном состоянии, составлять скрытые ресурсы человека, резервы, которые при определенных условиях переходят из потенциального состояния в реализованное. Раскрытие потенциала личности зависит, как от факторов окружающей среды (социального окружения), так и от степени активности человека в самообразовании и саморазвитии.

Поташева И.И., Ермакова Т.Н. понимают потенциал личности как «динамическое интегральное образование, определяющее ресурсные возможности развития человека и его способность к овладению и продуктивному осуществлению различных видов деятельности» [22]. Активизация этих ресурсных возможностей осуществляется, в частности, в процессе самореализации личности и имеет качественно разные типы тенденций. Алонцева А.И. определяет личностный потенциал как условие эффективной практической деятельности, как структурированную целостность, которая отражает особенности системной организации личности и обеспечивает успешность социально-психологической адаптации к новым условиям, эффективное решение проблемных ситуаций и преодоление жизненных трудностей [19].

Болотова А.К. видит в потенциале личности «интегральное качество человека, которое образуется в результате включения его в деятельность и состоит из взаимосвязанных и взаимообусловленных функциональных образований: личностных способностей, профессиональных знаний, профессионально значимых свойств» [23].

Потенциал личности указывает на уровень ее зрелости, проявляющийся в феномене самодетерминации. В понимании Б.А. Сосновского личностный потенциал представляет собой гибкую совокупность ресурсов человека, лежащих в основу его

способности к эффективному развитию и деятельности в условиях трансформации общества. По его мнению, потенциал личности определяется внутренними факторами, к которым относятся: физическое состояние человека, деятельностная сфера (способность к преобразованию действительности), интеллектуально мотивационная сфера (готовность к определенной активности, саморегуляции в процессе достижения цели), эмоционально волевые способности (особенности эмоциональных состояний и волевых процессов во время сознательной саморегуляции), а также внешними, к которым он причисляет материальное состояние, социальные отношения, информационное пространство и профессиональную среду [5].

Таким образом, несмотря на заметные различия в определениях личностного потенциала можно найти то существенное, что фиксируется в каждом из приведенных выше определений – в потенциале личности сосредотачиваются неактуализированные возможности, способности, ресурсы, которые могут быть раскрыты человеком в требуемых условиях. Под личностным потенциалом понимают совокупность способностей, развивающихся в онтогенезе, и навыков, которые приобретаются во время обучения, которые актуализируются при определенных условиях и обеспечивают человеку способность осуществлять регуляцию процессов деятельности.

Как указывал Д.А. Леонтьев и Е.Р. Калитеевская, в подростковом возрасте формируются основные предпосылки формирования и развития личностного потенциала субъекта деятельности на основе развития способности к целеполаганию, практическому осмыслению своей деятельности, развития волевого потенциала, позволяющего регулировать свои действия, эмоции, руководить своей судьбой, уверенности в себе, социальной смелости, умения опираться на себя, значимости личного мнения и позитивного самоотношения [24]. Для успешного формирования и развития личностного потенциала субъекта деятельности необходимо создавать обогащенную психологическую среду, учитывая важность начального этапа данного процесса в подростковом возрасте, именно он считается сензитивным периодом для успешного формирования личностного потенциала в благоприятных условиях образовательной среды.

Цель работы

Выявление роли личностного потенциала в снижении социальной тревожности и социальной дезадаптации в подростковом возрасте.

Материалы и методы

Выборку исследования составили 46 старших подростков, являющихся учащимися техникума, в возрасте от 16 до 17 лет. Для исследования личностного потенциала подростков были выбраны 1) Шкала общей самоэффективности (General Self-Efficacy Scale, GSE) в адаптации В. Г. Ромека (1996), 2) Шкала самодетерминации (Self Determination Scale, SDS) в адаптации Е. Н. Осина (2010), 3) Шкала произвольной регуляции у подростков (Early Adolescent Temperament Questionnaire, EATQ-R) в адаптации Е. Р. Слободской, Т. О. Риппинен и др. (2018), 3) Краткая шкала самоконтроля (Brief Self-Control Scale, BSCS) в адаптации Т. О. Гордеевой, Е. Н. Осин и др. (2016), 4) Тест жизнестойкости Мадди (Personal Views Survey, PVS III-R) в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой (2006).

Для исследования показательной социальной тревожности и социальной дезадаптации были применены 1) Краткая шкала страха негативной оценки (Brief Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE) в адаптации И. В. Григорьевой, С. Н. Ениколопова (2016), 2) Шкала социального избегания и дистресса (Social Avoidance and Distress Scale, SADS) в адаптации Клименкова Е.Н. Холмогорова А.Б. 3) Тест на социофобию SPIN (Social Phobia Inventory) в адаптации В. В. Руженковой и др. (2019), 4) Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS) в адаптации А. А. Золотарева (2021).

Обработка данных осуществлялась в программе STATISTICA 16.0. Использовались критерий W-Шапиро-Уилка для оценки нормальности распределения, непараметрический коэффициент корреляции r-Спирмена, регрессионный анализ для оценки степени влияния личностного потенциала на социальную тревожность.

Результаты и обсуждение

Анализ уровней выраженности показателей социальной тревожности в выборке показал, что у 10 респондентов (21,74%) наблюдается умеренно повышенная социальная тревога, у 14 респондентов (30,44%) – повышенный уровень социальной тревоги, у 6 респондентов (13,04%) – высокий уровень социальной тревоги; 2 респондента (4,35%) демонстрируют субклинический уровень социофобии. Анализ нормальности распределения выявил несоответствие половины переменных нормальному распределению, в соответствии этим для выявления связи личностного потенциала с показателями социальной тревожности и дезадаптации был выбран коэффициент корреляции r-Спирмена (таблица 1).

Результаты корреляционного анализа связей параметров личностного потенциала с показателями социальной тревожности

Переменные	Коэффициент корреляции, r	Уровень значимости, p
Социальное избегание и дистресс		
Самодетерминация	-0,41	0,005
Аутентичность	-0,33	0,026
Самовыражение	-0,38	0,010
Самозффективность	-0,38	0,009
Социофобия		
Аутентичность	-0,31	0,039
Вовлеченность	-0,35	0,018
Воспринимаемый выбор	-0,32	0,030
Жизнестойкость	-0,48	0,001
Контроль	-0,52	0,000
Принятие риска	-0,48	0,001
Принятие риска	-0,36	0,014
Самовыражение	-0,39	0,007
Самодетерминация	-0,43	0,003
Самозффективность	-0,59	0,000
Стресс		
Вовлеченность	-0,38	0,010
Жизнестойкость	-0,33	0,023
Контроль	-0,35	0,016
Регуляция активности	-0,30	0,040
Депрессия		
Аутентичность	-0,34	0,021
Вовлеченность	-0,63	0,000
Воспринимаемый выбор	-0,39	0,007
Жизнестойкость	-0,63	0,000

Контроль	-0,51	0,000
Принятие риска	-0,54	0,000
Регуляция активности	-0,29	0,049
Самодетерминация	-0,41	0,004
Самоконтроль	-0,31	0,034
Самозффективность	-0,49	0,000
Тревога		
Вовлеченность	-0,47	0,001
Жизнестойкость	-0,50	0,000
Контроль	-0,47	0,001
Принятие риска	-0,40	0,005
Самодетерминация	-0,29	0,047
Самозффективность	-0,53	0,000

Влияние личностного потенциала на такие проявления социальной дезадаптации, как социофобия, тревога и депрессия, подтвердилось, о чем говорят результаты множественного регрессионного анализа (таблицы 2-4).

Таблица 2

Регрессионная модель влияния параметров личностного потенциала на **социофобию** ($R = 0,611$; $R^2 = 0,374$; $F(1,44) = 26,276$; $p = 0,000$;
Стандартная ошибка регрессии = 7,691)

Модель	Beta- коэффициент ы	Коэффициент ы регрессии	Эмпирическо е значение t- Стьюдента (44)	Уровень значимост и, p
Свободный член (Intercept)	-	50,085	7,074	0,0000
Самозффективност ь	-0,611	-1,187	-5,126	0,0000

Таблица 3

Регрессионная модель влияния параметров личностного потенциала на **тревогу**
($R = 0,562$; $R^2 = 0,316$; $F(2,43) = 9,917$; $p = 0,000$;
Стандартная ошибка регрессии = 2,897)

Модель	Beta- коэффициент ы	Коэффициент ы регрессии	Эмпирическое значение t- Стьюдента (43)	Уровень значимост и, p
Свободный член (Intercept)	–	16,536	6,103	0,0000
Самозффективно сть	-0,350	-0,242	-2,438	0,0190
Контроль	-0,302	-0,502	-2,104	0,0413

Таблица 4

Регрессионная модель влияния параметров личностного потенциала на **депрессию** ($R = 0,522$; $R^2 = 0,273$; $F(1,44) = 16,485$; $p = 0,000$; Стандартная ошибка регрессии = 3,308)

Модель	Beta- коэффициент ы	Коэффициент ы регрессии	Эмпирическое значение t- Стьюдента (44)	Уровень значимост и, p
Свободный член (Intercept)	–	11,600	6,794	0,0000
Вовлеченность	-0,522	-0,772	-4,060	0,0002

Результаты исследования показывают наличие умеренных и средних корреляционных связей между показателями дезадаптации и тревоги (социальное избегание и дистресс, социофобия, депрессия, тревога) и параметрами личностного потенциала – аутентичность, регуляция активности, самодетерминация, самоконтроль, самоэффективность, воспринимаемый выбор, общая жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска (таблица 1). Все корреляции носят обратный характер, что означает, что актуализированные компоненты личностного потенциала сопряжены с низкими показателями социальной тревожности и дезадаптации.

Анализ регрессионных моделей (таблицы 2-4) показывает, что развитая самоэффективность является предиктором снижения социофобии и тревоги. Это говорит о том, что убежденность подростка в возможности достижения результатов, его вера в то, что он в состоянии вести себя таким образом, что это приведет к желаемому успеху снижает страх или беспокойство в социальных ситуациях, помогает преодолевать социальное избегание. Снижению тревоги также способствует

актуализация контроля как убежденности во влиянии на собственную деятельность, вступления в борьбу с испытаниями, что способствует преодолению чувства собственной беспомощности. Активная жизненная позиция и принятие жизненных событий как позитивного опыта (вовлеченность) является предиктором снижения депрессии в подростковом возрасте.

Выводы

Таким образом, раскрытие личностного потенциала формирует убежденность человека в самоэффективности, получении удовольствия и пользы от собственной деятельности, от общения, коммуникации. Это позволяет подросткам адекватно оценивать трудности и опасности, которые могут вызывать негативные переживания (тревогу, стресс, страх), что положительно влияет на их адаптацию в обществе.

Полученные в ходе исследования результаты, позволяющие заключить, что высокий уровень личностного потенциала выступает предиктором снижения социальной тревожности и дезадаптации, могут быть ценными в работе по профилактике социальной тревожности и дезадаптации, а также способствовать поиску возможностей для преодоления негативного влияния социальной тревожности на подростков, сохранения их психического здоровья.

Список литературы

1. Никитина И. В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения // Социальная и клиническая психиатрия. 2010г. №1. С.80-85
2. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 33–38
3. Сагалакова О.А. Социальные страхи и социофобии: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. 102 с.
4. Ястребов Д.Б. Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2005.
5. Общая и социальная психология / под ред. Б. А. Сосновского. — М.: Юрайт. 2024. 482 с
6. Алмазов *Б.Н.* Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних: Монография. 2-е изд. М.: Юрайт, 2023.180 с.

7. Васильева А. В., Караваева Т. А., Карапетян Л. В. Психологическое сопровождение специалистов с расстройством адаптации. — С-Пб.: Питер. 2023. 112 с.
8. Маклаков А.Г. Общая психология. - СПб.: Питер, 2016. - 592 с.
9. Диянова З. В., Щеголева Т. М. Общая психология. Познавательные процессы. — М.: Юрайт. 2024. 132 с.
10. Сударчикова, Л.Г. Педагогическая психология: Учебное пособие / Л.Г. Сударчикова. - М.: Флинта, 2015. - 320 с.
11. Агеева Л. Г. Социально-психологическая дезадаптация современных школьников и ее причины. Ульяновск: Ульяновский государственный технический университет, 2010. 180 с.
12. Дубровина, И.В. Возрастная и педагогическая психология. Хрестоматия / И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, В.В. Зацепин. - М.: Academia, 2018. – 256 с.
13. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. М.: Институт прикладной психологии, 1997. 469 с
14. Леонтьев А.А. Что такое деятельностный подход в образовании? / Леонтьев А.А. // Начальная школа: плюс-минус. – 2001. – № 1. – С. 3-6.
15. Кальбина К. С. Личностный потенциал как фактор профессиональной успешности // Universum: психология и образование. 2022. №2. С. 21-23.
16. Повышев А.М. Прикладные аспекты теории личностно-профессионального потенциала // Science Time. 2021. №2. С. 41 – 45.
17. Савва Л. И., Хабибулин Д. А., Егоров В.В. Сущность, содержание и структура личностного потенциала студентов университета // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. Том 11. №2. С. 1-13.
18. Носкова О.Г. История прикладной психологии: субъектно-деятельностный подход // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2021. №2. С. 58-72.
19. Алонцева А. И. Развитие личностного потенциала будущих психологов в процессе профессиональной подготовки // Общество: социология, психология, педагогика. 2020. №4. С. 55-59
20. Исаев Е.И. Педагогическая психология: Учебник для академического бакалавриата / Е.И. Исаев. - Люберцы: Юрайт, 2015. - 347 с.
21. Мандель Б.Р. Педагогическая психология: Учебное пособие / Б.Р. Мандель. - М.: Инфра-М, 2016. - 256 с.

22. Поташева И.И., Ермакова Т.Н. Развитие личностного потенциала субъектов учебно-воспитательного процесса // Педагогика и психология образования 2021. №3. С. 24-39.
23. Болотова А. К. Прикладная психология. Основы консультативной психологии. — М.: Юрайт. 2024. 342 с.
24. Калитеевская Е.Р., Леонтьев Д.А. Пути становления самодетерминации личности в подростковом возрасте // Вопросы психологии. 2006. № 3.

РАЗРАБОТКА МОТИВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ ОРГАНИЗАЦИИ И СИСТЕМЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ПЕРСОНАЛА

Ошкордина А. А.¹, Бакаева Р.Н.¹

¹ФБГУ ВО «Уральский государственный экономический университет», кафедра
экономики социальной сферы

Резюме. Статья рассматривает важность анализа результативности системы стимулирования персонала и методы оценки эффективности мотивационной политики в организации. Представлены основные инструменты оценки результативности, включая ключевые показатели результативности, 360-градусную обратную связь, опросы сотрудников и анализ производительности. Обсуждается процесс корректировки мотивационной политики в соответствии с выявленными результатами и ключевые этапы анализа и внедрения изменений.

Ключевые слова: анализ, результативность, система стимулирования, методы, эффективность, мотивационная политика, оценка, корректировка, инструменты.

DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATION'S MOTIVATIONAL POLICY AND STAFF INCENTIVE SYSTEM

Oshkordina A. A.¹, Bakaeva R.N.¹

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State
Economic University", Department of Social Sphere Economics

Summary. The article considers the importance of analyzing the effectiveness of the personnel incentive system and methods for evaluating the effectiveness of motivational policy in an organization. The main performance assessment tools are presented, including key performance indicators, 360-degree feedback, employee surveys and performance analysis. The process of adjusting the motivational policy in accordance with the identified results and the key stages of the analysis and implementation of changes are discussed.

Keywords: analysis, effectiveness, incentive system, methods, effectiveness, motivational policy, assessment, adjustment, tools

Введение

Эффективное управление персоналом – ключевой фактор успеха любой организации. Работники, чувствующие себя ценными и мотивированными, демонстрируют более высокую производительность, лояльность и готовность к сотрудничеству, что в конечном итоге положительно сказывается на результативности компании [1]. Поэтому разработка и внедрение эффективной мотивационной политики и системы стимулирования персонала становятся необходимыми и стратегически важными задачами для любого руководителя или менеджмента организации [2].

Во-первых, мотивация персонала имеет прямое влияние на работоспособность и результативность работы сотрудников. Коллектив, который чувствует поддержку и заинтересованность в своем развитии, более склонен к достижению поставленных целей и задач. Мотивированные работники выступают в роли двигателей для достижения успехов компании, способствуя росту производительности и качества выполняемых работ.

Во-вторых, мотивация и стимулирование персонала оказывают непосредственное влияние на уровень удовлетворенности работой и морально-психологическое состояние сотрудников. Забота о мотивации создает благоприятную атмосферу в коллективе, способствует развитию командного духа и снижению текучести кадров. Рабочие места, где ценятся и стимулируются достижения сотрудников, становятся привлекательными и конкурентоспособными на рынке труда, что способствует привлечению и удержанию высококвалифицированных специалистов.

Таким образом, разработка мотивационной политики и системы стимулирования персонала является ключевым инструментом в управлении ресурсами организации и позволяет создать условия для эффективного функционирования коллектива, повышения его профессионального уровня и достижения стратегических целей компании.

Цель работы

Определить основные направления мотивационной политики в организациях здравоохранения в системе эффективного управления персоналом.

Материалы и методы

Материалами и исследовательской базой послужили труды отечественных и зарубежных ученых в области экономических и медицинских знаний, а также практики организации и эффективного управления персоналом в организациях и учреждениях

здравоохранения. Авторы в своей работе опирались на изучение колоссального практического опыта в формировании мотивационной политики в системе эффективного управления организациями и учреждениями здравоохранения. При обработке и систематизации информационно-аналитического материала использовались методы группировки, детализации, синтеза, историко-логический метод исследования.

Результаты и обсуждение

После обоснования важности разработки мотивационной политики и системы стимулирования персонала следует более глубоко погрузиться в понятие и сущность мотивации персонала. Мотивация играет ключевую роль в управлении человеческими ресурсами, поскольку она определяет внутренние стимулы и потребности сотрудников, которые направляют их поведение и действия на рабочем месте. Разберемся подробнее, что представляет собой мотивация персонала и как ее можно сочетать с общей стратегией управления персоналом.

Понятие мотивации подразумевает внутренние и внешние факторы, которые побуждают человека к достижению определенных целей или выполнению задач. Это может быть стремление к самореализации, удовлетворение потребностей, желание признания или повышения заработной платы, например. Важно понимать, что мотивация не является постоянной и однозначной: она может изменяться в зависимости от внешних обстоятельств, личных целей и предпочтений сотрудника [3].

Сущность мотивации персонала заключается в создании условий, способствующих активизации внутренних и внешних факторов мотивации и выработке механизмов стимулирования сотрудников. Эффективная мотивационная политика должна уметь определить потребности и ожидания персонала, адаптировать их к стратегическим целям организации и разработать индивидуальные подходы к мотивации в соответствии с особенностями каждого сотрудника.

Таким образом, понимание понятия и сущности мотивации персонала является базовым шагом к построению эффективных стратегий мотивации и стимулирования в организации. Далее стоит рассмотреть основные компоненты мотивационной политики и инструменты стимулирования, способствующие развитию положительной мотивационной среды и росту производительности персонала.

После погружения в сущность мотивации персонала, важно рассмотреть основные составляющие мотивационной политики, которые помогут эффективно организовать

процесс стимулирования сотрудников. Включая в себя цели, принципы, меры разработки и инструменты, такая политика становится стратегическим инструментом управления ресурсами компании и ключевым элементом построения успешного бизнеса.

Цели и принципы мотивационной политики ориентированы на достижение устраивающих как руководство, так и персонал результатов. Цели могут включать стимулирование повышения производительности, увеличение лояльности сотрудников и улучшение рабочей атмосферы. Принципы могут включать прозрачность, справедливость, индивидуальный подход к каждому работнику, а также последовательность и системность в применении мотивационных мер.

Меры по разработке и внедрению мотивационной политики предполагают анализ потребностей и ожиданий сотрудников, разработку плана поощрения и стимулирования, создание механизмов обратной связи для оценки эффективности и корректировки политики. Важно провести системный подход к процессу разработки, учитывая специфику бизнеса и особенности персонала.

Инструменты мотивации сотрудников представляют собой средства и методы, которые используются для активации внутренних и внешних мотивов сотрудников. К ним могут относиться финансовые стимулы (премии, бонусы), возможности для профессионального развития, система поощрений и наказаний, создание благоприятной рабочей среды [4].

Таким образом, понимание и использование основных составляющих мотивационной политики – это ключевой шаг в построении эффективной системы стимулирования персонала, способной повысить уровень мотивации, удовлетворенности и результативности работников в организации. Далее следует подробнее рассмотреть каждую из перечисленных составляющих и их влияние на достижение целей мотивационной политики.

Оценка результатов стимулирования поможет организации выявить эффективность применяемых подходов, а также определить области для улучшения и дальнейшего развития мотивационной стратегии. Рассмотрим основные методы и инструменты оценки результативности системы стимулирования:

1. Ключевые показатели результативности (KPI). Использование KPI позволяет установить конкретные цели и показатели работы на основе стратегических задач организации. Оценка выполнения KPI позволяет оценить эффективность

стимулирующих мероприятий и корректировать их в соответствии с поставленными целями.

2. 360-градусная обратная связь. Система сбора обратной связи от сотрудников, руководителей, коллег и клиентов позволяет оценить эффективность системы стимулирования с различных точек зрения. Анализ выявленных тенденций позволяет выявить сильные и слабые стороны мотивационной политики.

3. Опросы и анкетирование. Проведение опросов и анкетирование среди сотрудников позволяет оценить их уровень удовлетворенности, мотивации и восприятие системы стимулирования. Результаты опросов позволяют выявить области для улучшения и корректировки стратегии мотивации.

4. Анализ показателей производительности и эффективности. Постоянный анализ ключевых показателей производительности и эффективности работы сотрудников позволяет оценить влияние применяемых стимулов на достижение целей организации и уровень результативности труда [5].

Использование разнообразных методов и инструментов оценки результативности системы стимулирования позволяет организациям получить объективные данные об эффективности мотивационной стратегии, выявить области для улучшения и роста, а также корректировать подходы в соответствии с потребностями и запросами персонала. Дальнейшее развитие методов оценки результативности поможет компаниям достичь оптимального уровня мотивации, эффективности и успеха.

Важно оценить эффективность примененных подходов, выделить ключевые уроки и рекомендации для дальнейшего совершенствования мотивации сотрудников.

Выводы

Рассмотрим основные итоги и выводы:

1. Адаптивный подход. Важно понимать, что мотивационная политика не должна оставаться статичной, а должна постоянно адаптироваться к изменяющимся условиям рынка и потребностям сотрудников. Гибкость и способность к коррекции помогают эффективно стимулировать персонал и достигать общих целей.

2. Значимость обратной связи. Обратная связь играет ключевую роль в оценке результатов системы стимулирования и помогает выявить сильные стороны и слабые места в мотивационной политике. Регулярные обсуждения и анализ обратной связи помогают постоянно улучшать методы мотивации.

3. Развитие лидерских качеств руководителей. Участие руководителей на всех уровнях в системе стимулирования играет решающую роль в успехе мотивации персонала. Важно инвестировать в развитие лидерских навыков и способностей руководителей для обеспечения эффективности системы стимулирования.

4. Непрерывное усовершенствование. Процесс разработки и совершенствования мотивационной политики и системы стимулирования персонала является непрерывным. Важно постоянно проводить анализ результатов, вносить изменения и экспериментировать с новыми подходами для достижения лучших результатов [6].

Таким образом, разработка мотивационной политики и системы стимулирования персонала – это сложный и многогранный процесс, который требует постоянного внимания, анализа и корректировки. Важно учитывать потребности и предпочтения сотрудников, стремиться к созданию мотивационной среды, которая будет способствовать развитию и достижению общих целей компании. Непрерывное усовершенствование и гибкость – ключевые факторы успеха в разработке и реализации мотивационной политики.

Список литературы

1. Жуля А.С. Эффективность управления персоналом в современной организации. // Вопросы студенческой науки. 2022. - №10(74). – с.249-253.
2. Смирнова Т.В. Эффективное управление персоналом как фактор устойчивого развития и экономической безопасности современной организации. // Экономика. Социология. Право. – 2021. - №1(21) – с. 27–30.
3. Соколов С. А. Оптимизация системы мотивации персонала организации // Экономические системы. 2023. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-sistemy-motivatsii-personala-organizatsii> (дата обращения: 11.03.2024).
4. Ошкордина А.А., Белобородова А.В. Совершенствование системы планирования как основной функцией управления медицинской организацией. // Конкурентоспособность территорий: материалы XXV Всероссийского экономического форума молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 2022. – с. 2–5.

5. Шуманская М.В. Финансовые инструменты повышения производительности труда // Вестник науки. 2023. №6 (63). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansovye-instrumenty-povysheniya-proizvoditelnosti-truda> (дата обращения: 10.03.2024).
6. Вагнер В.А. Мотивация и стимулирование персонала // Экономика и бизнес: теория и практика. 2023. №1-1 (95). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsiya-i-stimulirovanie-personala-2> (дата обращения: 10.03.2024).

© Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.

УДК 331.548

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
МОТИВАЦИИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТУДЕНТАМИ
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИКЛАДНОГО
СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Набойченко Е.С.¹, Кузьмин К.В.², Петрова Л.Е.³, Харченко В.С.³

¹ *Министерство здравоохранения Свердловской области, Российская Федерация,
г. Екатеринбург*

² *ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», Российская
Федерация, г. Екатеринбург*

³ *ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени Первого президента
России Б.Н. Ельцина», Российская Федерация, г. Екатеринбург*

Резюме. В статье представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного в марте-апреле 2023 г. и посвященного вопросам изучения особенностей социально-психологической мотивации выбора профессии студентами Свердловского областного медицинского колледжа. Около 70% опрошенных указывают на сознательный выбор профессии. Наиболее высокий уровень сознательности выбора отмечен у студентов специальностей «Акушерское дело», «Лечебное дело» и «Медицинский массаж», студентов более старшего возраста, уже работающих в здравоохранении на должностях младшего медицинского персонала, а также у проживающих в Екатеринбурге и крупных городах Свердловской области. Такие студенты также демонстрируют более высокий уровень готовности к работе в системе здравоохранения после окончания колледжа.

Ключевые слова: социально-психологическая мотивация, выбор профессии, студенты медицинского колледжа.

**FEATURES OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL MOTIVATION OF CHOICE OF
PROFESSION BY MEDICAL COLLEGE STUDENTS: ACCORDING TO THE RESULTS
OF APPLIED SOCIOLOGICAL RESEARCH**

Naboychenko E.S.¹, Kuzmin K.V.², Petrova L.E.³, Kharchenko V.S.³

¹ *Ministry of Health of the Sverdlovsk Region, Russian Federation, Yekaterinburg*

² *Sverdlovsk Regional Medical College, Russian Federation, Yekaterinburg*

³ *Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Russian Federation, Yekaterinburg*

Summary. The article presents the results of an applied sociological study conducted in March-April 2023 and devoted to the study of the characteristics of socio-psychological motivation for choosing a profession by students of the Sverdlovsk Regional Medical College. About 70% of respondents indicate a conscious choice of profession. The highest level of choice consciousness was noted among students of the specialties "Obstetrics", "General Medicine" and "Medical Massage", older students already working in healthcare as junior medical personnel, as well as those living in Yekaterinburg and large cities of the Sverdlovsk region. These students also demonstrate higher levels of readiness to work in health care after college.

Keywords: socio-psychological motivation, choice of profession, medical college students.

Введение

Выбор профессии является очень важным и крайне ответственным шагом в жизни любого молодого человека, ищущего свое место во взрослой жизни и, тем самым, определяющего будущую социальную роль. В идеале выбор профессии отражает соответствующие индивидуально-ценностные ориентации личности, находящие свое воплощение на уровне осознаваемых ею мотивов деятельности. Выбор же медицинской профессии сопряжен с ее сущностными особенностями: медицинский работник «обречен» на взаимодействие с «трудными» пациентами и их близкими, а сама работа в системе здравоохранения неизбежно предполагает сопровождающие ее стрессы и возникающие этические и моральные дилеммы.

При выборе профессии человек не только реализует отношение к самому себе, производя внутреннюю самооценку своих способностей и наклонностей, но и учитывает ее социальную значимость, взвешивая при этом собственные возможности добиться успеха, оптимально самовыразиться, обеспечить себя заработком и т.д.

При этом немалое влияние на мотивацию выбора профессии могут оказывать такие факторы, как доступность профессиональных учебных заведений (в том числе географическая), особенности поступления, предполагаемая престижность, условия

труда, стабильность занятости, влияние средств массовой информации, родителей или друзей/знакомых.

В целом же, мотивация выбора профессии является не только психологически, но и социально обусловленным явлением, так как опирается и на внутренние установки личности, и на экономические и социальные условия ее жизнедеятельности.

В научной литературе оформились две традиции в изучении феномена мотивации выбора профессии – психологическая и социологическая.

В *психологической* традиции мотивация рассматривается в контексте изучения особенностей целенаправленной деятельности личности под влиянием тех или иных мотивов (Е.П. Ильин [1], А.Н. Леонтьев [2], В.С. Мерлин [3], С.Л. Рубинштейн [4]). Сущность психологической мотивации раскрывается на основе выделения ведущего мотива, объединяющего другие мотивы в единое целое (Л.И. Божович [5], Д.Н. Узнадзе [6]).

В *социологической* традиции мотивация рассматривается в тесной связи с осознанными потребностями личности, сформированными под влиянием тех социальных факторов, которые заставляют ее действовать в конкретной ситуации и предполагать те или иные последствия индивидуального выбора (А. Маслоу [7], Э. Мэйо [8]). В рамках теории приобретаемых потребностей Д. МакКлелланда [9] мотивация выбора профессии связывается с процессом обучения индивида, в ходе которого последний обретает такие мотивационные диспозиции, как «стремление к успеху» и «стремление избегать неудачи». Первая диспозиция формирует творческое отношение к профессии, способствуя более полной реализации личностного потенциала; вторая – вызывает безынициативное поведение, порождая чрезмерную скованность, фрустрацию и ограничение творческих способностей.

В целом же, мотивация трактуется в контексте общего процесса профессионального самоопределения – активного определения позиции индивида по поводу профессиональных ценностей, основанного на ведущих личностных смыслах, ориентированного на возможности и способности личности и проектирующего ее будущее (К.А. Абульханова-Славская [10], С.С. Гришпун [11], Е.А. Климов [12]).

Наконец, нельзя «сбрасывать со счетов» представления об особенностях будущей профессиональной деятельности (иногда – иллюзорные), а также воздействие ситуационных или случайных факторов, например, увлечение внешней стороной профессии, неверное представление о содержании будущего труда, «стадные»

инстинкты («делать как все») и пр. При этом важно учитывать тот факт, что неверный выбор профессии может иметь в будущем самые тяжелые последствия, в том числе, оказывая негативное воздействие на психику и социальное поведение человека.

Цель работы

Цель: проанализировать особенности социально-психологической мотивации выбора медицинской профессии студентами государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж» (ГБПОУ «СОМК», г. Екатеринбург). Задачи: 1) провести комплексный анализ социально-психологической мотивации выбора медицинской профессии; 2) изучить особенности влияния различных факторов (возраст, специальность, местожителство) на мотивацию выбора профессии.

Материалы и методы

В марте-апреле 2023 г. проведено онлайн-анкетирование студентов медицинских специальностей, обучающихся в ГБПОУ «СОМК» (n=2358). Ссылку на онлайн-анкету студенты получили посредством электронной рассылки, выполненной кураторами академических групп. Отбор единиц анализа из генеральной совокупности в выборочную производился по принципу достижимой выборки, составившей 17,2%. Ошибка выборки – 1,84%, что позволяет утверждать о получении достаточно точной информации об изучаемом предмете исследования. Методы: одномерный, двухмерный и сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение

Для изучения мотивации выбора медицинской профессии студентам был задан вопрос «Ваше решение о выборе медицинской профессии было...» с вариантами ответа: 1) «сознательным и полностью самостоятельным» («сознательный выбор»); 2) «сделано по совету знакомых / настоянию близких (родителей и др.)» («выбор по рекомендации»); 3) «вынужденным, надо было куда-то поступать» («вынужденный выбор»); 4) «совершенно случайным» («случайный выбор») (рис. 1).

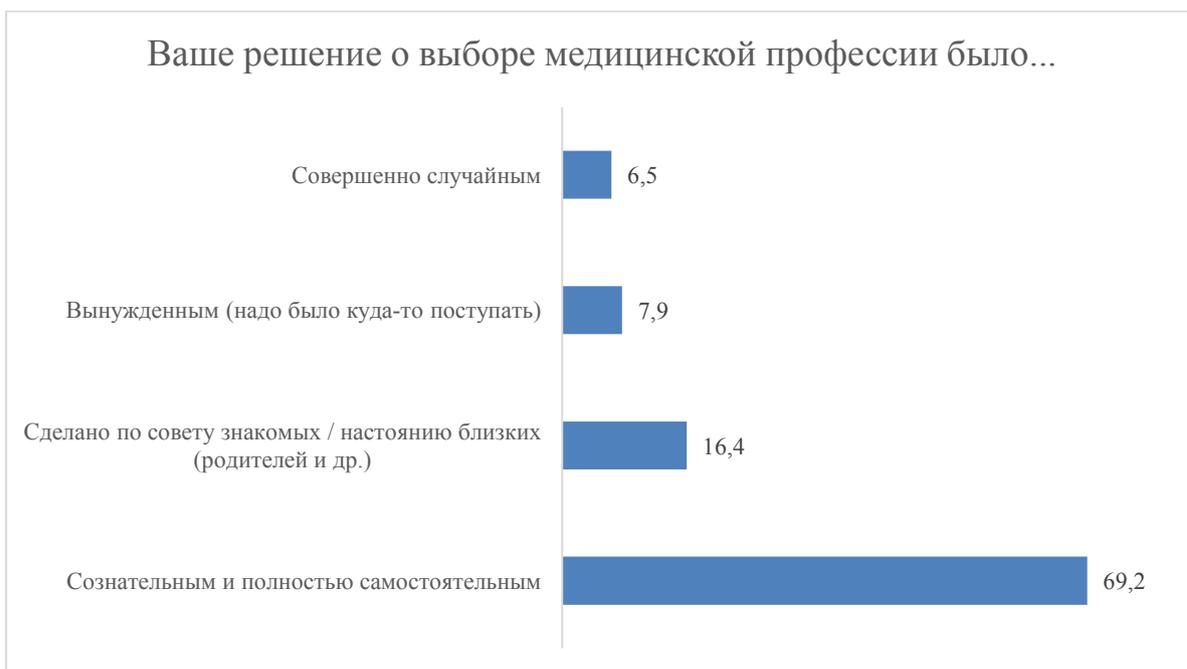


Рис. 1. Мотивация выбора медицинской профессии (в процентах к общему числу опрошенных)

Таким образом, почти 70% опрошенных подчеркнули сознательность и самостоятельность в своем выборе медицинской профессии, каждый седьмой – указал на случайный (6,5%) либо вынужденный (7,9%) выбор, а 16,4% респондентов отметили, что сделали выбор по рекомендации.

Более значимыми оказались отличия в выборе вариантов ответов в зависимости от возраста респондентов (рис. 2).

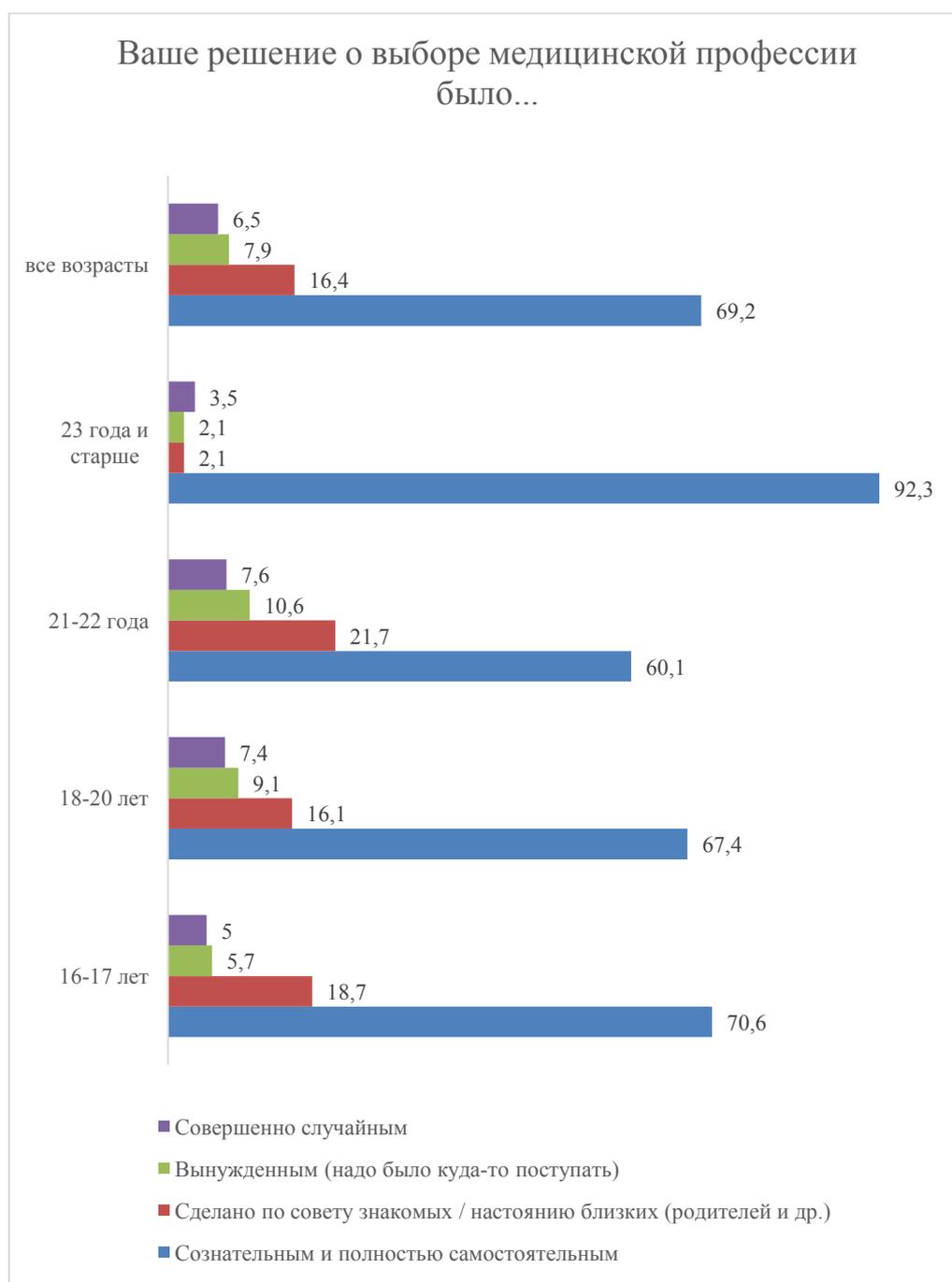


Рис. 2. Мотивация выбора медицинской профессии в зависимости от возраста респондентов (в % к общему числу по выбранным группам)

Очевидно, что наибольшая сознательность в выборе медицинской профессии присуща возрастной группе «23 года и старше» (такой ответ дали 92,3%); наименьшая – группе «21-22 года» (60,1%). Среди 16-17-летних и 21-22-летних респондентов относительно высокий удельный вес занимает выбор по рекомендации (18,7% и 21,7% соответственно). Наконец, в возрастных группах «18-20 лет» и «21-22 года» каждый 10-й опрошенный отметил «вынужденность» сделанного им профессионального

выбора. Такие ответы мы объясняем тем, что речь здесь идет о нереализованных амбициях молодых людей, не поступивших после окончания полной средней школы в медицинский университет и потому пошедших учиться в колледж. Стоит отметить, что 16-17-летние респонденты показали несколько более высокий уровень самостоятельности при выборе профессии (70,6%).

Существенные отличия в мотивации выбора профессии прослеживаются в ответах респондентов разных специальностей среднего профессионального медицинского образования (рис. 3).

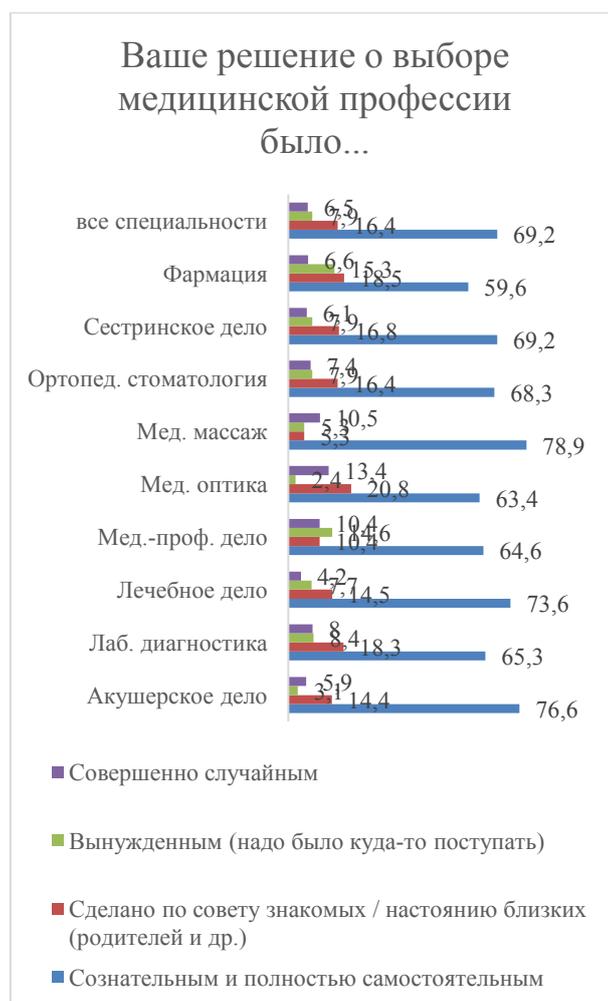


Рис. 3. Мотивация выбора медицинской профессии в зависимости от специальности респондентов (в % к общему числу по выбранным группам)

Итак, наиболее высокий удельный вес сознательности в выборе профессии отмечен среди студентов, обучающихся по специальностям «Медицинский массаж» (78,9%; на данной специальности обучаются только незрячие или слабовидящие студенты), «Акушерское дело» (76,6%) и «Лечебное дело» (73,6%); относительно низкие показатели представлены среди обучающихся по специальностям «Фармация» (59,6%), «Медицинская оптика» (63,4%) и «Медико-профилактическое дело» (64,6%).

Вынужденность либо случайность выбора в наибольшей степени присуща студентам специальностей «Медико-профилактическое дело» (25%) и «Фармация» (21,9%). Наконец, относительно высокий удельный вес занимает выбор по рекомендации для студентов, обучающихся по специальностям «Медицинская оптика» (20,8%) и «Лабораторная диагностика» (18,3%), то есть почти каждый 5-й опрошенный.

ГБПОУ «СОМК» ведет образовательную деятельность как в Екатеринбурге (головное учреждение и фармацевтический филиал), так и в филиалах, расположенных в 11 городах Свердловской области. Обучение в медицинском колледже является привлекательным для студентов, проживающих как в городах, так в сельской местности не только Свердловской, но и близлежащих областей Уральского федерального округа. При этом также отмечаются отличия в мотивации выбора профессии (рис. 4).



Рис. 4. Мотивация выбора медицинской профессии в зависимости от места жительства респондентов (в % к общему числу по выбранным группам)

Таким образом, наименьшая доля респондентов, определивших свой выбор медицинской профессии как сознательный, проживает в сельской местности (59,9%); каждый 10-й респондент этой же группы (10,7%) назвал свой выбор вынужденным, а каждый 11-й (9,1%) – случайным. Лидирующие места в выборе профессии по рекомендации занимают опрошенные, приехавшие обучаться в ГБПОУ СОМК из других областей (24,7%), а также проживающие в сельской местности (20,3%). В наименьшей

степени случайность выбора характерна для опрошенных, проживающих в крупных городах Свердловской области (4,6%), а также в других областях (5,2%).

Сознательность и самостоятельность выбора медицинской профессии – важная характеристика социально-психологической мотивации, имеющая существенное значение как для получения образования, так и для дальнейшей эффективной работы специалиста среднего звена в системе здравоохранения.

Такие студенты демонстрируют более высокий уровень готовности после окончания колледжа работать по полученной медицинской специальности. Об этом, в частности, заявили две трети опрошенных данной группы (66,4%); для сравнения, подобную готовность выразили 60,7% респондентов, сделавших выбор профессии по рекомендации, 59,1% – сделавших случайный выбор и лишь половина (51,1%) – сделавших вынужденный выбор.

В целом, проведенное исследование показывает, что контингент обучающихся в колледже довольно самостоятелен, несмотря на возраст, зрелый, и с этим контингентом можно и нужно работать, мотивируя их на успешное завершение учебного процесса, и, возможно, его продолжение в системе высшего медицинского образования.

Выводы

1. Почти 70% опрошенных указали на то, что вполне самостоятельны в выборе своей профессии. Наиболее высокую степень сознательности выбора демонстрируют студенты тех специальностей, которые связаны с большей ответственностью в принятии решений и с более тесной коммуникацией с пациентами («Акушерское дело», «Лечебное дело» и «Медицинский массаж»). Менее высокий уровень осознанной мотивации – у студентов «обслуживающих» специальностей («Фармация», «Лабораторная диагностика», «Медицинская оптика», «Медико-профилактическое дело»).

2. Относительно чаще о сознательном и самостоятельном выборе профессии заявляют студенты, обладающие сформированным социальным и человеческим капиталом; как правило, это студенты более старшего возраста, многие из которых уже работают в здравоохранении санитарями в больницах, на должностях младшего медицинского персонала, на станциях скорой медицинской помощи и т.д. Это взрослые состоявшиеся люди, психологически уже готовые к выбору профессионального пути и понимающие, что им нужно.

3. Более высокий уровень сознательности и самостоятельности в выборе профессии демонстрируют студенты, проживающие в Екатеринбурге и крупных городах Свердловской области. Возможно, данное обстоятельство обусловлено сохраняющимися различиях в менталитете населения: психологическая зависимость ребенка от родителей в малом городе и на селе существенно выше, а возможности самостоятельного выбора ниже, тогда как в крупных городах родители, занятые процессом зарабатывания денег, реализацией собственного потенциала и попытками достижения карьерного роста, дают своим отпрыскам больше свободы в принятии судьбоносных для их будущего решений.

Список литературы:

1. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер; 2011.
2. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции. М.: МГУ; 1971.
3. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика; 1986.
4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер; 2000.
5. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер; 2008.
6. Узнадзе Д.Н. Общая психология. СПб.: Питер; 2004.
7. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер; 2019.
8. Бурганова Л.А., Савкина Е.Г. Элтон Мэйо: теоретик и практик управления. М.: НИЦ ИНФРА-М; 2021.
9. МакКлелланд Д. Мотивация человека. СПб.: Питер; 2007.
10. Абульханова-Славская К.А. Психология и сознание личности. М.: МОДЭК; 1999.
11. Гриншпун С.С. Стратегия поиска профессии. М.: ФГБОУ ДПО "Акад. переподготовки работников искусства, культура и туризма"; 2012.
12. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. М.: Издат. центр «Академия»; 2010.

© Белоусова С.Д., Шаров А.А.

УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕННОЙ УСПЕШНОСТИ, САМООТНОШЕНИЯ И МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Белоусова С.Д.¹, Шаров А.А.¹

¹Российский государственный профессионально-педагогический университет, кафедра психологии образования и профессионального развития, Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье приведены результаты исследования взаимосвязи жизненной успешности, самооотношения и мотивации обучения у студентов. Было установлено, что самооотношение положительно взаимосвязано с эффективностью в жизни, так как определяет наши убеждения, самооценку и отношение к себе. Вместе с тем, при повышении уровня жизненной успешности у студентов 1–3 курсов уменьшается самооценка. Вероятно, это может быть связано со склонностью студентов сравнивать себя с другими и не видеть свои успехи на их фоне, также возможно это связано с чрезмерной критикой и перфекционизмом.

Ключевые слова: жизненная успешность, самооотношение, самооценка, мотивация обучения.

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 23-28-00227 «Персонификация субъекта деятельности как предиктор формирования социально-профессиональной успешности студенческой молодежи».

THE RELATIONSHIP OF LIFE SUCCESS, SELF-ATTITUDE AND MOTIVATION OF STUDENTS' LEARNING

Belousova S.D.¹, Sharov A.A.¹

¹Russian State Vocational Pedagogical University, Department of Psychology of Education and Professional Development, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the results of a study of the relationship between life success, self-attitude and learning motivation among students. It has been found that self-attitude is positively correlated with effectiveness in life, as it determines our beliefs, self-esteem and attitude towards ourselves. At the same time, the self-esteem of students of 1-3 courses decreases with an increase in the level of life success. This may probably be due

to the tendency of students to compare themselves with others and not see their successes against their background, it may also be due to excessive criticism and perfectionism.

Key words: life success, self-attitude, self-esteem, motivation for learning.

The article was prepared with the financial support of the Russian National Science Foundation grant No. 23-28-00227 "Personification of the subject of activity as a predictor of the formation of socio-professional success of student youth."

Введение

В современном динамичном мире успешность индивида выступает одним из ключевых факторов не только в профессиональной сфере, но и в области личностного саморазвития и социальной адаптации. Это объясняется тем, что в современных условиях жизни ориентация на успех рассматривается учёными как важное условие личностного развития и ключевой фактор обеспечения стабильности общества.

Обретение жизненной успешности тесно взаимосвязано с психологическими характеристиками личности, такими как самоотношение и мотивация обучения, особенно в период обучения в вузах [1]. В контексте академической среды эти психологические составляющие рассматриваются в качестве значимых ресурсов, определяющих обучающую активность и достижение студентами высоких результатов [2].

Успешность личности можно рассматривать как фактор, определяющий социально-экономические отношения, а молодежь – важным субъектом социальных преобразований. Но не менее важным оказывается понимание значимости успешности для отдельной личности, связанное с ее субъективными переживаниями результативности своей деятельности, достижением цели, признанием достижений социальной группой [3].

Актуальность исследования понятия успешности в психологии обусловлена социальным запросом общества на формирование активной и успешной личности. Это связано с требованиями к выпускникам школ, колледжей и ВУЗов, от них требуют быть мобильными, коммуникабельными социально успешными и целеустремленными. Успешность тесно связана с достижением профессиональных, социальных и личных целей, а также с самоутверждением и соответствием общественным характеристикам успешного человека [4]. Восприятие жизненной успешности тесно связано с образом будущего в структуре субъективного образа профессиональной жизни студентов [5].

В психологических исследованиях существует несколько основных подходов к определению успешности. Один из них заключается в изучении успешности через достижение конкретных целей и задач.

Г.А. Тульчинский выделяет четыре основные формы успеха [6]:

- 1) результативный успех, приносящий личности некоторое социальное признание, «популярность»;
- 2) успех, выражающийся для личности в признании со стороны «значимых других»;
- 3) успех – преодоление трудностей в форме самоопределения;
- 4) успех – реализация призвания, когда, прежде всего, значимы не результат, а сама деятельность.

Также изучению феномена успешности посвящены работы Н.В. Лейффрид. Автор выделяет два самых распространенных прототипа успешной личности, противоположных по своим характеристикам:

- первый описывается исключительно внешними, социально признанными показателями успеха, что отражает наиболее распространенные ценности людей современного общества;
- характерными чертами второго являются исключительно личностные характеристики, что, по всей видимости, и отражает особенности представлений людей, гибко учитывающих современные требования [7].

В юношеском возрасте, который охватывает период становления личности и активного социального развития, существует сложное и многогранное взаимодействие жизненной успешности, самоотношения и мотивации достижения. Данные понятия составляют важные элементы психосоциальной динамики и играют решающую роль в процессе формирования индивидуальности и подготовки к взрослой жизни.

Юношеский возраст является периодом определения жизненных планов, формирования системы ценностей, мировоззрения, убеждений, идеалов, смысла жизни, и в целом – профессионального, личностного и жизненного самоопределения (Б.Г. Ананьев, Е.А. Климов, И.С. Кон, А.В. Мудрик, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон).

Так, в процессе развития в юношеском возрасте самоотношение и мотивация достижения действуют как взаимоусиливающиеся факторы, влияющие на жизненную успешность. Четкая истинная мотивация достижения, подкрепленная устойчивым положительным самоотношением, предсказывает настойчивость в достижении целей, способность преодолевать трудности и ориентацию на долгосрочные перспективы

развития, что способствует всестороннему профессиональному и личностному самосовершенствованию.

Таким образом, понимание сущности и механизмов взаимодействия жизненной успешности, самоотношения и мотивации достижения в юношеском возрасте позволяет более полно осознать траектории психологического развития индивида и создать условия для эффективной поддержки его перехода к зрелости.

Цель работы

Выявление и анализ взаимосвязей между жизненной успешностью, самоотношением и мотивацией обучения у студентов.

Материалы и методы

Тест-опросник самоотношения (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев), Методика «Жизненная успешность» Н.А. Деева [8]; «Тест – опросник по изучению самооценки» Т.А. Ратанова, «Методика изучения мотивации обучения в вузе» Т.И. Ильиной.

В исследовании приняли участие студенты 1-3 курсов ФГАОУ ВО «Российского государственного профессионально-педагогического университета», 230 человек, возраст 18-22 года.

Для подтверждения гипотезы о том, что существует специфика взаимосвязей показателей жизненной успешности, самоотношения и мотивации обучения студентов был проведен корреляционный анализ с помощью непараметрического критерия Спирмана, так как распределение данных отличается от нормального.

Результаты и обсуждение

На первом этапе был проведен описательный анализ, по результатам которого можно констатировать что у студентов преобладает средний уровень самооценки, соответствует адекватной самооценке. Это степень развития самооценки человека, при которой его способности и потенциал воспринимаются трезво и адекватно. Хорошая самооценка облегчает налаживание и нормализацию формирования контактов с противоположным полом, что особенно важно в этом возрасте. Наиболее выраженный механизм - «Рефлексивно-технологический» (84%) отражает, что у респондентов присутствуют эпизодические проблемы с постановкой и достижением целей. В зависимости от сложности обстоятельств и серьезности цели могут проявляться такие стратегии, как планирование и анализ прошлого опыта. Однако в целом имеют способность гибко планировать, искать пути выхода из затруднительных ситуаций, сопоставлять цели и полученные результаты.

Наиболее выраженная группа качеств – «Жизненная диспозиция» (77,8%). Это значит, что респонденты стараются осмысливать свою жизнь и окружающую реальность с опорой на экзистенциальные принципы в позитивном ключе, в определенных, особо значимых ситуациях могут проявлять высокую степень активности и жизнестойкости.

Наиболее выраженная группа переживаний – «Нравственные переживания» (79,6%). В большинстве своем респонденты испытывают умеренно выраженные нравственные переживания в ситуации успеха. Нравственные переживания в ситуации успеха могут быть разнообразными и зависят от индивидуальных особенностей личности, его ценностей и мировоззрения. К примеру, радость и удовлетворение от достижения цели, выполнения задачи или гордость за свои успехи, осознание своих способностей и возможностей.

Ведущими мотивами учебно-профессиональной деятельности студентов 1-3 курсов являются мотивы, связанные с приобретением знаний – 56 % (5,6 среднее значение) и овладением профессией – 55% (5,5 среднее значение), выражающие устойчивость в стремлении к интенсивному и долговременному усвоению учебного материала, относящегося к выбранной профессии, поддержание любознательности и формирование значимых для профессии умений и качеств личности. В меньшей степени студенты, обучающиеся в вузе ориентированы на получение диплома – 45% (4,5 среднее значение).

В результате корреляционного анализа были выявлены статистически значимые корреляционные взаимосвязи. Обнаружены взаимосвязи между самоотношением и жизненной успешностью личности по шкалам: «Рефлексивно – технологический» и «Шкала S» ($r = 0,447$, $p < 0,01$), «Самоуважение» ($r = 0,421$, $p < 0,01$), «Аутосимпатия» ($r = 0,266$, $p < 0,01$), «Положительное отношение других» ($r = 0,227$, $p < 0,01$), «Самоинтерес» ($r = ,225$; $p < 0,01$), «Самоуверенность» ($r = 0,453$, $p < 0,01$), «Ожидаемое отношение других» ($r = ,272$, $p < 0,01$), «Самопринятие» ($r = ,215$, $p < 0,01$), «Самопонимание» ($r = 0,241$, $p < 0,01$); также отрицательные корреляции шкалы «Рефлексивно- технологический» с шкалой «Самообвинение» ($r = -0,173$, $p < 0,01$).

Исходя из результатов таблицы результатов корреляционного анализа, выявлены следующие положительные корреляции по шкале «Рефлексивно-аксиологический» и «Шкала S» ($r = 0,534$, $p < 0,01$), «Самоуважение» ($r = 0,470$, $p < 0,01$), «Аутосимпатия» ($r = 0,316$, $p < 0,01$), «Положительное отношение других» ($r = 0,255$, $p < 0,01$),

«Самоинтерес» ($r=0,254$, $p<0,01$), «Самоуверенность» ($r=,571$, $p<0,01$), «Ожидаемое отношение других» ($r=0,353$, $p<0,01$), «Самопринятие» ($r=,284$, $p<0,01$), «Самопонимание» ($r=0,298$, $p<0,01$), также отрицательные взаимосвязи с шкалой «Самообвинение» ($r=-0,161$, $p<0,05$).

По всем шкалам методики «Жизненная успешность» Н.А. Деевой имеется положительная статистически значимая корреляционная взаимосвязь с «Шкалой S», которая соответствует уровню самоотношения. Из чего следует, что самоотношение взаимосвязано с эффективностью в жизни, так как определяет наши убеждения, самооценку и отношение к себе. Положительная взаимосвязь жизненной успешности и самоотношения показывает, что студенты 1-3 курсов обладают высоким уровнем стремления к самоактуализации, характеризующимся общительностью, умеренной эмоционально-волевой устойчивостью, высоким уровнем интеллектуального развития, активностью, самостоятельностью, уверенностью в себе.

Отмечаются отрицательные корреляционные взаимосвязи по шкалам методики «Жизненная успешность» с шкалой «Самообвинение». Такие взаимосвязи означают, что при увеличении жизненной успешности снижается уровня самообвинения, также это может быть связано с тем, что люди с высокой жизненной успешностью часто имеют более реалистичные представления о себе и своих возможностях, что позволяет им избегать чрезмерного самообвинения в случае неудач.

По шкале «Самооценка» (Методика Т.А. Ратановой) отрицательная взаимосвязь по следующим шкалам: «Рефлексивно-технологический» ($r= - 0,198$, $p<0,01$), «Рефлексивно-аксиологический» ($r=-,321$, $p<0,01$), «Рефлексивно-отнологический» ($r= -0,239$, $p<0,01$); «Инструментальные качества» ($r=-0,278$, $p<0,01$), «Направленность на успех» ($r= -0,323$, $p<0,01$), «Жизненная диспозиция» ($r= -0,366$, $p<0,01$), «Бытийные переживания» ($r= -,179$, $p<0,01$), «Праксические переживания» ($r= -0,186$, $p<0,01$), «Нравственные переживания» ($r= -0,201$, $p<0,01$).

Из чего можно сделать следующий вывод при повышении уровня жизненной успешности у студентов 1-3 курсов уменьшается самооценка. Вероятно, это может быть связано со склонностью студентов сравнивать себя с другими и не видеть свои успехи на их фоне, также возможно это связано с чрезмерной критикой и перфекционизмом. Частью перфекционизма является «синдром отличника».

В основе вытекающего из перфекционизма «синдрома отличника» также лежит стремление к достижению высоких результатов не только в конкретной области, но и

во всех сферах деятельности человека. При этом оценка своей деятельности другими людьми играет более важную роль, чем собственная оценка. Это опасно тем, что человек с «синдромом отличника» не в состоянии адекватно оценивать собственную деятельность, его приобретенный опыт сводится к ограничению оценки своего труда только другими людьми. Исходя из этого, можно предположить, что успешные студенты обладают в какой-то степени «Синдромом отличника».

Выводы

На основании проведенного анализа можно сделать вывод о том, что показатели успешности, самооценки и мотивации обучения у студентов взаимосвязаны, что подтверждает заданную гипотезу.

Полученные результаты позволяют лучше понять такое сложное психологическое явление как жизненная успешность, также результаты могут быть использованы в разработке программ психолого-педагогического сопровождения студентов.

Список литературы:

1. Базовые компоненты личностного ресурса, характеризующие персонифицированный субъект деятельности: исследование влияния на академическую успешность студента вуза / В. С. Третьякова, А. Е. Кайгородова, А. А. Шаров, Э. Ф. Зеер // Science for Education Today. – 2024. – Т. 14, № 2. – С. 206-230. – DOI 10.15293/2658-6762.2402.09. – EDN UGSJOQ.
2. Зеер, Э. Ф. Психолого-педагогические особенности формирования профессиональной успешности субъекта деятельности / Э. Ф. Зеер, А. А. Шаров // Проблемы современного педагогического образования. – 2023. – № 81-2. – С. 711-713. – EDN GZAVIF.
3. Исследование социально-профессиональной успешности личности на основе персонификации субъекта деятельности / В. С. Третьякова, А. Е. Кайгородова, А. А. Шаров, Э. Ф. Зеер // Science for Education Today. – 2023. – Т. 13, № 3. – С. 101-124. – DOI 10.15293/2658-6762.2303.05. – EDN FEMCCB.
4. Шаров, А. А. Профессионализм как фактор успешности / А. А. Шаров // Векторы взаимодействия: СПО - ВУЗ - Предприятие: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Первоуральск, 23 марта 2023 года / Министерство просвещения Российской Федерации ; ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет». – Екатеринбург: Российский

государственный профессионально-педагогический университет, 2023. – С. 114-119. – EDN YHVDKL.

5. Заводчиков, Д. П. Будущее в структуре субъективного образа профессиональной жизни студентов / Д. П. Заводчиков, Е. В. Лебедева, А. А. Шаров // Образование и наука. – 2024. – Т. 26, № 5. – С. 152-181. – DOI 10.17853/1994-5639-2024-5-152-181. – EDN SSSMCG.
6. Тульчинский Г.Л. Разум, воля, успех: О философии поступка. – Л., 1990.
7. Лейфрид Н.В. Ответственность как личностная детерминанта представлений об успешном человеке. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Краснодар, 2006. –С. 220. 3.
8. Деева Н. А. Методика «жизненная успешность»: структура и валидизация // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2022. – Т. 19, № 3. – С. 494–520.

© Рожин А.И., Ирижепов С.Б., Миногина Т.В., Перминова И.М.,
Рыкалина О.А., Борзунова Т.И.

УДК 330.1

БАЛАНС БЮДЖЕТА И ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОГО УРОВНЯ

**Рожин А.И.¹, Ирижепов С.Б.², Миногина Т.В.² Перминова И.М.², Рыкалина
О.А.², Борзунова Т.И.³**

¹Министерство здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет»

г. Екатеринбург

³ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

г. Екатеринбург

Резюме. В статье проведен анализ баланса доходов и расходов медицинской организации на примере городской больницы города Первоуральск. Проанализированы данные отчетно-учетной документации о деятельности ГБУЗ СО "ГБ" г. Первоуральск (ГО Первоуральск и ГО Староуткинск). Проанализирован бюджетный баланс и выделены целевые показатели сбалансированного бюджета деятельности медицинской организации, сделаны основные выводы по итогам исследования развития учреждения, предложены методы стабилизации, которые будут компенсировать возникшую разницу, между доходами и расходами ранее.

Ключевые слова. здравоохранение, экономический анализ, бюджет, экономические показатели, расходы на здравоохранение, деятельность медицинской организации.

BUDGET BALANCE AND TARGETS FOR THE INTER-MUNICIPAL HEALTH FACILITY

**Rozhin A.I.¹, Irizhepov S.B.², Perminova I.M.², Minogina T.V.², Rykalina O.A.²
Borzunova T.I.³**

¹Ministry of Health of the Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Russian Federation

*²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State
Economic University"*

³Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. The article analyzes the balance of income and expenses of a medical organization using the example of the city hospital in Pervouralsk. The data from the reporting and accounting documentation on the activities of the State Budgetary Institution of Public Institution "GB" of Pervouralsk (Pervouralsk and Staroutkinsk) were analyzed. The budget balance has been analyzed and target indicators for a balanced budget for the activities of a medical organization have been identified, the main conclusions have been drawn based on the results of a study of the development of the institution, and stabilization methods have been proposed that will compensate for the difference that has arisen between income and expenses previously.

Keywords. Healthcare, economic analysis, budget, economic indicators, healthcare costs, activities of a medical organization.

Введение

Здравоохранение считается одним из основных секторов в процессе экономического и социального развития каждой страны [1,2]. Изучение расходов систем и организаций здравоохранения свидетельствует об увеличении затрат на медицинские услуги, что вероятно обусловлено несколькими причинами, в том числе старением населения и внедрением новейших технологий в здравоохранении [3,4]. Повышение качества медицинских услуг связано с увеличением продолжительности жизни, а значит и с увеличением потребности стареющего населения в медицинской помощи, что, в свою очередь, увеличивает стоимость медицинских услуг.

Бюджет — это ключевой рычаг в планировании и управлении организацией. Его можно определить как оценку доходов/расходов за определенный период времени [5,6]. Составление бюджета — это процесс распределения ресурсов для получения наилучших результатов в соответствии с уровнем доходов [7]. Как инструмент планирования распределения ресурсов, бюджетирование помогает координировать концентрацию и контроль деятельности в организациях.

Бюджетирование, основанное на результатах (также называемое программным бюджетированием), — это система планирования, бюджетирования и оценки, в которой особое внимание уделяется связи между расходованием бюджетных средств и конечными результатами. Этот подход имеет определенные особенности, такие как гибкое бюджетирование, связанное с целями эффективности и показателями результатов программы [8].

Несмотря на все усилия по улучшению практики бюджетирования в системах и организациях здравоохранения, система здравоохранения по-прежнему страдает от роста затрат и неэффективного использования ресурсов. Анализ данных деятельности медицинской организации, позволит выявить сильные и слабые стороны бюджетирования, а также предложить несколько решений по его совершенствованию.

Цель работы

Проанализировать баланс доходов и расходов медицинской организации муниципального образования ГАУЗ СО «Городская больница города Первоуральск».

Материалы и методы

В работе использованы данные отчетно-учетной документации о деятельности ГБУЗ СО "ГБ" г. Первоуральск (ГО Первоуральск и ГО Староуткинск). Для статистической обработки результатов исследования использовались математические и экономические методы оценки. Результаты представлены в виде $M \pm m$, а межгрупповые различия оценивали по критерию χ^2 . В качестве критической величины достоверности различий будет принят уровень значимости 0,05. Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

При анализе доходной и расходной части операционный результат составил- 20 651 248,37 Р, рентабельность составила -1,37%, что говорит о том, что на каждые 100 рублей доходов от деятельности учреждение тратит 101,37 рубля в виде расходов.

При анализе доходной части бюджета доля дохода от предпринимательской деятельности 0,57%, доля дохода от государственного заказа составила 99,43%, что говорит о преимущественном источнике финансирования средствами, полученными от исполнения государственного заказа.

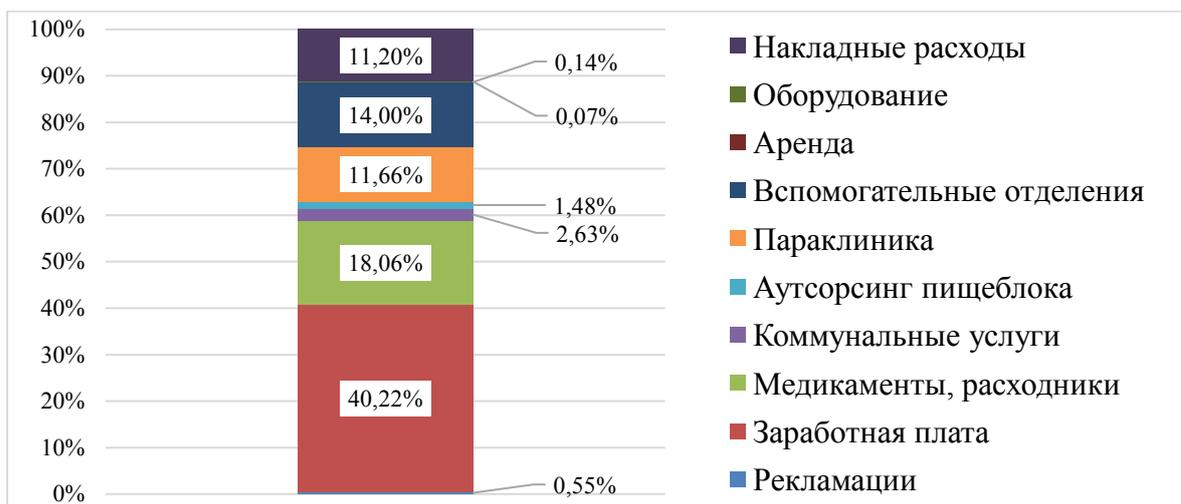


Рис.1. Структура статей расходов.

При анализе структуры расходной части бюджета, выявлено что первое ранговое место занимает заработная плата ($40,22 \pm 1,33\%$, $p \leq 0,05$), второе медикаменты ($18,06 \pm 2,13\%$), третье обеспечение работы вспомогательных отделений ($14 \pm 1,7\%$). Обеспечение работы параклинических отделений и накладные расходы составили $11,66 \pm 1,9\%$ и $11,2 \pm 2,2\%$ соответственно. Остальные статьи в структуре расходов не превышали $0,07-2,63\%$

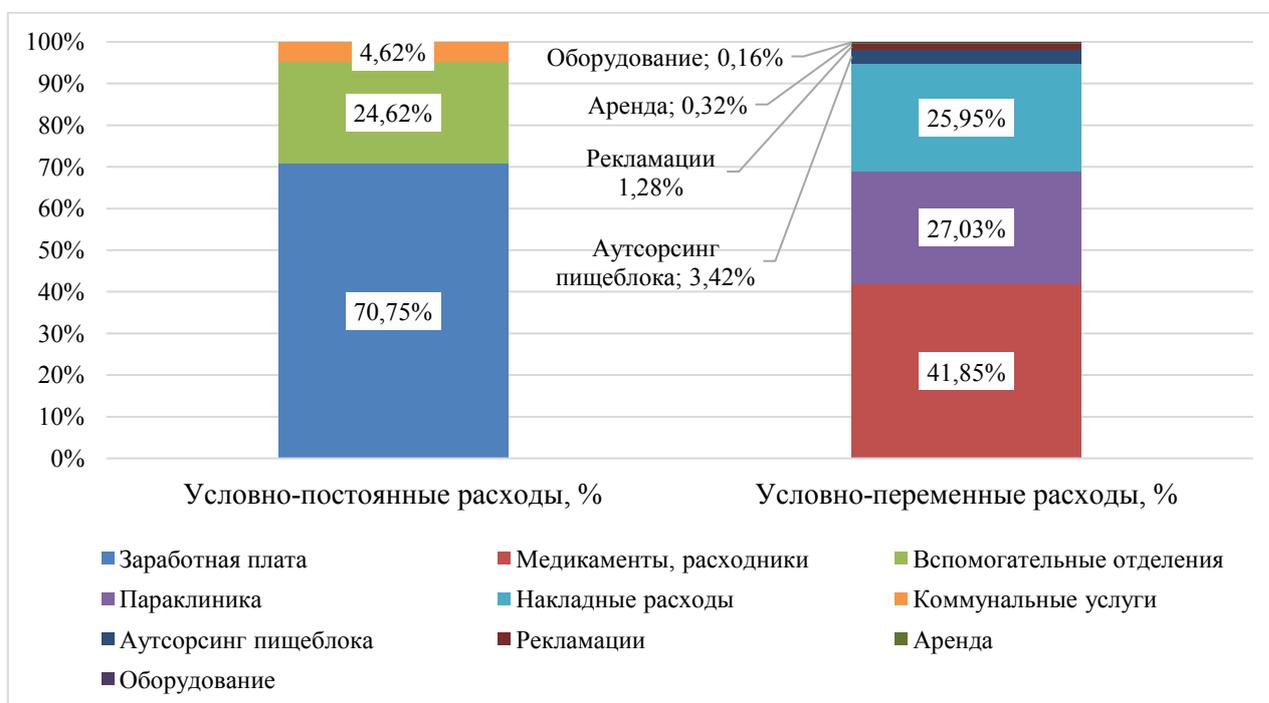


Рис. 2. Структура условно-постоянных и условно-переменных расходов.

При дополнительном анализе с точки зрения условно-постоянных и условно-переменных расходов выявлено, что доля условно-постоянных расходов в общей

структуре составила 57,63%, при этом первое ранговое место занимала статья заработная плата с общим расходом до 70,75% ($p \leq 0,05$). Условно-переменные расходы составили 43,74%, наибольший процент приходится на статью медикаменты и расходники (42%), обеспечение параклинических расходов и накладных составили примерно одинаковую долю (27% и 26% соответственно), что соответствует распределению данных при первичном анализе структура расходов.

Доля 57,63% условно-постоянных расходов, указывает на то, что ГБ большую часть расходов несет независимо от интенсивности работы с пациентами, то есть обеспечивает собственные нужды (содержания самого учреждения и персонала). В совокупности с отрицательным результатом финансовой деятельности можно сделать вывод о повышенном уровне расходов, при относительно низком уровне доходов. Для сбалансирования бюджета необходимо компенсировать разницу 20 651 248,37 руб. Исходя из краткого анализа, можно установить целевые показатели сбалансированного бюджета (таблица 1).

Таблица 1
Структура целевых показателей сбалансированного бюджета

Показатель	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
Доходная часть, %			
Предпринимательская деятельность	2,88%	0,57%	0,57%
Госзаказ	97,12%	99,43%	99,43%
Расходная часть, %			
Условно-постоянные	56,29%	53,26%	56,85%
Условно переменные	43,71%	46,74%	43,15%
Структура в бюджете расходов, %			
Рекламации	0,25%	0,56%	0,55%
Зарботная плата	40,52%	39,80%	40,22%
Медикаменты, расходники	18,06%	18,31%	18,06%
Коммунальные услуги	2,63%	2,60%	2,63%
Аутсорсинг пищеблока	1,48%	1,50%	1,48%
Параклиника	11,66%	11,82%	11,66%

Вспомогательные отделения	14,00%	13,85%	14,00%
Аренда	0,14%	0,14%	0,14%
Оборудование	0,07%	0,07%	0,07%
Накладные расходы	11,20%	11,35%	11,20%

В рамках стабилизации планируемых показателей, контроля и управления бюджетом учреждения предложены следующие варианты. 1 вариант подразумевает увеличение доходов, 2 вариант - сокращение расходов (за счет условно-постоянных), 3 вариант - сокращение всех расходов, пропорционально.

Необходимо сбалансировать статьи доходов, путем увеличения величины доходов от предпринимательской деятельности, до величины 2,9% суммы доходов от государственного заказа. Контролируя уровень условно- условно переменных расходов при оказании услуг в рамках предпринимательской деятельности на прежнем уровне (43,74%), государственная больница получит дополнительно до 15 183 682,36 рублей условно-переменных расходов и 20 651 248,37 рублей дополнительных доходов, которых будет достаточно, чтобы компенсировать возникшую разницу, между доходами и расходами ранее.

Принятия управленческих решений подразумевает комплексный анализ многофакторной среды влияния, а также быстрое реагирование на стрессовые факторы, в том числе обусловленные спросом и предложением, поэтому окончательное решения выносятся после учета всех показателей.

Выводы

В результате проделанной работы проанализирован бюджетный баланс и выделены целевые показатели сбалансированного бюджета деятельности медицинской организации муниципального образования ГАУЗ СО «Городская больница города Первоуральск».

1. При анализе доходной и расходной части операционный результат составил -20 651 248,37 Р, рентабельность составила -1,37%, что говорит о том, что на каждые 100 рублей доходов от деятельности учреждение тратит 101,37 рубля в виде расходов.

2. Большую часть расходов медицинской учреждение несет независимо от интенсивности работы с пациентами (57,63% условно-постоянных расходов), при этом

превалирующая доля доходов обусловлена средствами, поступающими от исполнения государственного заказа (99,43%).

3. Предложены методы стабилизации, которые будут компенсировать ранее возникшую разницу, между доходами и расходами.

Список литературы

1. Angerer-Fuenzalida FM. (2018). Quality and importance of health policy, reform, and public health topics: a study in physician assistant education. *J Physician Assist Educ*, 29(2):89–98.
2. Massuda A, Hone T, Leles FAG, De Castro MC, Atun R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*, 3(4):e000829.
3. Safarani S, Ravaghi H, Raeissi P, Maleki M. (2018). Financial challenges of teaching hospitals and providing solutions. *J Educ Health Promot*, 7:155.
4. Hofmarcher MM, Quentin W. (2013). World Health Organization. Austria: health system review.
5. Aziz H, Shah N. (2021). Participatory budgeting: Models and approaches. *Pathways Between Social Science and Computational Social Science*. Springer, 215–36.
6. Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
7. Ostaev GY, Gogolev I, Kondratiev D, et al. (2019). Strategic budgeting in the accounting and management system of agricultural enterprises. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 6(4):8180–6.
8. Emami A, Jalalian A, Sadeghi SH. (2020). Review of Operational Budgeting System in Iran and USA. *Polit Res Q*, 11(43):25–49.

КЛАССИФИКАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Богданова Е.Н.¹, Скороходова Л.А.², Устинов А.Л.³

¹Кафедра истории, экономики и правоведения Уральский государственный
медицинский университет Екатеринбург, Российская Федерация;

²Кафедра финансов, денежного обращения и кредита Уральский
государственный экономический университет Екатеринбург, Российская Федерация;

³Кафедра истории, экономики и правоведения Уральский государственный
медицинский университет Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье изучены нормативно-правовые акты РФ в сфере охраны здоровья детей. Сформулирован и обоснован вывод о том, что современное российское законодательство в сфере детского здравоохранения, регламентирует широкий круг правоотношений, объединённых единой социальной направленностью. Разработана и обоснована классификация нормативно-правовых актов, регулирующих детское здравоохранение.

Ключевые слова: охрана здоровья, дети, законодательство, государство, классификация.

CLASSIFICATION OF MODERN LEGISLATION OF THE RUSSIAN FEDERATION IN THE FIELD OF CHILDREN'S HEALTH PROTECTION

Bogdanova E.N.¹, Skorokhodova L.A.², Ustinov A.L.³

¹Department of History, Economics and Law Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation;

²Department of Finance, Money Circulation and Credit Ural State University of
Economics Ekaterinburg, Russian Federation;

³Department of History, Economics and Law Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. The article examines the regulatory legal acts of the Russian Federation in the field of children's health protection. The conclusion is formulated and substantiated that Russian legislation in the field of children's health care regulates a wide range of legal

relations united by a single social focus. A classification of regulatory legal acts regulating children's health care is developed and substantiated.

Keywords: health care, children, legislation, state, classification.

Введение

Значимость проблем охраны здоровья детей связана с выраженной депопуляцией населения России в конце XX века, а также недостаточная эффективность принятых ранее «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487–1 [1], повлекли принятие в 2011 г. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ [2], закрепившем отдельные положения (ст.7, ст.13, ст. 22, глава 6), регламентирующие особенности оказания медицинской помощи детскому населению страны. Однако, по мнению ряда исследователей (В.Ю. Альбицкого, А.А. Баранова, Ю.Е. Лапина, Л.С. Намазовой-Барановой, Л.М. Рошаль, Т.В. Яковлевой и др.) этого недостаточно. Так как данный нормативный акт является базовым законодательным документом, который регулирует большинство отношений в области оказания медицинской помощи взрослому населению, фрагментарно затрагивая лишь некоторые аспекты охраны здоровья детей. В свою очередь А.В. Гришин в своем исследовании утверждает, что принятый в 2011 г. новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ является системообразующим правовым актом, регулирующим права детей в сфере оказания медицинской помощи. Более того, по мнению автора, во многих случаях этот закон значительно расширил правовое регулирование охраны здоровья детей в Российской Федерации и усовершенствовал его в соответствии с современными реалиями общественной жизни, задачами социального развития, условиями жизни и воспитания подрастающего поколения [3].

Цель работы

Проанализировать современное состояние российского законодательства об охране здоровья детей, определить его классификацию.

Материалы и методы

В процессе исследования использовались общие и специально-научные методы. Особую роль в исследовании занимали специально-научные методы, среди которых наиболее значимыми стали специально-юридические методы исследования, такие

как: нормативно-аналитический, метод правового моделирования. Данные методы способствовали определению границ законодательства в сфере охраны здоровья детей в РФ, и формированию его классификации.

Результаты и обсуждение

Определяя границы законодательства в сфере охраны здоровья детей в РФ, необходимо учитывать существенную особенность нормативно-правового регулирования отношений в этой сфере — рассредоточенность норм по различным актам российского законодательства, относящимся к самым разным его отраслям.

В настоящее время в целях унификации банков данных правовой информации, а также обеспечения автоматизированного обмена правовой информацией между органами государственной власти Указом Президента Российской Федерации «О классификаторе правовых актов» от 15 марта 2000 г. № 511 утверждён классификатор правовых актов, в котором содержится специальный раздел, посвящённый здравоохранению населения (140.000.000 «Здравоохранение»), включающий в себя код классификатора 140.010.070 «Порядок оказания медицинской помощи различным категориям граждан» [4]. Учитывая содержание данного раздела, можно сделать вывод, что нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы детского здравоохранения не имеют самостоятельный код классификатора в обозначенном выше указе президента.

В современной научной литературе содержится значительное количество исследований посвящённых теоретическим вопросам классификации законодательства: С.С. Алексеев, В.В. Лазарев, И.С. Самоценко, И.Н. Синякин, В.М. Сырых, Ю.А. Тихомиров, Г.Ф. Шершневич и др. Так в своём исследовании профессор Ю.А. Тихомиров проводит различие между: текущими и кодифицированными; обычными и конституционными законами, при этом последние носят спорный характер, так как у различных авторов их определение неодинаково (например: теория Г.Ф. Шершеневича [5]). Также в юридической литературе (С.Г. Дробязко, С.С. Алексеев и др.) существует деление законов на общие (которые распространяются на всех граждан определенного государства) и специальные (действующие только в отношении определенного круга лиц, имеющих специфический признак, отличающий их от других людей); специализированные и законы, посвящённые отдельным вопросам.

Ю.А. Тихомиров, С.В. Бошно выделяют обычные тематические и укрупнённые законы (Основы законодательства, кодексы). Исследователи отмечают, «что институциональный способ действия норм, позволяет группировать в единый институт разные нормы одного или нескольких законов. По мнению ученых, предметно-целевая ориентация норм разных отраслей законодательства позволяет комплексно решать с их помощью важные задачи общественного развития. Например, одно из возможных направлений совершенствования законодательных актов, касающихся решения демографических проблем» [6]. Таким образом, следует согласиться с мнением исследователей о том, что допустимо отпочкование тематически однородных групп законов, что способствует единству законодательных актов.

Следует констатировать, что в России вот уже много лет разные научные коллективы (Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации) [7], органы государственной власти (Комиссия по реализации конституционных полномочий Совета Федерации, Министерство юстиции) [8] выдвигали индивидуальные инициативы законопроекта «О нормативных правовых актах в Российской Федерации», которые направлены на решение таких вопросов, как: признаки нормативного правового акта, виды, иерархия, систематизация и др. Однако, несмотря на предпринятые попытки, предложенные инициативы так и не получили законодательного закрепления.

Представителями отечественных научных школ медицинского и биомедицинского права (В.И. Акопов, Л.В. Воробьёва, Н.Г. Гончаров, О.Ю. Злобина, А.А. Мохов, А.Н. Пищита, И.Н. Синякин, Ю.В. Солодун, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко и др.) предложено значительное количество классификаций законодательных актов в сфере здравоохранения. Л.В. Воробьёва классифицирует нормативные акты в сфере здравоохранения по направлениям: «управление в сфере здравоохранения, медицинское страхование, медицинские учреждения, медицинская экспертиза и др.» [9]. О.Ю. Злобина и Ю.В. Солодун структуру законодательства, регулирующего охрану здоровья и медицинскую помощь, определяют так: Конституция РФ; надотраслевое законодательство РФ (кодексы); отраслевое законодательство (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ); подзаконные нормативные акты федерального уровня; законодательство субъектов РФ; нормативные акты органов местного самоуправления [10].

По мнению А.А. Мохова «в идеале, система законодательства о здравоохранении обусловлена системой здравоохранительного (медицинского) права, следовательно, определив пределы действия медицинского права, мы определим и границы законодательства об охране здоровья граждан в РФ. При этом исследователь считает, что необходимо иметь в виду, что границы, в которых действует законодательство, менее стабильны, чем границы права как отрасли. Так, законодательство о здравоохранении может регулировать отношения, которые не являются собственно здравоохранительными, но примыкают к ним и связаны с ними» [11].

Т.Я. Хабриева также указывает на то, «что в сфере здравоохранения разрабатываются законодательные акты комплексного характера, находящиеся на стыке нескольких предметов правового регулирования: медицина и наука; медицинская деятельность и лекарственное обеспечение; медицинская деятельность и социальное обслуживание» [12].

В научных трудах посвящённых (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, А.П. Денисов, П.Л. Егорова, В.Р. Кучма, Ю.Е. Лапин, М.Ю. Рыков и др.) или фрагментарно затрагивающих (В.Л. Кабанова, А.В. Лебедь, Е.И. Ращупкина, Г.М. Хамитова, В.В. Ясенова и др.) вопросы детского здравоохранения в РФ представлены различные подходы классификации законодательства, регулирующего охрану здоровья детей.

Так, Д.И. Ержипалиева, Н.А. Иголина, Э.Р. Исмаилова, Н.В. Коваль, М.Л. Огурцова нормативные акты в сфере детского здравоохранения делят на: 1) законы в сфере здравоохранения, регламентирующие права детей на охрану их жизни здоровья (Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.08.1992 г. №3185-1, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 № 181-ФЗ и т.д.); 2) законы, направленные на профилактику гибели и травматизма несовершеннолетних, снижение факторов риска причинения вреда здоровью несовершеннолетних, формирование здорового образа жизни (Трудовой кодекс Российской Федерации, Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» от 10.12.1995 г. № 196-ФЗ и т.д.) [13].

Ю.Е. Лапин классификацию нормативных документов, в которых охрана здоровья детей зафиксирована в качестве предмета государственной политики представил следующим образом: 1) федеральные акты, регулирующие решение вопросов охраны здоровья в рамках общего предметного поля государственной политики в интересах детей (Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской

Федерации» от 24.07.1998 № 124-ФЗ и т.д.); 2) федеральные и региональные акты, регулирующие вопросы государственной политики в области здравоохранения (Конституция РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и т.д.); 3) федеральные акты, в которых охрана здоровья детей представлена в качестве самостоятельного направления государственной политики (Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 24.10.2003 г. N 506/92 «Об утверждении программы "О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004-2010 г.г." (по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г.)» и т.д.); 4) федеральные акты, в которых закреплены различные (не здравоохраненческие) направления государственной политики, включающие отдельные вопросы обеспечения прав детей на охрану здоровья (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» №273 ФЗ от 29.12.2012 г.) [14].

Выводы

На основании проведенного исследования доктринальных подходов к определению классификации нормативных правовых, а также Указа Президента Российской Федерации «О классификаторе правовых актов» от 15 марта 2000 г. № 511 законодательство, регулирующее вопросы охраны здоровья детей в РФ можно условно разделить на:

1) законодательство в сфере управления детским здравоохранением в РФ (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и т.д.);

2) законодательство, регулирующее вопросы медицинского страхования детского населения в РФ (Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ и т.д.);

3) законодательство, регулирующее вопросы оказания лечебно-профилактической помощи детскому населению в РФ (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ; Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ и т.д.);

4) законодательство, регулирующее вопросы обеспечения детского населения медикаментами, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

в РФ (Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ и т.д.);

5) законодательство, регулирующее вопросы оказания медицинской помощи отдельным категориям детей в РФ (Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 21.12.1996 г. № 159-ФЗ и т.д.);

6) законодательство, регулирующее вопросы оформления (ведения) медицинской документации при оказании медицинской помощи детскому населению в РФ (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» №273 ФЗ от 29.12.2012 г.; Приказ Минздрава РФ «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 03.07.2000 г. № 241 и т.д.);

7) законодательство, регулирующее вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения в РФ (Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 157-ФЗ от 17.09.1998 г.; Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ и т.д.);

8) законодательство, регулирующее вопросы санаторно-курортного лечения детского населения в РФ (Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ*; Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» от 05.05.2016 г. № 279н и т.д.).

Данная классификация позволяет группировать в единые институты разные нормы одного или нескольких законов в сфере детского здравоохранения, определяя, тем самым предметно-целевую ориентацию норм разных отраслей законодательства РФ, что способствует решению такой задачи, как совершенствование законодательных актов, касающихся решения проблем в сфере охраны здоровья детей в РФ.

Боле того, представленная классификация нормативно-правовых актов, позволяет утверждать о том, что в настоящее время в сфере детского здравоохранения в РФ отсутствует системообразующий нормативный акт – «ядро» законодательства об охране здоровья детей. Следовательно, в рамках данного исследования наибольший интерес представляет вопрос о возможной принадлежности Федерального закона «Об

* Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон № 124-ФЗ от 24.07.1998 (с изм. и доп.) // СЗ РФ. – 03.08.1998. – № 31. Ст. 3802.

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ к системообразующему нормативному правовому акту в сфере детского здравоохранения.

Анализ литературы показывает, что вопрос о том, какие из нормативно-правовых актов, регулирующих охрану здоровья детей в Российской Федерации, имеют институциональное значение, не был предметом самостоятельного научного исследования, а рассматривался как часть комплекса изучаемых проблем здравоохранения. По мнению А.В. Гришина, Т.Г. Воеводиной, Д.И. Ережипалиева, Е.А. Суховой, М.Л. Харламовой, Н.Г. Яковлевой, системообразующим законом в сфере детского здравоохранения является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. В свою очередь, В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин считают, что данный законодательный акт нельзя рассматривать как системообразующий в сфере детского здравоохранения. Здоровье детей, как самостоятельный социальный институт должно рассматриваться как предмет национальной и правовой политики в сфере здравоохранения, что не обеспечивает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Поддерживая точку зрения Ю.Е. Лапина, считаем, что вышеуказанный федеральный закон, на наш взгляд не является системообразующим нормативно-правовым актом, регулирующим вопросы детского здравоохранения, так как не отвечает следующим критериям, позволяющим определить принадлежность закона к категории системообразующих:

- 1) установление предмета правового регулирования, определенного в самом законе;
- 2) анализ содержания закона (большинство правовых норм в данном законе должны регулировать отношения в сфере детского здравоохранения).

Проведенный анализ Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ с учетом определенных нами критериев, позволяющих определить принадлежность данного закона к системообразующему, позволил получить следующие результаты. Статья 1 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, без указания на возраст и социальную принадлежность, закрепляет, что «права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп

населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав» являются предметом регулирования данного закона. Следовательно, данное положение закрепляет права и обязанности не только лиц достигших 18 лет, но и детей. Анализируя содержание закона в целом, можно заключить, что Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ состоит из 14 глав и 101 статьи. Из них только в 6-ой главе, а также в ст.7, ст.13 и ст.22 содержатся положения, которые регулируют отношения в сфере здравоохранения, определяя детей как особый субъект права. Остальные нормы данного законодательного акта содержат положения общего характера, распространяющиеся на всех граждан — участников правоотношений в сфере здравоохранения. Следовательно, большинство правовых норм в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ регулируют отношения в сфере здравоохранения в общем контексте, не выделяя детей.

Таким образом, изложенное подтверждает выдвинутую нами ранее точку зрения о недопустимости относить данный законодательный акт к системообразующим нормативно-правовым документам в сфере детского здравоохранения РФ. Так как он не соответствует критерию (большинство правовых норм в данном законе должны регулировать отношения в сфере детского здравоохранения), который позволяет определить его принадлежность к таковым.

Список литературы

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон № 5487-1 от 22.07.1993 (с изм. и доп.) // Ведомости СНД и ВС РФ – 19.08.93 - № 33. Ст. 1318. (Утратил силу).
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (с изм. и доп.) // СЗ РФ. – 28.11.2011. – № 48. Ст. 6724.
3. Гришин, А.В.; Воеводина, Т.Г.; Ережипалиев, Д.И.; Сухова, Е.А.; Харламова, М.Л.; Яковлева, Н.Г. Прокурорский надзор за исполнением законодательства об охране жизни и здоровья несовершеннолетних: пособие / А.В.Гришин и др. // Акад. Ген. прокуратуры Росс. Федерации. М., 2013. – 67 с

4. О классификаторе правовых актов: Указ Президента РФ № 511 от 15 .03.2000 // СЗ РФ. – 20.03.2000. - № 12. Ст. 1260
5. Шершеневич, Г.Ф. Избранные труды по общей теории права, гражданскому и торговому праву в 2 т: Том 2/ Г.Ф. Шершеневич // составитель В.А. Белов. Издательство Юрайт. – М., 2024. – 329 с.
6. Тихомиров, Ю.А., Бошно С.В. Теоретические основы классификации законов / Ю.А. Тихомиров, С.В. Бошно // Право и современные государства – 2018. №2-3 – С. 15.
7. Тихомиров, Ю.А., Власенко, Н.А., Морозова, А.Н., Терещенко Л.К., Постникова А.Е., Павлушкина А.В., Габова А.В, Абрамовой А.И., Хлуденевой Н.И. О проекте федерального закона «О нормативных правовых актах в Российской Федерации»: дискуссия / Ю.А. Тихомирова, Н.А. Власенко, А.Н. Морозова, Л.К. Терещенко, А.Е. Постникова, А.В. Павлушкина, А.В. Габова, А.И. Абрамовой, Н.И. Хлуденевой // Журнал российского права – 2013.№3 – С.84.
8. Бошно, С.В. Закон о нормативных правовых актах: прошлое, настоящее и перспективы / С.В. Бошно // Право и современные государства – 2015. №2 – С.8.
9. Воробьева, Л.В. Медицинское право: краткий курс лекций / Л.В. Воробьева // Ростов н/Д: ООО «Феникс» (Медицина), 2014. – 171 с.
- 10.Злобина, О.Ю.; Солодун, Ю.В. Правовое регулирование деятельности врача: учебное пособие / О.Ю. Злобина; Ю.В. Солодун // ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. Иркутск, 2015. – 107 с.
- 11.Мохов, А.А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности): курс лекций. Учеб. пособие для студентов мед. и фармацевт. вузов / А.А. Мохов // Министерство здравоохранения РФ. Волгогр. гос. мед. ун-т. - Волгоград: ВолГМУ, 2003. - 185 с.
- 12.Хабриева, Т.Я., Тихомиров, Ю.А. Научные концепции развития российского законодательства / С.Е. Нарышкин, Т.Я. Хабриева, А.И. Абрамова и др.; отв. ред. Т.Я. Хабриева, Ю.А. Тихомиров: монография. 7-е изд. доп. и перераб.; Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации. ИД Юриспруденция. – М., 2015. – 544 с.
- 13.Ержипалиев, Д.И.; Игониная, Н.А.; Исламова, Э.Р.; Коваль, Н.В.; Огурцова, М.Л. Прокурорский надзор за исполнением законов об охране жизни и здоровья

несовершеннолетних: монография / Д.И. Ержипалиев, Н.А. Игонина, Э.Р. Исламова, Н.В. Коваль, М.Л. Огурцова. Проспект. — М., 2022. — 208 с.

14. Лапин, Ю.Е. Научные основы государственной политики в области охраны здоровья детей: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Лапин Юрий Ерминингельдович. М., 2010. - 53 с.

©Каргаполова Е.К., Шалагина О.Ю., Борзунов И.В., Калицкая В.В.

УДК 351.773

ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДОСМОТРОВ

Каргаполова Е.К.¹, Шалагина О.Ю.¹, Калицкая В.В.¹, Борзунов И.В.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО "Уральский государственный экономический университет" Россия г.

Екатеринбург

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Россия г.

Екатеринбург

Резюме. Статья посвящена исследованию и обсуждению вопросов организации и проведения обязательных периодических медицинских осмотров. В условиях естественной убыли населения, воздействия вредных условий труда, возникновения новых вирусных заболеваний государством принимаются меры для повышения качества жизни населения страны. Введение и утверждение новых требований, правил медицинских осмотров и последствия их применения требуют тщательного изучения и анализа на предмет эффективности и экономической целесообразности их внедрения. По итогам исследования сформулированы вывод и предложения по вопросам организации и проведения медосмотров в современных условиях.

Ключевые слова: медицинский осмотр, периодичность, диспансеризация, мероприятия, исследования, контроль, здоровье.

FEATURES OF STATE REGULATION FOR ORGANIZING AND CONDUCTING MEDICAL EXAMINATIONS

Kargapolova E. K.¹, Shalagina O. Yu.¹, Kalitskaya V. V.¹, Borzunov I. V.^{1,2}

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State

Economic University, Russia, Yekaterinburg

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State

Medical University» Russia, Yekaterinburg

Summary. The article is devoted to the study and discussion of the organization and conduct of mandatory periodic medical examinations. In conditions of natural population decline, exposure to harmful working conditions, and the emergence of new viral diseases, the state is taking measures to improve the quality of life of the country's population. The introduction and approval of new requirements, rules of medical examinations and the

consequences of their application require careful study and analysis for the effectiveness and economic feasibility of their implementation. Based on the results of the study, conclusions and suggestions on the organization and conduct of medical examinations in modern conditions were formulated.

Keywords: medical examination, frequency, medical examination, measures, research, control, health.

Введение

Забота о здоровье населения всегда была приоритетной государственной задачей. Впервые в России правительством социалистического государства в 1921 году был издан декрет об обязательном прохождении медицинского осмотра для работников сферы общественного питания, больниц, школьных и дошкольных учреждений. Декретом был четко определен перечень профессий, для которых при приеме на работу необходимо было проходить обязательный медицинский осмотр, а для которых он был обязательным с определенной периодичностью.

В дальнейшем различными ведомствами СССР и России принимались различные Приказы, Постановления, Инструкции в которых утверждались требования к проведению медицинских осмотров, объемы, сроки и кратность их проведения.

В 2005 году Приказом Роспотребнадзора РФ №402 от 20.05.2005 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте» была утверждена форма единого документа, который заполняется при прохождении медицинского осмотра, так называемая «Медицинская книжка». С принятием Государственной думой России 21.12.2001 года «Трудового кодекса Российской Федерации» были утверждены статьи, регулирующие порядок охраны труда работников в целом (раздел 10 ТК РФ), а также статьи, определяющие порядок прохождения медицинского осмотра для некоторых категорий работников (ст. 220, раздел 10 ТК РФ). Следует отметить, что нормы ТК РФ позволяли органам местного самоуправления самостоятельно принимать решение о введении дополнительных мероприятий по организации медицинских осмотров на отдельных организациях, при наличии оснований, дополнять, уточнять и конкретизировать перечни работ, утвержденных на федеральном уровне, но применительно к местным условиям.

С января 2012 года введен в действие Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №302н ОТ 12.04.2011 «Приказ Минздравсоцразвития России

от 12.04.2011 N 302н (ред. от 18.05.2020) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Данным приказом был утвержден единый регламент определяющий порядок прохождения медицинских осмотров. Однако после его введения при непосредственном применении данного приказа возникало достаточно большое количество вопросов. В связи с чем, данный Приказ был отменен в 2020 году.

Таким образом, исследуя исторические события, связанные с государственным регулированием организации и проведении медицинских осмотров на территории России (СССР) можно сделать общий вывод. Постоянные изменения, вносимые в законодательство, регулирующее деятельность по осуществлению медицинских осмотров, свидетельствует о том, что данная тема является актуальной в любые времена, несмотря на смену политических, экономических или технических приоритетов.

Такие понятия как медосмотр существуют практически с тех времен, как существует медицинская помощь. Проведения медосмотров является ключевой задачей не только для раннего выявления заболевания и предотвращения развития хронических заболеваний, но и сохранения репродуктивного здоровья населения страны в возрасте от 18 до 49 лет.

На каждом этапе развития медицины медосмотр, как комплекс различных процедур, позволяющий выявить уже имеющееся заболевание или патологическое состояние, которое является фактором риска возникновения заболевания в будущем. В последующем, на основании процедур медосмотра появились такие мероприятия как диспансеризация, скрининг. Все указанные мероприятия представляют медицинские процедуры, которые проводятся с определенными целями с использованием различных методов.

С развитием медицины, совершенствованием технологий, повсеместного вовлечения процессов цифровизации во все сферы деятельности процедуры медосмотра так же претерпели значительные изменения.

Цель работы

Изучить изменения в законодательстве, регламентирующем порядок организации и проведения медицинских осмотров в современных условиях и выявить негативные моменты, проблемы, которые необходимо решать.

Материалы и методы

При проведении исследования использованы открытые данные с сайтов государственных органов исполнительной и законодательной власти, бюджетных учреждений и коммерческих структур. В ходе обработки полученной информации использованы общепринятые методы: анализа, группировки, детализации отдельных фактов, положений, а также историко-логический метод исследования.

Результаты и обсуждение

Основой для пересмотра законодательной базы в сфере деятельности здравоохранения, в том числе и по организации обязательных медосмотров является изменения физического здоровья населения, особенно трудоспособного.

По данным Росстата на 01.01.2024 года население России составило 146,15 млн. человек. По сравнению с данными по состоянию на 01.01.2023 года зафиксирован рост естественной убыли, так как количество населения составляло 146,45 млн. человек. При этом показатели трудоспособного населения по состоянию на 01.01.2023 года составляли 78,02 млн. человек, а по состоянию на 01.01.2024 года произошло значительное снижение до 77,83 млн. человек. В целом трудоспособное население за последние годы составляет примерно 52-53% от общей численности населения. Такая демографическая ситуация неудовлетворительно сказывается экономике страны в целом и в отдельных отраслях деятельности в частности. В условиях жесточайших экономических санкций, ограничений по внешним инвестициям для успешного развития экономики стране нужны здоровые квалифицированные кадры, способные выполнять задачи любой сложности. На государственном уровне принимаются различные программы, направленные на устойчивое развитие экономики, в том числе для повышения качества и уровня жизни населения.

Одной из программ, призванных улучшить здоровье нации, связано с утверждением новых норм, регулирующих порядок проведения первичных и периодических медосмотров. Так, Приказом 28.01.2021 № 29н Министерства здравоохранения Российской Федерации утвержден Порядок организации и проведения медосмотров: «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью

четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

В соответствии с данным Приказом, право на проведение медицинских осмотров имеют организации, у которых имеется лицензия на осуществление данного вида деятельности.

Обязательные периодические (предварительные) медицинские осмотры обязаны проводить работодатели в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний. На региональном уровне министерства принимают и утверждают свои нормативные документы, детализирующие проведение мероприятий на территории конкретной области.

Так, например, Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.01.2021 №29н установлено, что 157 медицинских организаций Свердловской области имеют лицензию на проведение периодических осмотров, 82 подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области медицинских организации имеют право проводить совместно как профилактические мероприятия, так и обязательные периодические осмотры для сотрудников организаций и предприятий.

По итогам 2023 года установлено, что в подведомственных организациях Министерства здравоохранения Свердловской области прошли предварительный и периодический медицинские осмотры 206385 человек, рост по сравнению с аналогичным периодом 2022 года составил 2,9%. Совместное проведение медицинского осмотра и диспансеризации позволило получить полный скрининг состояния здоровья работников, прошедших медосмотр. Своевременно выявить хроническое заболевание у отдельных работников. Во всех случаях по итогам выявленных заболеваний удалось своевременно приступить к лечению и, как следствие, улучшить состояние здоровья работников. Данный результат положительно сказался на недопущении сокращения дней нетрудоспособности по болезни, а значит, были сохранены основные производственные фонды

По результатам анализа статистических данных за 2023 год, полученных от подведомственных учреждений Свердловской области, установлено следующее:

– первичный (при приеме на работу) медицинский осмотр прошли 19 тыс. человек;
– периодический медицинский осмотр в лечебно-профилактических учреждениях прошли 55 тыс. человек.

– периодический медицинский осмотр в центрах профпатологии прошли 3,8 тыс. человек.

Немаловажным фактором, влияющим на организацию и поведение медицинских осмотров, является финансирование таких расходов. Так, на проведение медицинских осмотров медицинских работников, по данным Росстат Свердловской области в 2023 году потрачено 88,8 миллионов рублей (средства работодателя).

В соответствии с п. 7 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н при проведении предварительного или периодического осмотра работника (лица, поступающего на работу) учитываются результаты ранее проведенных (не позднее одного года) предварительного или периодического осмотра, диспансеризации, иных медицинских осмотров, подтвержденных медицинскими документами. Учитываются, в том числе результаты, полученные путем электронного обмена между медицинскими организациями, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований либо иных медицинских мероприятий в рамках предварительного или периодического осмотра.

Таким образом, работодатель вправе организовать лицам, поступающим на работу прохождение диспансеризации (первого этапа) и (или) ежегодного, профилактического медицинского осмотра взрослого населения с целью предоставления результатов врачебной комиссии, необходимых при подготовке заключения по итогам предварительного осмотра. При этом стоимость услуг, оказываемых при проведении диспансеризации (первого этапа) и (или) ежегодного профилактического медицинского осмотра и оплачиваемых за счет средств обязательного медицинского страхования, не учитывается в оплате по договору, заключенному с работодателем на проведение предварительного осмотра.

Исследования показали, что 80% исследований в случае проведения медицинских осмотров и профилактических медицинских мероприятий совпадают, что позволяет работодателю значительно снизить затраты на проведение медицинских осмотров, сократить время отрыва работника от производства. В среднем, проведение

медицинского осмотра занимает 1,5 часа, тогда как, для проведения диспансеризации работодатель обязан предоставить 1 день в счет оплаты труда сотрудника, что повлечен снижение прибыли производства.

Средняя стоимость проведения медицинских осмотров и профилактических медицинских мероприятий в 2023 году представлена на рисунке 1.



Рис. 1 Средняя стоимость проведения медицинских осмотров и профилактических медицинских мероприятий по итогу 2023 года.

Анализируя данные, мы видим, что работодатель производит доплату за часть исследований необходимых для завершения медицинского осмотра. Мероприятия по диспансеризации проводятся исключительно за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. Фактически работодатель перечисляет только 29% от стоимости услуги проведения медицинского осмотра. Оставшаяся сумма в размере 71% финансируется из внебюджетного фонда, следовательно, это прямое исключение гипотетических убытков.

К примеру, организация с количеством сотрудников 100 чел. при проведении диспансеризации в рамках предварительного медицинского осмотра (при стоимости медосмотра 3131 руб.) сохранит финансовые средства в размере 221860 руб., доплата составит 91240 руб. Если организация не использует данную возможность, тогда придется заплатить за медицинский осмотр сотрудников 313100 рублей. Кроме того,

в течение этого же года придется предоставить каждому сотруднику 1 день в счет оплаты труда для проведения диспансеризации.

На сегодняшний день преимущества совместного проведения медицинских осмотров и профилактических медицинских мероприятий очевидны для современного руководителя – это минимизация затрат на проведение обязательной услуги, сокращение времени отрыва сотрудников от производства, сохранение жизни и здоровья сотрудников, минимизация убытков.

Одним из основных нововведений, который иногда вызывает неопределенную реакцию, является необходимость формирования списка работников, которые подлежат обязательному периодическому медицинскому осмотру. В соответствии с п. 22 Приказа №29 от 28.01.2021 года список необходимо направлять не позднее 10 рабочих дней в территориальный Роспотребнадзор. Так как в отдельных учреждениях имеет место достаточно большое движение персонала, а именно работники могут увольняться и поступать на работу постоянно в целях недопущения нарушений о предоставлении информации приходится возлагать дополнительные функции на работника с дополнительной оплатой таких услуг. Для отдельных учреждений иногда встает вопрос по направлению отдельных работников, например, операторов ЭВМ, бухгалтеров, иных офисных работников.

Предпринимателю следует, внимательно ознакомиться с документами, разъясняющими, деятельность каких работников относится к перечню профессий, по которым прохождение медосмотра является обязательным.

Дополнительными мероприятиями для предпринимателя, обязывающими проведение медицинского осмотра работников, является формирование и утверждение внутренних локальных нормативных актов. Это различные Приказы, Инструкции, Положения, регулирующие порядок управления охраной труда на конкретном предприятии или учреждении. Составление календарных графиков проведения медосмотров, ознакомление сотрудников под роспись с временем их прохождения, ведение учета о своевременном и полном прохождении медосмотра так же накладывает определенную ответственность не только на предприятие, но и на работника, который занимается оформлением всех вышеперечисленных документов.

Выводы

С учетом, что мероприятия, предусмотренные в рамках обязательного медицинского осмотра, направлены на ранее выявление заболеваний и

предупреждения рисков развития заболеваний в последующем принятые меры государственного регулирования в данной области можно считать положительными. Отдельные недостатки, связанные, как правило, с разночтением с различными нормами федерального, регионального или отраслевого законодательства достаточно легко устраняются.

Список литературы

1. "Трудовой кодекс Российской Федерации" (ТК РФ) от 30.12.2001 N 197-ФЗ (последняя редакция) \ Консультант Плюс, <https://www.consultant.ru/document/cons> (дата обращения 08.05.2024г)
2. Приказ Минздрава России от 28.01.2021 N 29н (ред. от 01.02.2022) "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской... \ Консультант Плюс, <https://www.consultant.ru/document/cons> (дата обращения 08.05.2024г)
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011г. №302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" Консультант Плюс, <https://www.consultant.ru/document/cons> (дата обращения 08.05.2024г)
4. Приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 776н "Об утверждении Примерного положения о системе управления охраной труда" Консультант Плюс, <https://www.consultant.ru/document/cons> (дата обращения 08.05.2024г)
5. Тезиев, Т. М. Медосмотры по новым правилам / Т. М. Тезиев, М. М. Теблоров, С. Ч. Савхалова // Вестник МАНЭБ. – 2023. – Т. 28, № 4. – С. 47-52. – EDN BUYZTV.
6. Крайнова, И. М. Нюансы признания расходов на медосмотры работников / И. М. Крайнова, С. Н. Артыкова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2023. – № 12-1(106). – С. 90-92. – DOI 10.24412/2411-0450-2023-12-1-90-92. – EDN PNAREG.

АСПЕКТЫ И АЛГОРИТМЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЧЛП

Новоселов И.Э.¹, Гольдштейн С.Л.¹, Дугина Е.А.², Блохина С.И.², Рогожина Ю.С.²

¹ *Уральский федеральный университет, г. Екатеринбург, РФ,*

² *МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ*

Резюме. В статье представлены аспекты и алгоритмические модели системных поддержек реабилитации пациентов с ВЧЛП.

Ключевые слова: врожденная челюстно-лицевая патология (ВЧЛП), задача реабилитации, аспекты системного подхода, средства поддержек, логика решения, алгоритмические модели.

THE SYSTEM APPROACH ASPECTS AND ALGORITHMS IN THE PATIENTS' CONGENITAL MAXILLOFACIAL PATHOLOGY REHABILITATION

Novoselov I.E.¹, Goldstein S.L.¹, Dugina E.A.², Blokhina S.I.², Rogozhina Yu.S.²

¹ *Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia,*

² *MCMC "Bonum", Ekaterinburg, Russia*

Summary. The article presents the aspects and algorithmic models of the rehabilitation system support to patients with congenital maxillofacial pathology.

Key words: congenital maxillofacial pathology (CMP), rehabilitation task, aspects of the system approach, support tools, decision logic, algorithmic models.

Введение

Врожденная челюстно-лицевая патология (ВЧЛП) у детей включает широкий спектр аномалий, затрагивающих челюстно-лицевую область, а также другие системы организма (коморбидные патологии) [1-5]. Для решения задачи эффективной

реабилитации таких пациентов требуется системный, а не только мультидисциплинарный профильный подход, что позволит учесть многие аспекты реабилитации, обеспечивая комплексную поддержку и скоординированное (желательно синергетическое) управление персоналом и технологиями медицинского учреждения (МУ) [6-15].

Для решения этой задачи значимы практически все аспекты: профильный, компьютерный, информационный, когнитивный, управленческий, эволюционный, системный, а также их взаимодействия. Значимость определяется сложностью решаемой задачи. При этом признавая очевидную сложность объекта приложения и обозначенной задачи особое внимание должно быть связано с развитием поддержки от системного подхода с 11-ю его этапами и 7-ю взаимодействиями [8, 10].

В статье поставлена и решена задача представления аспектов системной поддержки реабилитации пациентов с ВЧЛП и соответствующих алгоритмических моделей.

Цель работы

Формализация системных поддержек реабилитации пациентов с ВЧЛП в виде алгоритмических моделей.

Материалы и методы

В качестве материалов использованы данные МКМЦ «Бонум», в качестве метода – средства системного мышления

Результаты и обсуждение

1. Логика постановки задачи развития средств системной поддержки реабилитации пациентов с ВЧЛП

Реабилитация пациентов с ВЧЛП в МУ - комплексная задача, включающая не только медицинскую [4], но и педагогическую [6], психологическую [7], социальную и управленческую поддержки по профилю реабилитации. Основная практическая цель — интеграция ребенка (позже пациента) в социум, обеспечение его полноценного развития и повышения качества жизни. А основная научно-техническая цель – расширение списка средств поддержки, их развитие и адаптация с позиции системного мышления.

Логику постановки задачи в профильном аспекте отражает рис. 1.

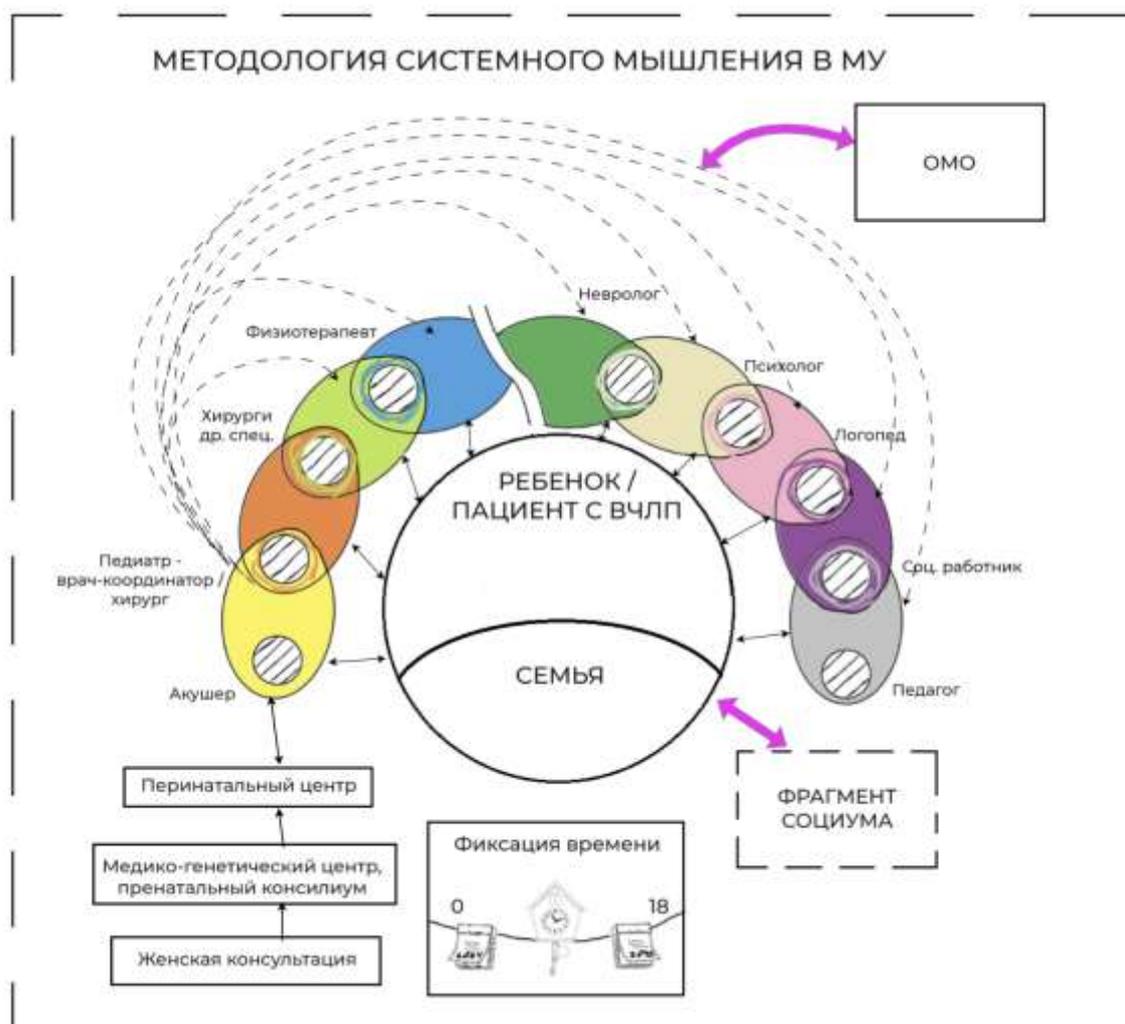


Рис. 1 – схема интерпретации задачи взаимодействия в системе
«Пациенты с ВЧЛП - пары специалистов МУ»

(овалы – поля взаимодействия; штрихованные круги – субъекты: разнопрофильные специалисты; пунктирные дуги – дополнительные каналы связи с врачом-координатором; ОМО – оргметодотдел МУ)

Женская консультация и медико-генетический центр играют важную роль в ранней диагностике и планировании реабилитации. На этапе беременности в женской консультации проводится первичная диагностика врожденных патологий. В случае выявления ВЧЛП беременная направляется в медико-генетический центр, где осуществляется более подробное обследование и пренатальный консилиум мультидисциплинарных специалистов для оценки состояния плода и разработки плана

дальнейших действий. Перинатальный центр обеспечивает специализированное ведение беременности и родов, а также неонатальную помощь новорожденным с ВЧЛП.

На рисунке представлена цепочка взаимодействующих специалистов (медицинского и немедицинского профилей) при реабилитации пациентов с ВЧЛП от рождения до социализации по данным (с 1998 по 2024 годы) многопрофильного клинического медицинского центра «Бонум», г. Екатеринбург, предоставляющего услуги централизованно, а по миру обычно децентрализованно. Сам процесс длится от рождения до 18 лет: ребенок-подросток-юниор-взрослый.

При этом ОМО центра «Бонум» призван, во-первых, играть ключевую роль в управлении сложным процессом восстановления здоровья этой категории пациентов, отвечая за координацию помощи и обеспечение интеграции всех необходимых специализированных мероприятий; во-вторых, организовывать: взаимодействие с сотрудниками центра в части организации своевременного повышения компетенций медицинского персонала; научно-практические конференции (НПК), совещания, выездные поликлиники и телемедицинские консультации (ТМК); в-третьих, разрабатывать методические пособия для пациентов и их родственников; укреплять связи с семьями пациентов, проживающих на всей территории Свердловской области; в-четвертых, совместно с Министерством здравоохранения Свердловской области участвовать в разработке и утверждении нормативных документов по данной проблематике (приказы, информационные письма, стандарты и протоколы реабилитационного процесса) с учетом маршрутизации в многопрофильный центр «Бонум», всегда работая по принципу обратной связи [16].

Методология системного мышления [8-11] подразумевает совместное использование всех необходимых средств поддержки и координации работы персонала МУ.

2. Пакет алгоритмических моделей существующих в МУ поддержек решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП

На рис.2 приведен старший алгоритм поддержек (на языке блок-схем по ГОСТ 19.701–90).

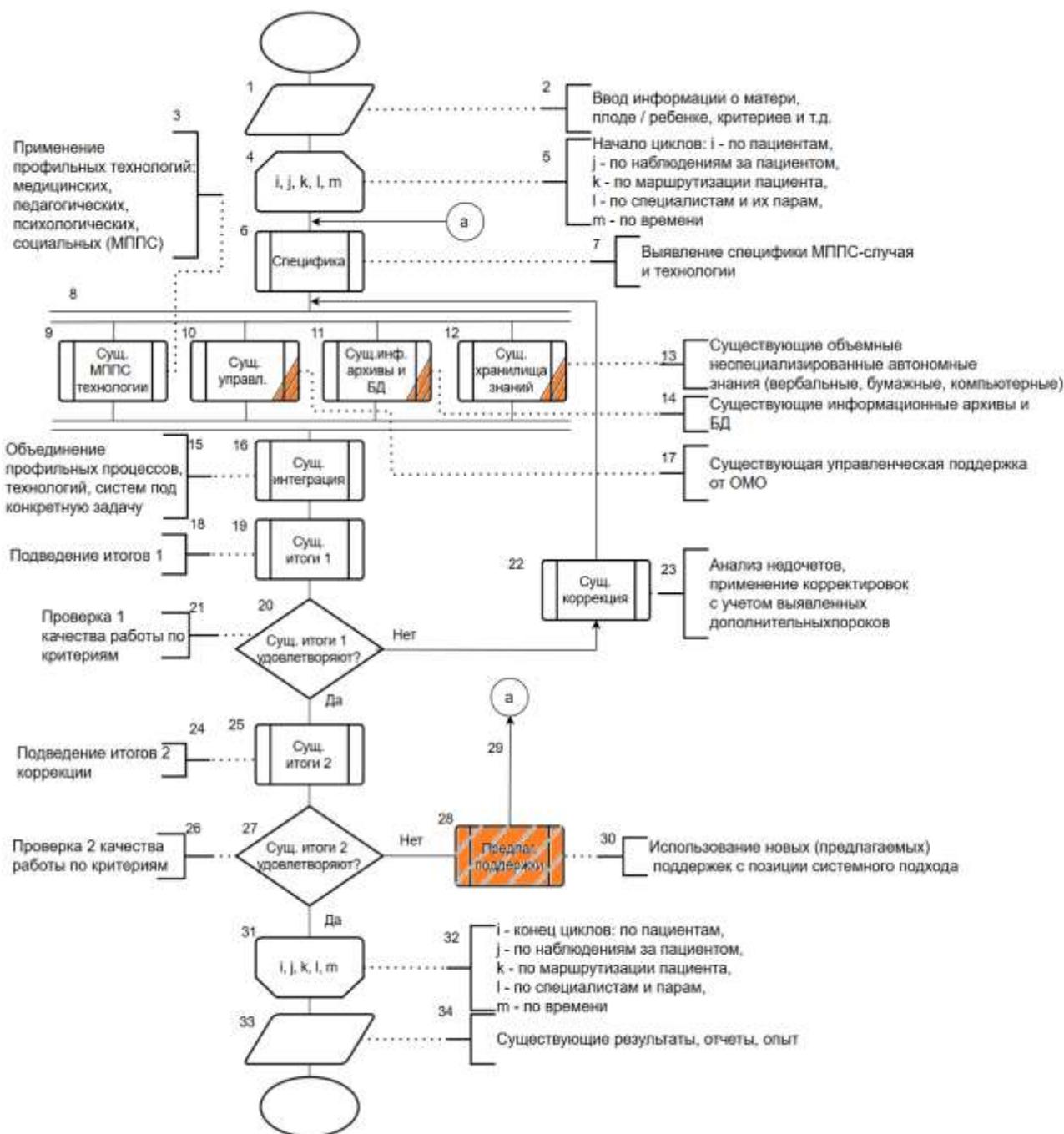


Рис.2 - старший (уровня 0) алгоритм существующих (сущ.) поддержек (профильной, управленческой, информационно-интеллектуальной и узко профильно интеграционной) решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП с элементами предполагаемой новизны (штриховка: полная – новизна старшая, уголовая – младшая)

В блоке 6 выявляют специфику МППС-случая и релевантных технологий, после него в параллель работают в соответствии с блоками 9-12, последовательно с блоками

16÷20, затем с блоком 22, далее с блоками 25· 27 и вторым каналом обратной связи с блоком 28 новых предполагаемых поддержек по условию блока 27. При этом действия в блоке 10, как правило, соответствуют работе администрации и ОМО и сложившемуся самоуправлению в коллективе профильных специалистов, а блок 28 предполагает новые поддержки, призванные парировать возможные осложнения проблемных ситуаций с пациентом, специалистами и т.п.

Детализация существующих в МУ поддержек приведена на рис. 3· 8.

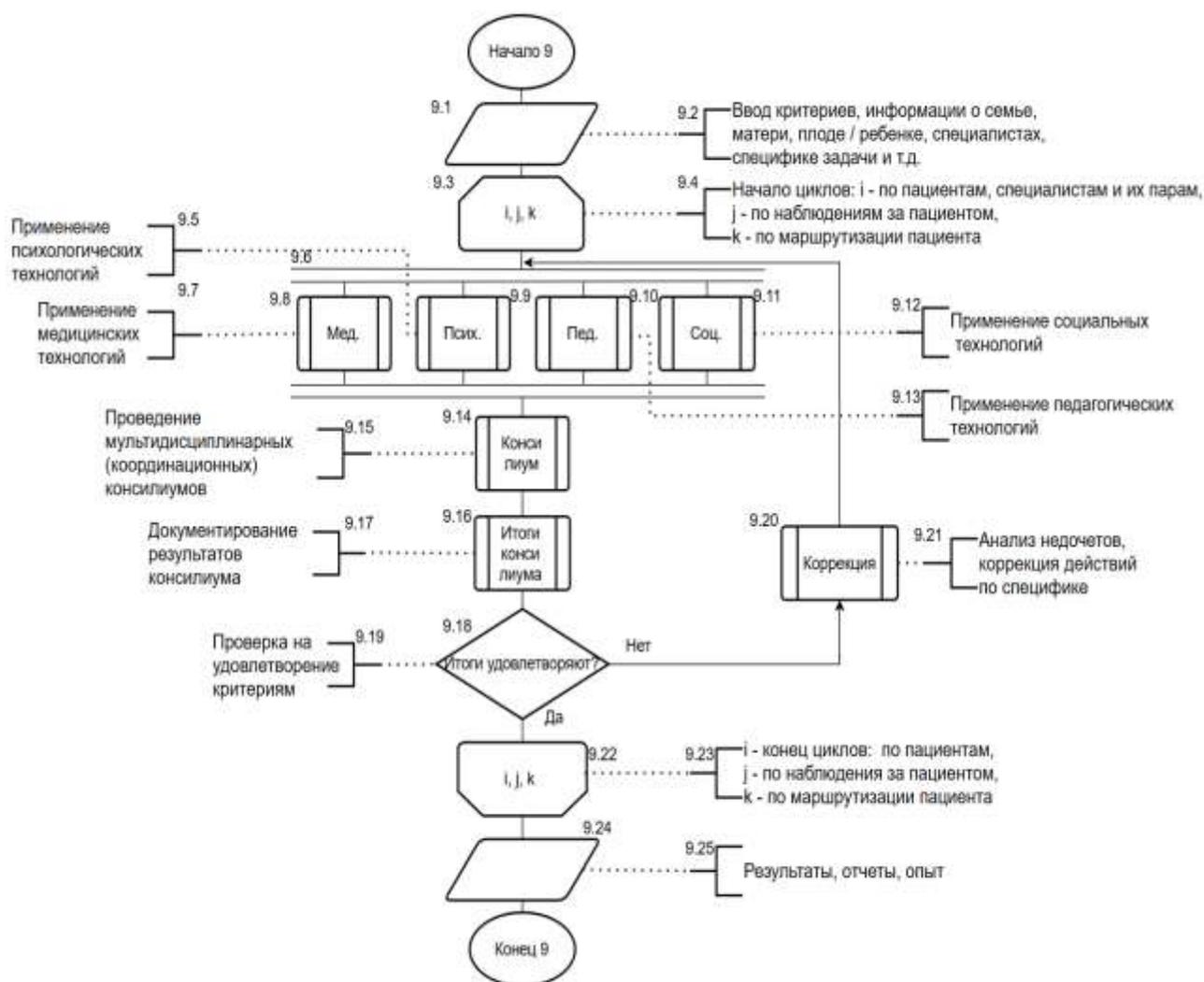


Рис. 3 – первый алгоритм уровня 1 существующих в МУ медико- психолого- педагогико-социальных технологий в задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

Видно, что в параллель идет работа в блоках 9.8- 9.11, представляющих аспекты деятельности узких специалистов разных профилей по реабилитации пациентов с ВЧЛП, затем работа в блоках 9.14- 9.16 с проверкой (блок 9.18). В канале обратной связи предусмотрены действия в блоке 9.20 с учетом конкретной специфики.

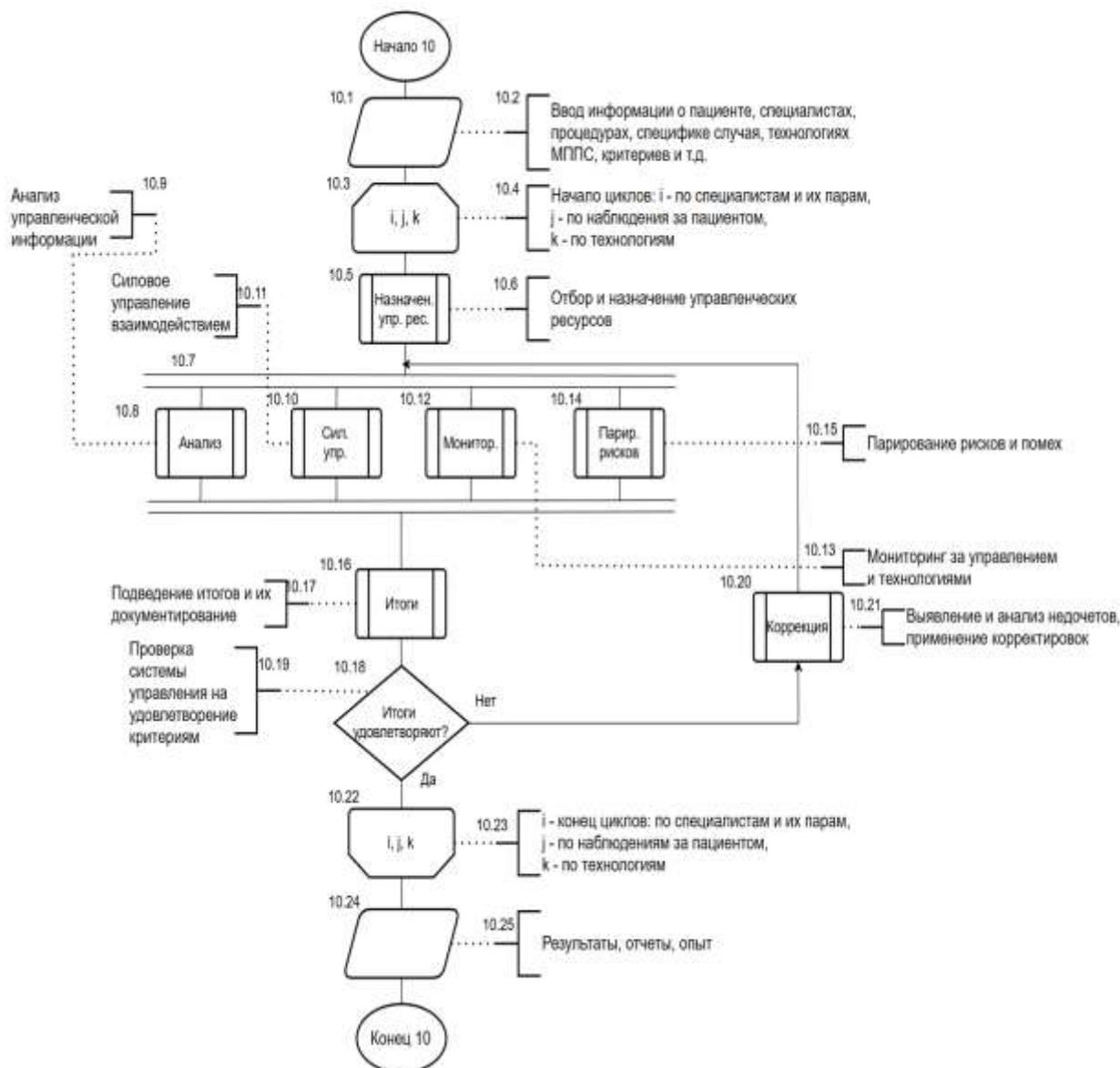


Рис. 4 – второй алгоритм уровня 1 существующей в МУ технологии управления в задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

Видна параллельная работа блоков 10.8- 10.14, представляющих действия по: анализу управленческой информации, силовому управлению (выделению и ориентировочно-адресному распределению ресурсов), мониторингу, парированию

рисков и помех. Далее подводят итоги и документируют результаты (блок 10.16), затем – корректируют решения и действия (блок 10.20) по условию блока 10.18.

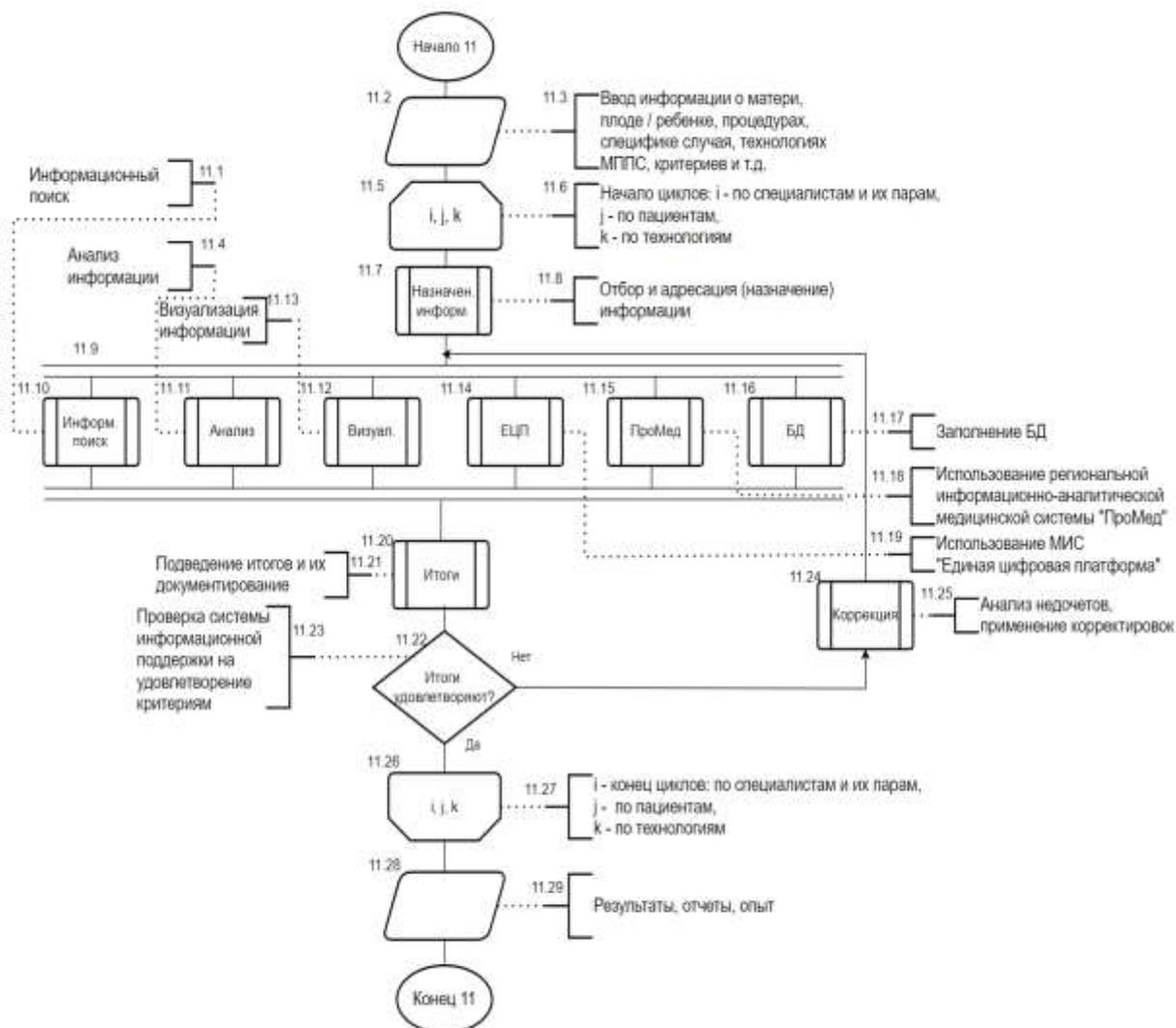


Рис. 5 – третий алгоритм уровня 1 существующей в МУ информационной поддержки решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП

В параллель идет работа в блоках 11.10- 11.16, связанная с видами информационных поддержек в МУ, затем в блоке 11.20 подводят итоги и документируют результаты, корректируя работу по необходимости (блок 11.24).

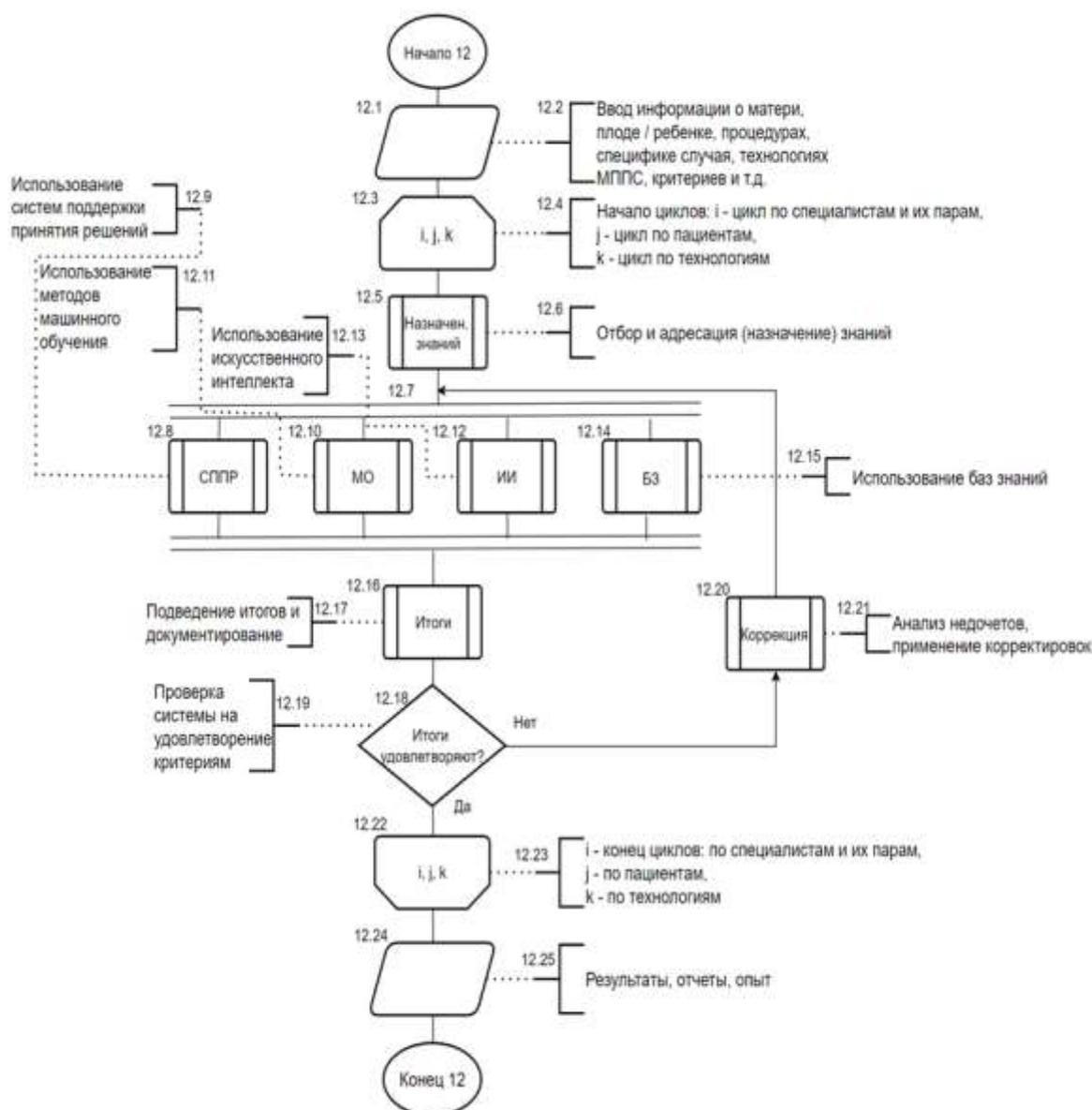


Рис. 6 – четвертый алгоритм уровня 1 существующих в МУ интеллектуальных поддержек решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП

Представлена параллельная работа в блоках 12.8- 12.14 с использованием интеллектуальных поддержек и хранилищ знаний в МУ, затем подводят итоги и документируют результаты (блок 12.16), далее корректируют технологии (12.20) по

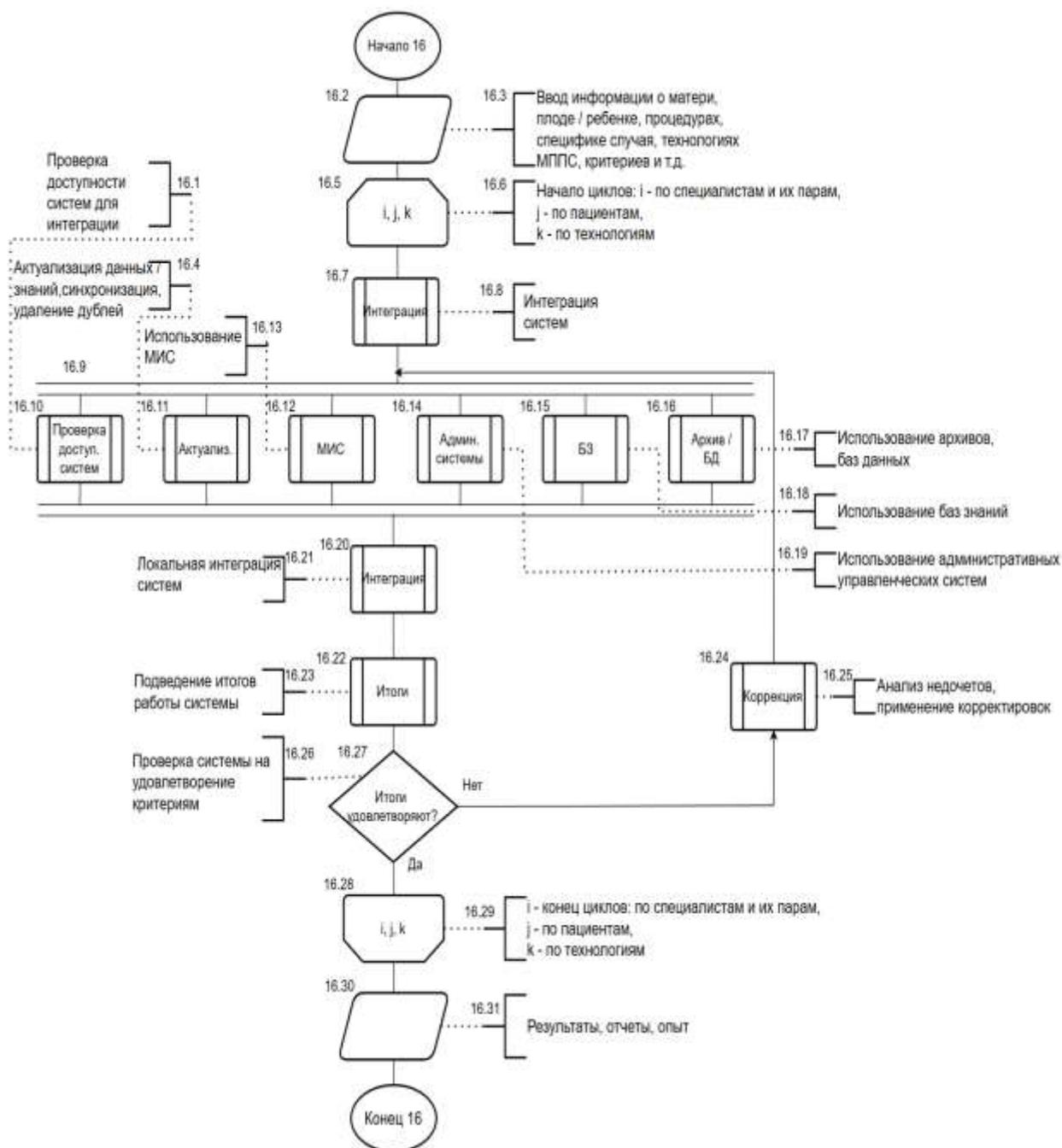


Рис. 7 – пятый алгоритм уровня 1 существующей в МУ интеграции средств для решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП (МИС – медицинские информационные системы)

Из рисунка видна параллельная работа в блоках 16.10- 16.16 с опорой на локальную интеграцию (блок 16.20), далее подводят итоги работы (блок 16.22), после

чего возможна корректировка работы при необходимости (блок 16.24) по условию блока 16.27.

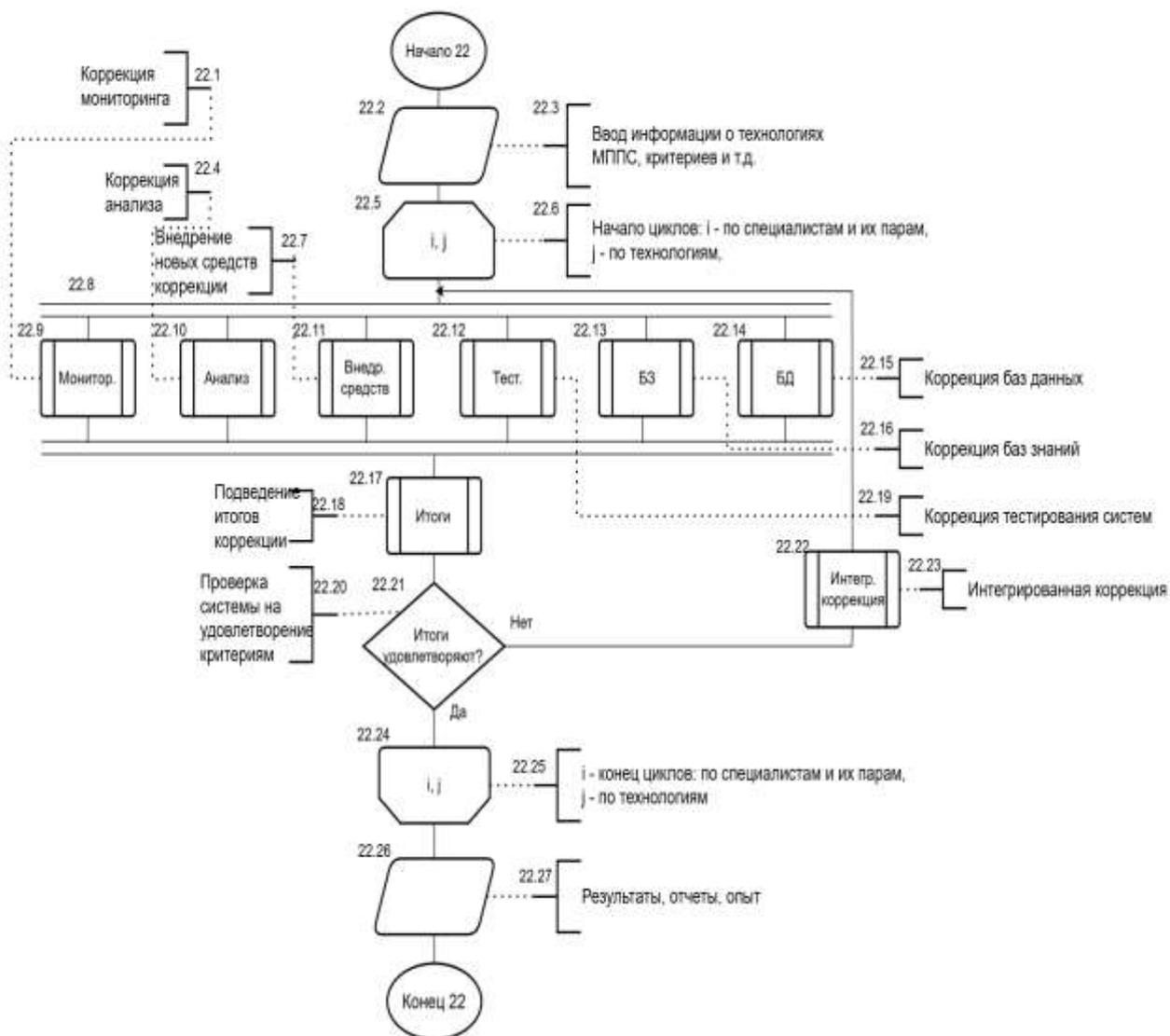


Рис. 8 – шестой алгоритм уровня 1 существующей в МУ
коррекции технологий в задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

Как и ранее в параллель идет работа в блоках 22.9- 22.14 по коррекции: мониторинга, анализа, тестирования (системы и подсистем) и внедрения новых средств коррекции, далее в блоке 22.17 подводят итоги коррекции, затем в блоке 22.22 осуществляют интегрированную коррекцию имеющихся средств.

Информация по локальным коррекциям и их связи с интегрированной представлены в таблице 1.

Блочная структура, виды и особенности коррекции действий по задаче

Блоки	Название	Специфика
22 (рис.2)	Существующая коррекция	Применение корректировок с учетом выявленных дополнительных пороков развития
9.20 (рис.3)	Коррекция профильных технологий	Основа для других корректировок, поскольку включает в себя профильные аспекты; обеспечивает базовый уровень поддержки, который требует последующей корректировки на других уровнях (управленческом, информационном и интеллектуальном).
10.20 (рис.4)	Коррекция управленческих технологий	Коррекция на управленческом уровне позволяет оптимизировать процесс реабилитации, координируя работу различных специалистов и поток ресурсов; влияет на другие аспекты, поскольку улучшенное управление обеспечивает более эффективное внедрение профильных, информационных и интеллектуальных технологий.
11.24 (рис.5)	Коррекция информационных технологий	Обеспечивает актуализацию и доступность данных, необходимых для других корректировок; играет весомую роль в поддержке реабилитации, управленческих и интеллектуальных процессов.
12.20 (рис.6)	Коррекция интеллектуальных технологий	Включает корректировки, связанные с анализом данных, принятием решений и использованием знаний; обеспечивает поддержку как профильных, так и управленческих технологий, помогая в разработке и адаптации эффективных реабилитационных стратегий.
16.24 (рис.7)	Коррекция интеграции систем	Обеспечивает взаимодействие и совместимость интеграции различных систем, что важно для координации корректировок, поскольку позволяет объединить профильные, управленческие,

		информационные и интеллектуальные технологии в единую функциональную систему.
22.22 (рис.8)	Интегрированная коррекция технологий	Объединяющий элемент, включающий в себя представленные коррекции; обеспечивает системный подход, учитывающий все аспекты реабилитации, от медицинских корректировок до комплексного управления и интеграции систем.

Представленные коррекции взаимосвязаны, поскольку направлены на улучшение всех аспектов системы реабилитации пациентов и охватывают различные уровни и сферы реабилитационного процесса с опорой на комплексный подход.

Представленные алгоритмы демонстрируют комплексный профессиональный подход к организации реабилитации пациентов с ВЧЛП в МУ в условиях средней сложности задач. Алгоритмы отражают существующие виды поддержек, включающие профильную, управленческую, информационно-интеллектуальную и интеграционную. Интеграции скорректированных (настроенных на конкретную задачу) систем позволяют достаточно эффективно координировать работу специалистов и технологий, обеспечивая комплексное сопровождение пациентов при отсутствии проблемных ситуаций. Параллельное выполнение операций и обратные связи способствуют адаптации и улучшению систем реабилитации в ответ на конкретные штатные потребности и специфику каждого случая.

3. *Пакет алгоритмических моделей с элементами предлагаемой научно-технической новизны поддержек решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП в условиях проблемных ситуаций с задачами повышенной сложности*

Новизна, обозначенная в блоках 10÷12 и 28 представлена детально на рис.9÷ 13.

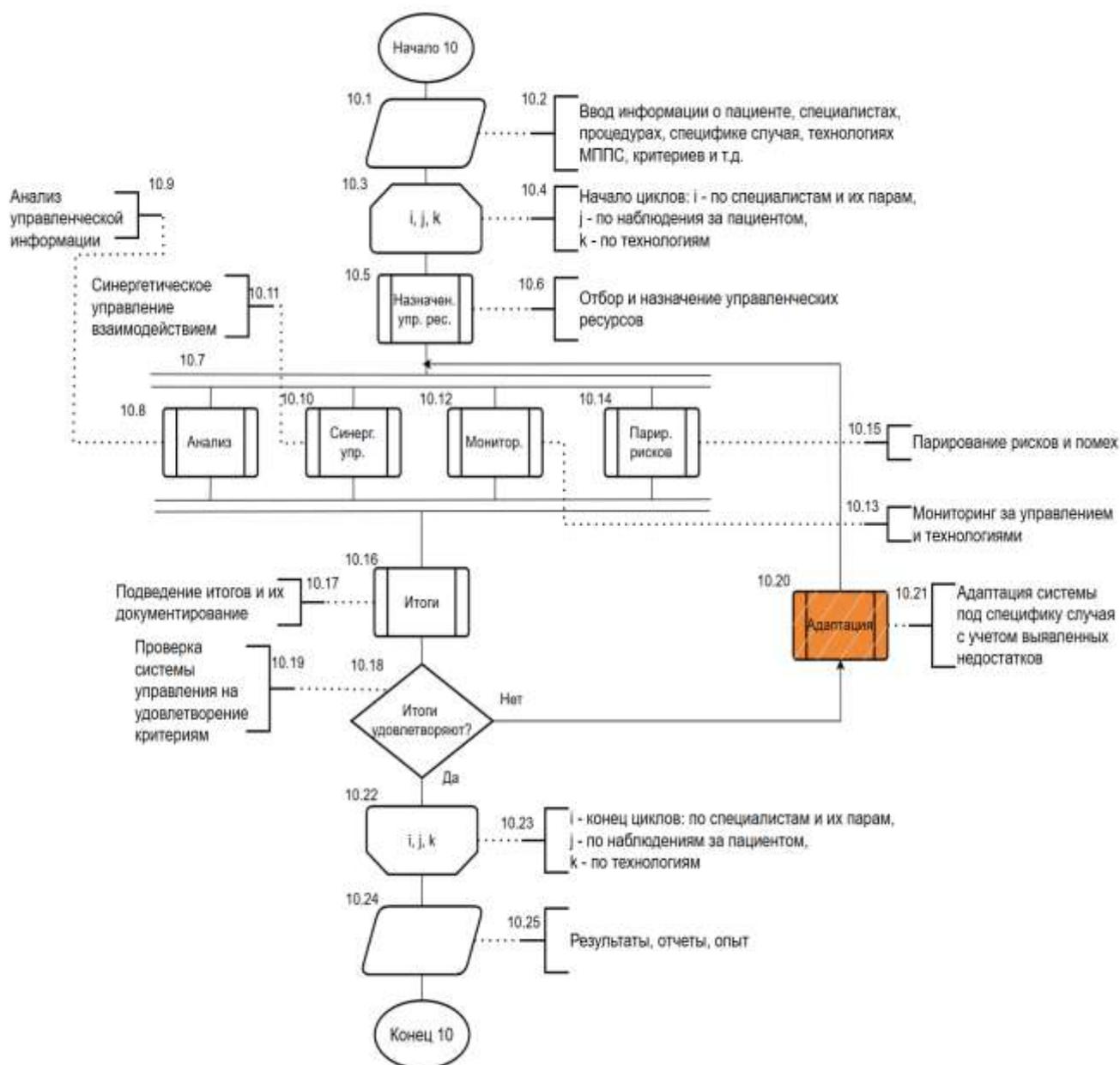


Рис. 9 – седьмой алгоритм уровня 1 предлагаемой технологии управления в задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

Видна параллельная работа блоков 10.8- 10.14, представляющих действия по: анализу управленческой информации, синергетическому управлению (выделению и самоорганизующемуся распределению ресурсов), мониторингу, парированию рисков и помех. Далее подводят итоги и документируют результаты (блок 10.16), затем – производят адаптацию системы под специфику случая (блок 10.20) по условию блока 10.18.

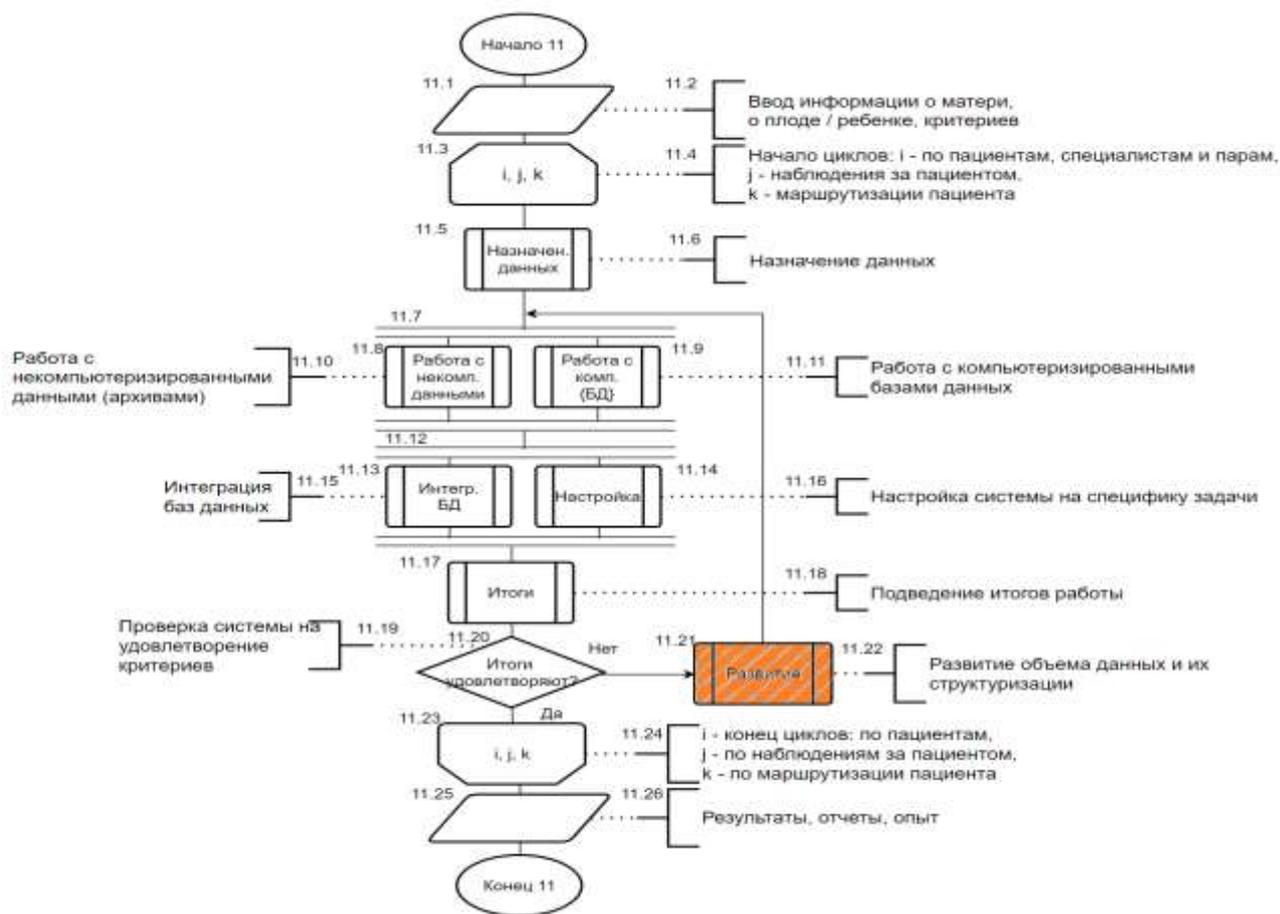


Рис. 10 – восьмой алгоритм уровня 1 предлагаемой поддержки работы с данными при реабилитации пациентов с ВЧЛП

В параллель должна идти работа с бумажными архивами и компьютерными базами данных в блоках 11.8 и 11.9, затем в блоках 11.13 и 11.14 - параллельная работа по интеграции баз данных и настройке системы на специфику ситуации, далее - работа над развитием объема данных и их структурированием в блоке 11.21 по условию блока 11.20.

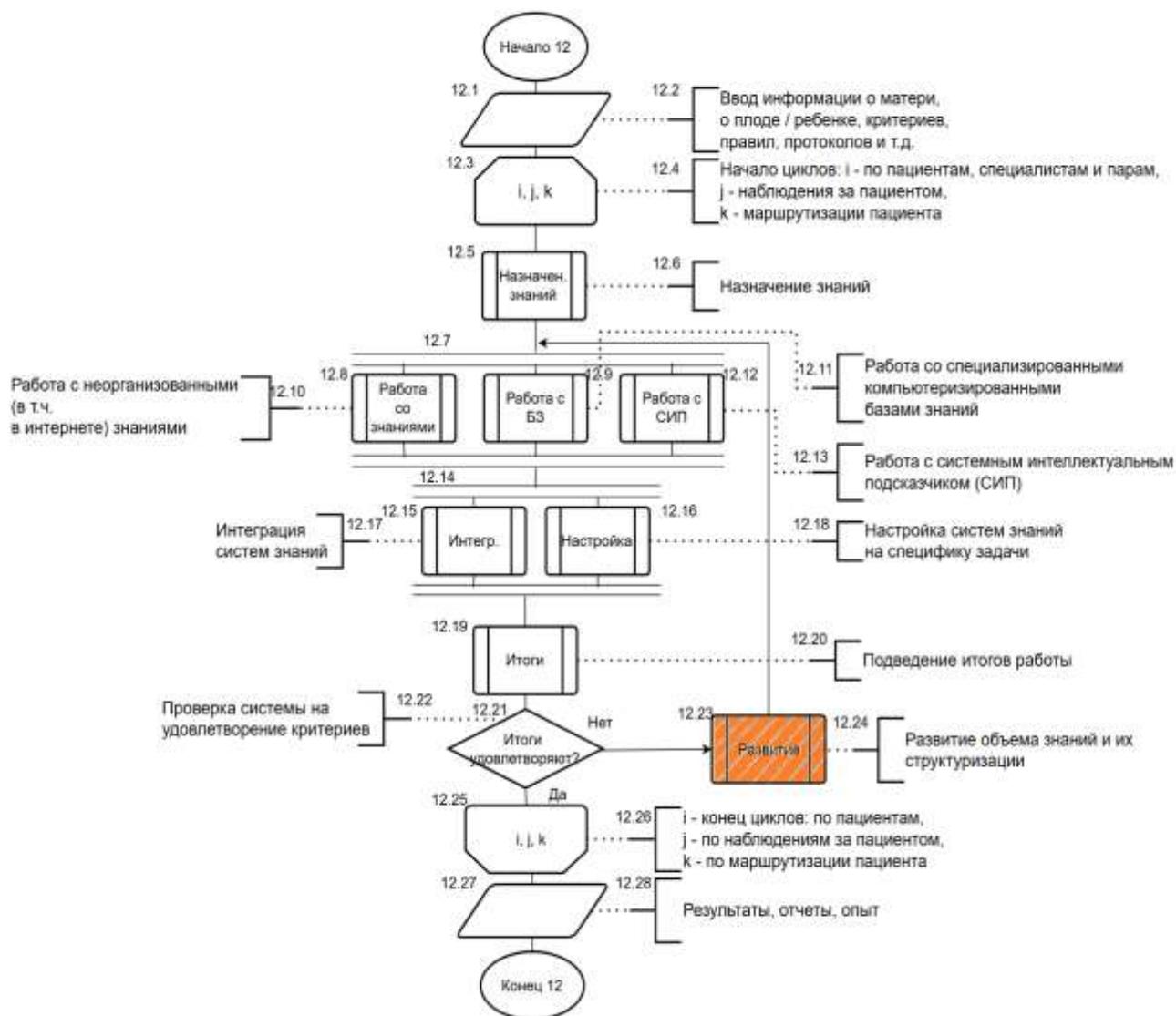


Рис. 11 – девятый алгоритм уровня 1 предлагаемой поддержки когнитивной работы (со знаниями) по задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

В параллель идет работа с разновозрастными базами знаний в блоках 12.8 и 12.9 и с СИП (блок 12.12) [21], затем параллельная работа в блоках 12.15 и 12.16 над интеграцией баз знаний и настройкой подсистемы на специфику случая, далее идет работа по развитию объема знаний и их структуризации (блок 12.23).

Работа в соответствии с рис.9 и 10 должна быть непрерывно поддержана информационно-аналитической службой МУ на более высоком уровне, чем существующий [20].

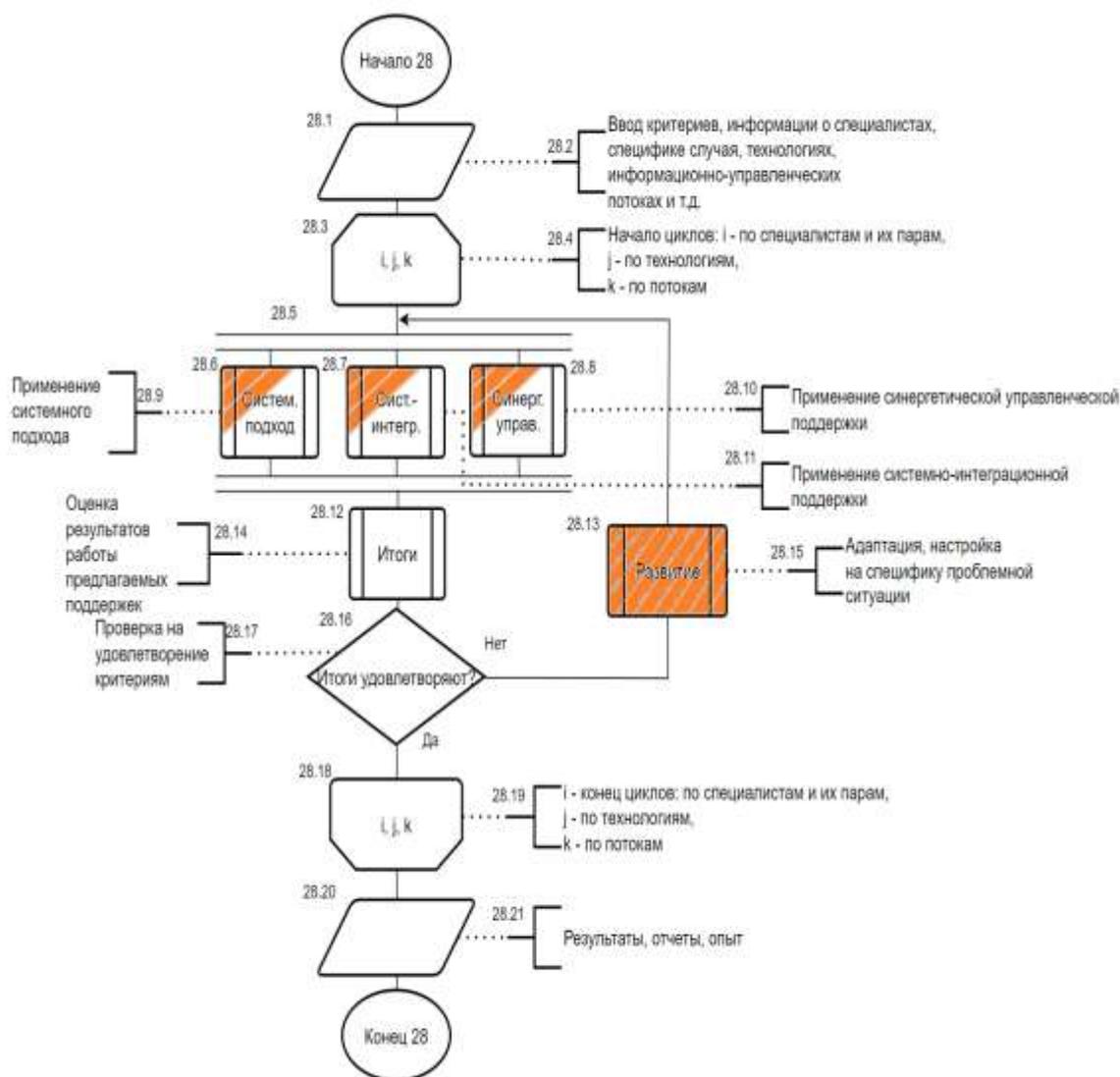


Рис. 12 – десятый алгоритм уровня 1 функционирования предлагаемых для МУ поддержек решения задач в более проблемных ситуациях реабилитации пациентов с ВЧЛП

Отражена параллельная работа в улучшенных блоках 28.6- 28.8. Далее в блоке 28.12 подводят итоги применения предлагаемых поддержек, затем в блоке 28.13 производят настройку на специфику более тяжелой проблемной ситуации.

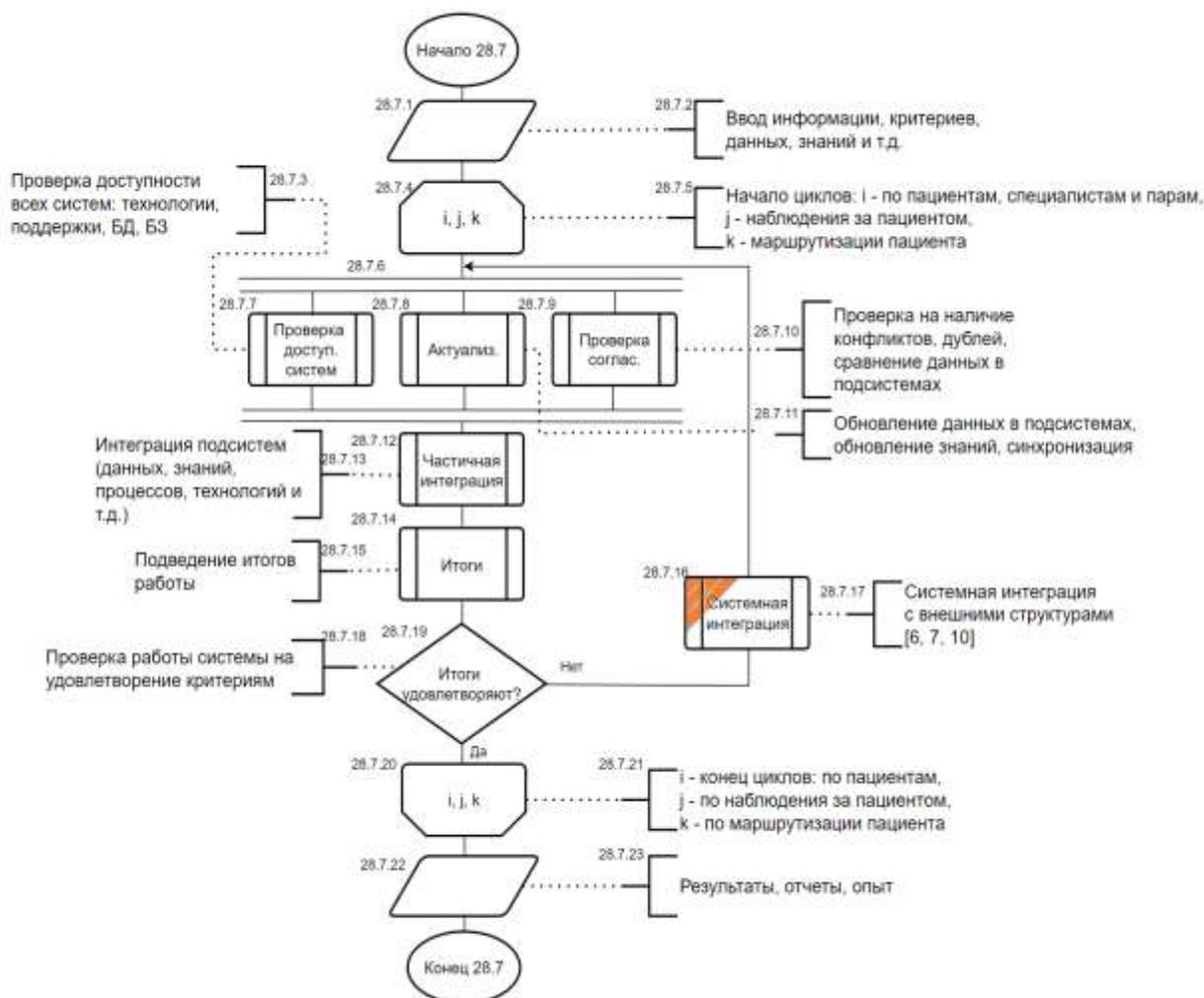


Рис. 13 – первый алгоритм уровня 2 предлагаемой поддержки от системной интеграции по задаче реабилитации пациентов с ВЧЛП

Из рисунка видна параллельная работа в блоках 28.7.7- 28.7.9, осуществляющих операции проверки доступности систем к интеграции, актуализации сведений, проверки согласованности данных, далее идет работа в блоке 28.7.16 по условию 28.7.19. Развитие (уголковая штриховка) состоит в настройке на специфику.

Алгоритмические модели, предложенные для решения реабилитационной задачи повышенной сложности, отражают особую роль системного подхода к управлению решением комплексной задачи реабилитации детей с ВЧЛП.

Системный подход должен включать этапы: постановки задачи, концептуализации, спецификации, наблюдения, синтеза модели, экспериментирования, реализации модели, ее проверки и исследования, оптимизации и заключительного синтеза. А также анализ схемы взаимодействия каждый с каждым действий: выделение проблемных ситуации, ее описание, задание критериев оценки, идеализацию, декомпозицию, композицию и решение [6].

Системная интеграция предполагает выход во внешнюю экономическую среду с обеспечением цепочки производств: новых знаний и решений, продуктов и услуг (в т.ч. медицинских), финансов (кредитования и инвестирования в медицину и в поддержки) и маркетинга. Должен быть создан генератор схем системно-интеграционной гармонии [22-26].

Синергетическое управление должно стать основным способом управления персоналом МУ [17].

Итоговое представление о средстве решения рассматриваемой в статье задачи, по-видимому, должно быть связано с созданием электронной нервной системы МУ [18, 19].

Выводы:

1. представлена в виде схемы логика поставленной задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП в медицинском учреждении с позиции методологии системного мышления;
2. предложен пакет алгоритмических моделей существующих в МУ поддержек решения задачи реабилитации пациентов с ВЧЛП;
3. пакет дополнен алгоритмами предлагаемых решений по поддержкам для проблемных ситуаций повышенной сложности.

В статье в виде алгоритмических моделей представлены существующие и предлагаемые поддержки реабилитации пациентов с ВЧЛП на основе системного подхода, параллельной работы специалистов и технологий с интеграцией систем и подсистем на основе элементов научно-технической новизны, заключающейся в разработке и внедрении системного подхода к управлению реабилитацией пациентов с ВЧЛП, который включает создание формализованных алгоритмических моделей, интеграцию синергетического управления, поддержку работы с данными и знаниями, системную интеграцию и коррекцию технологий, а также адаптацию системы под

специфику каждого случая для повышения эффективности реабилитационных процессов в медицинских учреждениях.

Список литературы

1. Виссарионов В.А. Варианты хирургического устранения различных дефектов концевого отдела носа / В.А. Виссарионов, И.А. Карякина // Системная интеграция в здравоохранении. – 2010. – №. 1. – С. 23–32.
2. Мамедов, Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения / Ад. А. Мамедов. — М. : Детстомиздат, 1998. — 309 с.
3. Леонов А.Г. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра / А.Г. Леонов, О.Ю. Ершова, А.Е. Ткаченко, Г.В. Долгополова // Системная интеграция в здравоохранении. – 2015. – №. 1. – С. 26-35.
4. Рогожина Ю.С. Оптимизация тактики и техники хирургического лечения врожденной асимметричной расщелины верхней губы и неба у детей : автореф. дис ... к.м.н. : 3.1.7 / Ю.С. Рогожина. – Екатеринбург, 2021. – 32 с.
5. Рогожина Ю.С. Современная тактика динамического наблюдения и лечения пациентов с врожденной челюстно-лицевой патологией, сочетанной с аномалиями других органов и систем / Ю.С. Рогожина, С.И. Блохина, Е.С. Бимбас, К.В. Галеева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23. – №. 2. – С. 92-103.
6. Свирина Н.А. О верификации результатов интеграционно-педагогической реабилитации детей с задержкой речевого развития / Н.А. Свирина, М.С. Трубина, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении. – 2008. – №. 2. – С. 31-39.
7. Набойченко Е.С. Психологическое сопровождение развития детей с атипичными особенностями внешности // Педагогическое образование в России. – 2017. – №. 9. – С. 65–71.
8. Гольдштейн С.Л. Введение в системологию и системотехнику / С.Л. Гольдштейн, Т.Я. Ткаченко., Екатеринбург, изд. ИРРО, 1994. – 198 с.
9. Гольдштейн С.Л. О развитии макромеханизма системной интеграции в интересах здравоохранения / С.Л. Гольдштейн, С.С. Печеркин // Системная интеграция в здравоохранении. – 2010. – №. 3. – С. 5–12.

10. Печеркин С.С. Старт в технологию системности при разрешении проблемных ситуаций в здравоохранении / С.С. Печеркин, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении. – 2022. – №. 2. – С. 69–76.
11. Степаненко Д.Г. Оценка уровня системной интеграции деятельности медицинского учреждения с возможностями информационно- интеллектуальных технологий / Д.Г. Степаненко, С.Л. Гольдштейн, А.Д. Степаненко // Системная интеграция в здравоохранении. – 2013. – №.3. – С. 4–25.
12. Гольдштейн С.Л. О системе управления персоналом клинического медицинского учреждения: иерархия понятий" корпоративные культура и идеология" / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Е.А. Дугина, Е.А. Маржина, И.О. Елькин // Системная интеграция в здравоохранении. – 2019. – №. 1. – С. 13–20.
13. Блохина С.И. Системная интеграция в здравоохранении / С.И. Блохина, С.Л. Гольдштейн, Т.Я. Ткаченко // Системная интеграция в здравоохранении. – 2008. - № 1. – С. 8–11.
14. Рогожина Ю.С. К вопросу хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, сочетанной с аномалиями других органов и систем / Ю.С. Рогожина, С.И. Блохина, Е.С. Бимбас // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23. – №. 3. – С. 281–294.
15. Рогожина Ю.С. Пренатальная УЗ-диагностика и социально-психологическая поддержка в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов с врождённой расщелиной челюстно-лицевой области, осложнённой аномалиями других органов и систем / Ю.С. Рогожина, С.И. Блохина, Е.С. Бимбас, Е.С. Набойченко // Российский медицинский журнал. - 2024. - Т. 30. - №2. - С. 110–121.
16. Организационно-методический отдел [Электронный ресурс] // ГБУ РО "ЦГБ им. Н.А. Семашко", Ростов-на-Дону. URL : <https://gb-ru/department/organizacionno-metodicheskij-otdel/> (дата обращения 21.06.2024).
17. Гольдштейн С.Л. О синергетическом управлении сложным медицинским объектом в парадигме стратегии системной интеграции. / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, С.С. Печеркин // Вестник РАЕН. – 2023. - № 3. – С. 37–46.
18. Gates B. Business at the speed of thought: Succeeding in the digital economy / B. Gates, C. Hemingway // Penguin Books UK. - 2000. – 560 p.
19. Гольдштейн М. Л. Развитие концепции системной интеграции до выхода на

- электронную нервную систему предприятия. / М.Л. Гольдштейн, С.Л. Гольдштейн, С.С. Печеркин // Вестник УГТУ-УПИ – 2006. - № 6. – С. 98-105.
20. Донцов О.Г. Развитие распределенной многоуровневой организационной системы управления разнорольной ИТ-деятельностью медицинского учреждения : автореф. дис ... к.т.н : 2.3.4 // О.Г. Донцов. – Екатеринбург, 2024. – 23 с.
 21. Печеркин С.С. Теоретическое описание и развитие системной интеграции для научно-практических структур : автореф. дис ... к.ф.-м.н : 05.13.18 // С.С. Печеркин. – Екатеринбург, 2002. – 19 с.
 22. Печеркин С.С. Ситуационное досье как инструмент разрешения проблемных ситуаций регионального уровня / С.С. Печеркин, С.Л. Гольдштейн, Д.А. Лопатин // Сб. «Вопросы информатизации и управления органов государственной власти и местного самоуправления», -Челябинск: АЧО, 2000. – с. 167–196.
 23. Блохина С.И. Информационные технологии и качество системы реабилитации детей с врожденной патологией / С.И. Блохина, С.Л. Гольдштейн, Т.Н. Бобрович, А.Г. Васильев и др. // - М.: Екатеринбург: БОНУМ, 1997. – 152 с.
 24. Гольдштейн С.Л. Работа с оболочкой системно-интеллектуального подсказчика / С.Л. Гольдштейн, Т.Я. Ткаченко // Методические указания. – Екатеринбург: УГТУ, 1996. – 36 с.
 25. Мелких Д.Л. Алгоритмы медицинской диагностики в компьютерных системах знаний / Д.Л. Мелких, С.Л. Гольдштейн, М.И. Тимофеева, С.И. Блохина и др. // Тезисы I Всероссийской конференции «Информатизация педиатрической науки и практики». – М.: Екатеринбург: БОНУМ, 1998. – с. 117–119.
 26. Ткаченко Т.Я. Моделирование и синтез системных интеллектуальных подсказчиков для исследования гибких нечетких технологий: автореф. дис ... к.т.н : 05.13.16 // Т.Я. Ткаченко. – Екатеринбург, 1996. – 31 с.

**ПРОГРАММНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УХОДА ЗА
ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ**

Практическое пособие (НАЧАЛО)

Екатеринбург 2024 год

УДК 616.892.32-083

ББК 56.145.3

П78

Программно-методическое сопровождение подготовки инструкторов по обучению правилам, умениям и навыкам ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и ограниченными возможностями самообслуживания : практическое пособие / К. В. Кузьмин, А. С. Кульберг, Е. С. Набойченко, Л. Е. Петрова, В. С. Харченко. – Екатеринбург: ГБПОУ СОМК, 2024. – 66 с.

Авторы-составители: к.и.н., доц. К.В. Кузьмин, д.пс.н. Е.С. Набойченко, Митрополит Верхотурский и Екатеринбургский Евгений (А.С. Кульберг), д.пс.н., проф., к.с.н., доц. Л.Е. Петрова, к.с.н., доц. В.С. Харченко.

Рецензенты: д.м.н. Е.А. Дугина, д.м.н. И.О. Елькин.

Настоящее практическое пособие адресовано лицам, как проводящим обучение навыкам социального ухода за пожилыми людьми, находящимся на разных стадиях деменции, так и людям, осуществляющим такой уход.

При составлении пособия использованы методические материалы «Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста» (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста»)» // И.А. Левина, К.В. Кузьмин, Бессонова М.Ю. и др. Екатеринбург: ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр социальной помощи», 2024.

© Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Кульберг А.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С.,
2024

Содержание

Введение
I. Ранние признаки деменции
II. Принятие диагноза
III. Советы по уходу за пожилыми людьми, находящимися на ранней стадии деменции
IV. Советы по уходу за пожилыми людьми, находящимися на умеренной стадии деменции
V. Советы по уходу за пожилыми людьми, находящимися на тяжелой (поздней) стадии деменции
Заключение
Рекомендуемая дополнительная литература

Введение

Во Всемирном докладе о старении и здоровье (2015) цель здорового старения определяется как содействие людям в развитии и поддержании функциональной способности, обеспечивающей благополучие.

Функциональная способность включает в себя индивидуальную жизнеспособность человека как сочетание его физических и умственных способностей, включая психологические способности, его окружающую среду и взаимодействие между ними.

В октябре 2017 года Всемирная организация здравоохранения опубликовала «Рекомендации по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности». В них содержатся научнообоснованные руководящие указания для медицинских и социальных работников, призванные помочь им в разработке и реализации мероприятий, ориентированных на потребности человека, по комплексной помощи пожилым на уровне местных сообществ. Именно оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности признается на международном уровне ключевым фактором здорового старения.

Интерес к проблеме когнитивных нарушений в пожилом возрасте возник не случайно, будучи тесно связанным с общими проблемами старения населения: по оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше в 1950 году составляло 205 млн человек, в 2000 году — около 600 млн, в 2009 году превысило 737 млн человек, а к 2050 году составит более 2 млрд человек, то есть за столетие оно увеличится в 9-10 раз. Учитывая нарастающее с каждым годом постарение населения, растет и распространенность когнитивных расстройств.

Снижение когнитивных способностей проявляется прогрессирующей забывчивостью, снижением внимания и способности к решению задач. Хотя точная причина не выяснена, снижение когнитивных способностей может быть связано с процессами старения мозга, заболеваниями (такими, как гипертензия и инсульт или болезнь Альцгеймера) или факторами окружающей среды: такими, как недостаток физической нагрузки, социальная изоляция и низкий уровень образования. Снижение когнитивных способностей начинает представлять проблему тогда, когда оно влияет

на способность человека эффективно функционировать в окружающей его среде, то есть тогда, когда у человека возникает деменция.

В 2015 году во всем мире деменция была диагностирована у 47 млн человек (5% пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 млн к 2030 году и 132 млн к 2050 году. Ежегодно в мире деменция диагностируется примерно у 9,9 млн человек в настоящее время примерно 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, и большинство новых случаев, как ожидается, будет приходиться именно на эти страны.

По приблизительным оценкам, в России насчитывается около 2 млн больных с деменцией, и в ближайшие десятилетия прогнозируется рост числаллиц пожилого и старческого возраста, что неизбежно повлечет увеличение числа людей с когнитивными расстройствами, включая деменцию, недееспособных и нуждающихся в опеке, постоянном уходе и лечении.

При надлежащей поддержке многие пожилые люди могут и должны сохранять самообслуживание, принимать участие в жизни семьи, иметь достойное качество жизни. Помощь должна быть основана на понимании того, что пожилые люди – не средоточие заболеваний и расстройств здоровья, а каждый человек – индивидуум с уникальным опытом, потребностями и предпочтениями. Ориентир на интересы и нужды человека означает, что во главу угла ставятся потребности индивидуума в медицинской и социальной помощи, а не отдельно взятые расстройства здоровья или симптомы.

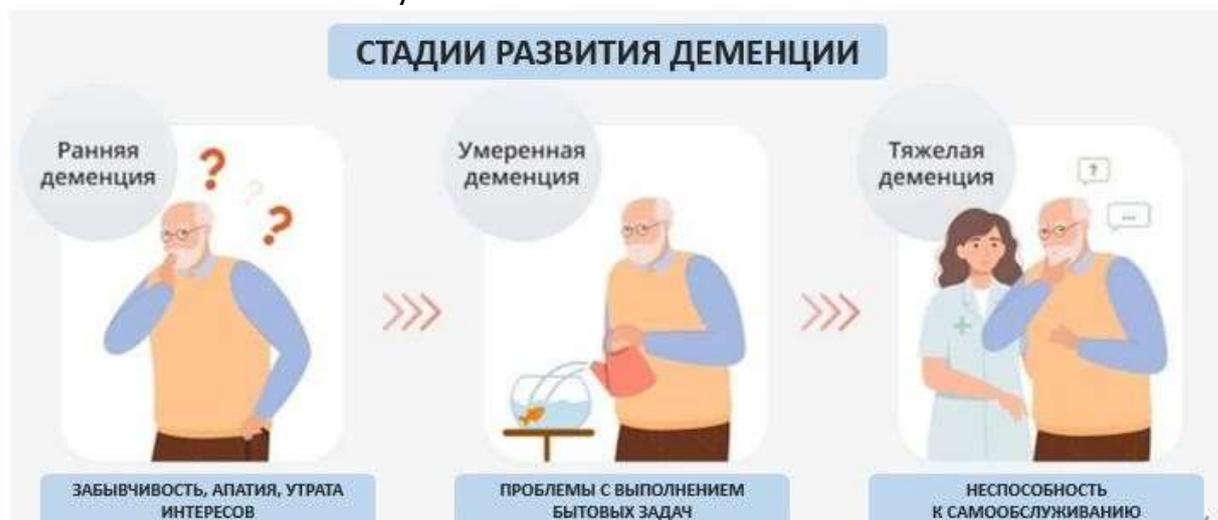
В рамках комплексного подхода, ориентированного на интересы и нужды человека, учитывается контекст повседневной жизни индивидуумов, в том числе взаимосвязь состояния их здоровья и их потребностей с таковыми в их ближайшем окружении. В этой связи особую актуальность приобретает обучение элементарным навыкам ухода за пожилыми людьми, находящимися на разных стадиях деменции, представленным в данном практическом пособии.

I. Ранние признаки деменции

Деменция (или старческое слабоумие) – это приобретенное долговременное и патологическое снижение когнитивных функций (то есть функций внимания, памяти, мышления и речи), вызванное повреждением нейронов головного мозга. Чаще всего деменции подвержены пожилые люди старше 65 лет, когда наблюдается сенильная деменция («старческий маразм»), а наиболее распространенной причиной деменции является болезнь Альцгеймера – на нее приходится 60-70% случаев.

При деменции: наблюдаются затруднения в сфере мышления; страдают оценка ситуации и комбинаторика; сужается круг интересов; снижается адаптация к жизненным условиям; наблюдаются психопатологические симптомы (бред, галлюцинации); растормаживаются инстинкты и влечения (обжорливость, гиперсексуальность).

На *ранней* стадии деменции чаще всего ухудшается память – «исчезают» сначала недавние воспоминания, а затем относящиеся к более ранним периодам жизни; на *умеренной* стадии – появляются проблемы с целенаправленностью деятельности и восприятием окружающего мира; наконец, на стадии *тяжелой* деменции – расстройства речи и неспособность к самообслуживанию.



Причины возникновения деменции *различны*; к их числу относят: сосудистые поражения нервной системы (инсульт и инфаркт мозга); инфекции (ВИЧ, корь, краснуха, паротит, грипп); нейродегенеративные заболевания (болезнь Пика, Альцгеймера, Паркинсона и др.); нарушения циркуляции спинномозговой жидкости; черепно-мозговые травмы; онкологические заболевания и др.

Чудодейственных лекарств, избавляющих от деменции, в настоящее время не существует, но в связи с ростом продолжительности жизни доля пожилых людей с

деменцией неуклонно увеличивается. Кроме того, прогрессирование деменции охватывает значительный временной промежуток (до 10-15 лет), что актуализирует проблему организации долговременного ухода за такими больными.

Следует понимать, что, во-первых, диагностировать заболевание, провоцирующее развитие деменции, может только врач; во-вторых – «когнитивное снижение» в пожилом возрасте, как правило, неизбежно, истарение человека может протекать в форме *нормального* или *патологического* старения, что находит проявления в соответствующих изменениях когнитивных способностей:

Способности	Пожилкой человек	
	при нормальном старении:	при патологическом старении:
Кратковременная память и усвоение новой информации	иногда забывает имена людей или встречи, но вспоминает их позже	забыл имена близких друзей или членов семьи, а также события недавних дней
	иногда забывает что-то важное, но позднее вспоминает об этом	постоянно переспрашивает одно и то же, но забывает об этом
	время от времени кладет вещи неправильно (телефон, очки или пульт от телевизора), но затем повторяет шаги, чтобы их отыскать	постоянно забывает, где оставил те либо иные вещи, или оставляет их в необычных местах (например, ключи от дома оказываются в шкафчике в ванной)
Планирование, решение проблем и принятие решений	немного медленнее реагирует или дольше обдумывает свои решения	путается и испытывает неуверенность при планировании или обдумывании решений
	затрудняется выполнять несколько задач, особенно когда отвлекается по мелочам	утрачивает способность сконцентрировать свое внимание на проблеме
	время от времени принимает неверные, необдуманные решения	постоянно ошибается при работе с деньгами или при оценке рисков
	ошибается при ведении финансов (например, иногда забывает оплатить счета вовремя)	испытывает постоянные проблемы при отслеживании ежемесячных счетов
Речевые функции	иногда испытывает затруднения при подборе слова для описания конкретной вещи	не может подобрать нужное слово или часто обращается к предмету, называя его как «вот это»
	больше сосредоточивается, чтобы не отставать от разговора	испытывает явные проблемы с поддержанием диалога с собеседником
	иногда терпит нить беседы, если его отвлекают или говорят сразу много людей	регулярно терпит нить беседы, не понимая содержания того, что и кто с ним говорит
Ориентация в пространстве и времени	не понимает день или неделю, но вспоминает это позднее	постоянно забывает дату, время года и течение времени
	может забыть, зачем куда-то пошел, но вскоре вспомнить	может заблудиться или не знать, где находится, в знакомом месте
Навыки зрительного восприятия	может испытывать изменения зрения, связанные с катарактой или другими заболеваниями зрительного спектра	испытывает проблемы с интерпретацией визуальной информации (например, не может определить расстояние до лестницы)
Настроение и поведение	иногда устает от работы, семьи и социальных обязательств	отстраняется и утрачивает интерес к работе, общению или хобби
	иногда чувствует себя немного подавленным или тревожным	постоянно испытывает грусть, тревогу, страх или неуверенность
	изобретает для себя определенные способы поведения и становится раздражительным, когда рутина нарушается	легко раздражается или расстраивается при общении с близкими, коллегами, друзьями или в удобных или знакомых местах

Тем не менее, можно определить несколько наиболее распространенных *симптомов патологического старения*, указывающих на возможное начало деменции:

1. Недавняя потеря памяти



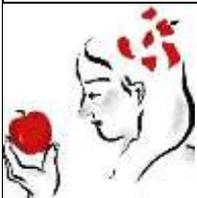
Все мы на время забываем что-то, а потом вспоминаем. Люди, страдающие деменцией, часто что-то забывают, но *никогда* не вспоминают. Они могут задавать вам один и тот же вопрос снова и снова, каждый раз забывая, что вы уже дали им ответ. Они даже не вспомнят, что уже задавали этот вопрос.

2. Сложность выполнения знакомых заданий



Люди с деменцией могут приготовить еду, но забыть ее подать. Они также могут даже забыть, что готовили.

3. Проблемы с языком



Люди с деменцией могут забывать простые слова (например, как называются те либо иные вещи или предметы) или использовать неправильные слова. Из-за этого подчас трудно понять, чего они хотят.

4. Дезориентация во времени и месте



Люди с деменцией могут заблудиться на собственной улице. Они могут забыть, опали в определенное место и как вернуться домой.

5. Забывчивость и рассеянность



Даже человек, не страдающий деменцией, может отвлечься. Но люди, страдающие деменцией, могут забыть о простых вещах, например, забыть надеть пальто перед выходом на улицу в холодную погоду.

6. Проблемы с абстрактным мышлением



У каждого могут возникнуть проблемы с финансовыми подсчетами, но люди с деменцией могут забыть, каковы цифры и что с ними вообще нужно делать.

7. Неуместные вещи



Люди, страдающие деменцией, могут ставить вещи не в те места. Они могут положить утюг в морозильную камеру или наручные часы в сахарницу. Потом они не могут найти эти вещи.

8. Изменения настроения



Время от времени все бывают капризными, но у людей с деменцией могут быть резкие перепады настроения, которые за несколько минут переходят от спокойного состояния к слезам и гневу.

9. Изменения личности



У людей с деменцией могут быть резкие изменения личности. Они могут стать раздражительными, подозрительными или боязливыми.

10. Потеря инициативы



Люди с деменцией могут стать пассивными. Они могут не захотеть ходить куда-нибудь или видеть других людей.

Если у пожилого человека имеются какие-либо тревожные симптомы, в первую очередь, связанные с памятью, его необходимо записать на прием к врачу-специалисту (психоневрологу, неврологу или психиатру).

Достаточно объективным способом оценки состояния когнитивных функций является *психологическое тестирование*, целесообразность которого показана в следующих ситуациях:

- при наличии активных жалоб когнитивного характера со стороны пожилого человека;
- если у врача в процессе общения с пациентом складывается собственное подозрение на наличие когнитивных нарушений (например, при трудностях сбора жалоб, анамнеза, невыполнении рекомендаций);
- при необычном поведении пожилого человека, снижении самокритики, чувства дистанции или при возникновении в пожилом возрасте психотических расстройств;
- если третьи лица (родственники, сослуживцы, друзья) сообщают о снижении памяти или других когнитивных способностей пациента.

Существует достаточно много методик, применять которые также можно в целях самодиагностики когнитивных нарушений, в том числе:

	Методика	Предназначена:
1.	Аризонский опросник для родственников	для определения выраженности когнитивных нарушений по оценке информанта
2.	Госпитальная шкала тревоги и депрессии	для оценки выраженности тревожных и депрессивных состояний
3.	Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)	для скрининга и оценки тяжести когнитивного расстройства

4.	Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Gog)	для скрининговой оценки наличия выраженных когнитивных нарушений
5.	Монреальская шкала оценки когнитивных функций	для скрининга тяжести умеренных когнитивных нарушений
6.	Шкала оценки повседневной активности	для оценки повседневной бытовой активности пожилого человека

Психологическое тестирование, тем не менее, не является абсолютно надежным методом диагностики когнитивных нарушений, так как может дать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты.

Ложноположительные результаты появляются тогда, когда пожилой человек в силу разных причин (низкий образовательный уровень, ситуационная рассеянность в момент проведения исследования, состояние интоксикации или выраженное утомление и пр.) набирает по тестам балл ниже нормативного для соответствующего возраста несмотря на отсутствие у него истинных когнитивных нарушений.

Ложноотрицательные результаты появляются тогда, когда тесты фиксируют нормальные показатели в пределах среднестатистической возрастной нормы несмотря на наличие у человека когнитивных нарушений (особенно на ранней стадии деменции).

При постановке диагноза наиболее полное представление о наличии, структуре и выраженности когнитивных нарушений складывается при сопоставлении жалоб пожилого человека, результатов психологического исследования и информации, полученной от лиц, длительно находящихся в постоянном с ним общении, которые могут наблюдать за ним в повседневной жизни – членов семьи, близких родственников, друзей, сослуживцев и др.

Выявить или исключить симптомы заболеваний, провоцирующих деменцию, помогает медицинский осмотр с измерением артериального давления и других показателей жизнедеятельности, а также лабораторные анализы крови и других жидкостей для проверки уровня различных химических веществ, гормонов и витаминов. Например, сканирование мозга (компьютерная и магниторезонансная томография) способно выявить инсульты, опухоли и другие проблемы, которые могут вызвать деменцию. Для диагностики ранних симптомов болезни Альцгеймера проводятся анализы спинномозговой жидкости («люмбальная пункция»).

II. Принятие диагноза

Современные методы терапии временно смягчают симптомы заболевания, провоцирующего деменцию, но они не позволяют ни остановить, ни замедлить ее развитие. Более того, симптомы деменции могут быть скрыты на протяжении длительного времени и возникнуть еще до постановки диагноза, в связи с чем затруднительными являются индивидуальные прогнозы, касающиеся специфики и скорости угасания когнитивных функций конкретного пожилого человека.

Как бы там ни было, диагноз старческого слабоумия, поставленный врачом, может нанести тяжкий удар по психике человека и радикально изменить его жизнь. Непосредственные реакции отрицания и/или страха являются нормальными и нередко помогают справиться с горем, постигшем как его самого, так и его близких.

Принятие диагноза может протекать очень по-разному. Кто-то даже почувствует облегчение, радуясь, что, наконец, знает, что с ним не так, и теперь можно по-новому планировать свою жизнь. Некоторые люди могут предпочесть осторожное и сдержанное объяснение: «У вас расстройство памяти, со временем оно будет ухудшаться и это не ваша вина. Возможно, вамне поможет, даже если вы будете больше стараться». Кто-то будет искать других врачей, способных опровергнуть или поставить под сомнение поставленный диагноз, или обратится к нетрадиционным практикам врачевания. Другие предпочтут более точный язык и большую определенность, связанную с их жизненными перспективами.



Нет двух людей, которые справятся с принятием диагноза одинаково, однако процесс принятия крайне важен и для самого пожилого человека, и для для близких, так как чем раньше они смогут принять диагноз, тем эффективнее помогут человеку, страдающему деменцией, приблизиться к его принятию.

Чтобы смириться с диагнозом, нужно время! И это время – всегда сугубо индивидуальное – необходимо для того, чтобы приспособиться к «новым» нормам жизни. Терпение, гибкость и открытое общение могут гарантировать, что человеку с заболеванием не придется сталкиваться с диагнозом в одиночку. Для многих простое подкрепление, что «мы вместе», является важнейшим актом поддержки.

Примите во внимание советы, которые помогут человеку на ранней стадии болезни смириться со своим диагнозом, а именно:

		<p>1. Дайте пожилому человеку время прочувствовать грусть по поводу того, как его личность меняется в результате постановки диагноза. Контролируйте ситуацию и предотвращайте опасность депрессии (при необходимости обратитесь к лечащему врачу).</p>
		<p>2. Не давайте пожилому человеку надолго оставаться в одиночестве. Подчеркивайте его семейные роли и обязанности, по-прежнему важные для личности человека (дедушка-бабушка, отец-мать и т.д.).</p>
		<p>3. Поощряйте человека поговорить с близким другом, священнослужителем или профессиональным консультантом (психологом, психотерапевтом, гериатром), чтобы понять и принять тяжесть своих эмоций.</p>
		<p>4. Узнайте как можно больше о деменции. Понимание того, чего ожидать, поможет спланировать уход, а также распознать способности пожилого человека на каждой стадии болезни. Несмотря на многочисленные трудности, такая забота может стать очень полезным опытом.</p>

Наиболее опасной реакцией пожилого человека на постановку диагноза является *депрессия*, которая не только порождает постоянно плохое настроение, непреходящие чувства печали, низкую самооценку, плаксивость, раздражительность, беспокойство и пр., но сама по себе увеличивает вероятность ускоренного прогрессирования деменции, порождая патологические изменения в мозге – уменьшение серого вещества, влияющее на способности к анализу и обработке информации, и поражение белого вещества, ведущее к дегенеративным изменениям головного мозга.

Существуют разные методы предупреждения и преодоления депрессии:

Методы	Их содержание
<p><i>1. Правильный режим дня, отдыха и сна</i></p>	<p>Организм – система самоорганизующаяся, отклонения от привычного режима могут привести к сбоям в функционировании тех или иных систем, различного рода нарушениям.</p> <p>Взрослый человек должен спать не менее 8 часов в день (существует мнение, что <i>в пожилом возрасте следует спать столько, сколько требует организм</i>). Во сне «отдыхают» органы и системы, восстанавливаются ресурсы, накапливается энергия для следующего дня.</p>

Проблемы со сном увеличивают риск усугубления депрессии. Выполнение некоторых шагов поможет лучше спать, улучшить настроение и уменьшить проблемные симптомы.

1. *Поговорите с психотерапевтом или медицинским психологом.* есть несколько видов терапии, которые способны справиться с депрессией и изменить представление о сне. Психотерапевтические модели (когнитивно- поведенческая терапия, межличностная психотерапия, психодинамическая терапия) помогают обработать скрытые чувства и проблемы, провоцирующие депрессию, что способствует преодолению беспокойных бессонных ночей.

2. *Соблюдайте регулярное время сна / бодрствования.* депрессия может затруднить соблюдение распорядка дня. Постоянное время отхода ко сну дает телу возможность выспаться, а установление строгого распорядка дня дает телу сигнал, чтобы успокоиться и подготовиться ко сну.

3. *Устраните отвлекающие факторы.* перед тем как лечь в постель, примите ванну, чтобы расслабиться, почитайте книгу, послушайте тихую, спокойную музыку; не смотрите телевизор или не смотрите на яркий экран компьютера в постели (выключите эти устройства, по крайней мере, за час до предполагаемого отхода ко сну).

4. *Не пренебрегайте возможностью вздремнуть днем.* исследования показывают, что идеальная продолжительность дневного (или «энергетического») сна составляет от 10 до 20 минут. Такой сон помогает регулировать эмоции, уменьшает сонливость и приводит к общему повышению производительности. Важно, чтобы сон был относительно коротким: сон продолжительностью более 20 минут может повлиять на последующую способность заснуть вечером, но сон короче 10 минут недостаточен для получения преимуществ от сна.

<p><i>2. Правильное (здоровое, рациональное) питание</i></p>	<p>Известно, что сбалансированное питание – залог физического и психологического здоровья. Соблюдение здоровой диеты помогает уменьшить воспаление, защитить нейроны и улучшает связи между клетками мозга.</p>
--	---

К сожалению, *не существует* конкретной диеты, которая бы снимала симптомы депрессии или препятствовала бы их появлению. Тем не менее, здоровая диета необходима. Человеческие тела вырабатывают молекулы, называемые «свободными радикалами», которые могут привести к повреждению клеток, старению и другим проблемам, в том числе связанным с последующими когнитивными нарушениями. Хотя полностью остановить появление свободных радикалов невозможно, можно уменьшить их разрушительное воздействие, употребляя в пищу продукты, богатые антиоксидантами, в том числе содержащие:

- бета-каротин — абрикосы, брокколи, дыня, морковь, капуста, персики, тыква, шпинат, сладкий картофель;
- витамин С — черника, брокколи, грейпфруты, киви, апельсины, перец, картофель, клубника, помидоры;
- витамин Е — орехи, растительные масла, зародыши пшеницы.

Следует ограничить употребление «простых» углеводов, содержащихся в сладких продуктах (пирожном, печенье, тортах) и выбирать продукты, содержащие «умные» («сложные») углеводы, например, цельно-зерновые – хлеб из обойной пшеничной или ржаной муки, цельно-зерновые макаронные изделия, овсяные, ячменные, ржаные хлопья, каши и прочие блюда из неочищенных зерен, муки и круп.

Такие продукты, как индейка, тунец и курица, содержат аминокислоту триптофан, которая помогает в выработке серотонина, способствующего регуляции различных физиологических параметров организма и нормализации настроения, сна, полового и пищевого поведения.

Хорошими источниками полезных белков являются также фасоль и горох, нежирная говядина, нежирный сыр, рыба, молоко, соевые продукты и йогурт. *Наконец, нельзя есть в спешке, между делом, заедая депрессию.*

<p><i>3. Здоровый образ жизни</i></p>	<p>Факторами риска возникновения депрессивных расстройств являются алкоголизм, наркомания, злоупотребление лекарственными препаратами. Более того, само употребление психоактивных веществ часто сопровождается депрессией.</p>
---------------------------------------	---

Избегайте злоупотребления алкоголем: конечно, выпить бокал вина, когда вы в стрессе или вам грустно, – это одно, но когда нужен алкогольный допинг всякий раз, когда возникает проблема, это может быть ранним признаком алкоголизма.

Алкоголь – депрессант, а, стало быть, любое количество выпитого может повысить вероятность того, что начнется хандра, легко ведущая к депрессии. Когда человек пьет слишком много, у него гораздо больше шансов принять неправильное решение, действуя необдуманно и импульсивно, например, испортив отношения с близкими людьми.

При появлении депрессивных расстройств (например, при проблемах с засыпанием) может возникнуть соблазн выпить на «сон грядущий», чтобы способствовать расслаблению и появлению чувства сонливости. Однако алкоголь пагубно влияет на сон: даже умеренного употребления алкоголя достаточно, чтобы нарушить цикл сна и сократить период быстрого сна.

4. *Общение с родными и близкими*

Прогулки в парке с семьей, совместные выходы в кино, театр. Профилактикой депрессии являются доверительные отношения в семье.

Пять универсальных способов помочь пожилому человеку, страдающему депрессией:

1. *Сострадание* – является ключом к тому, чтобы помочь излечиться от *депрессии* (будь это даже побуждение сделать что-то, что может помочь справиться с болезнью, например, просто помыть посуду). Вы можете побудить пожилого человека рассказать о своих чувствах или дать понять, что вы полностью понимаете, если они пока не хотят открываться. Дайте им знать, что вы здесь, чтобы поддержать их, несмотря ни на что.

2. *Понимание* — человек, находящийся в депрессии, переживает трудные времена, и его поведение может казаться беспорядочным и непредсказуемым (например, он может вести себя раздражительно или безрассудно, и такое поведение может быть неправильно понято другими). Не всегда легко иметь дело с негативом, враждебностью и капризностью, которые идут рука об руку с депрессией, поэтому важно не принимать на свой счет, не винить, а попробовать успокоить пожилого человека, сделав все возможное, чтобы обеспечить его безопасность. Будьте терпеливы к нетипичному поведению, причинами которого могут оказаться бытовые мелочи или неудобства (например, слишком пресная, с точки зрения пожилого человека, еда и пр.).

3. *Вы – не профессиональный психолог.* Не следует диагностировать или пытаться давать советы, выходящие за рамки ваших знаний. Просто слушайте пожилого человека, верьте всему, что он вам говорит, и давайте понять, что вы его любите и поддерживаете на каждом этапе жизненного пути. Немедленно обратитесь за помощью к специалисту, если ваш подопечный высказывает мысли о суициде, или вы чувствуете, что ему грозит какая-либо опасность. Поддержка человека, страдающего депрессией, может вызывать стресс и разочарование, поэтому будьте осторожны, чтобы не пренебрегать своими потребностями. Очень важно уделять время тому, чтобы позаботиться о себе: поговорите с другими о том, что вы чувствуете.

4. *Терпение* – выход из депрессии может занять время. Эта болезнь для многих пожилых людей превращается в постоянную битву за свою жизнь, поэтому будьте готовы к рецидивам. Что им действительно нужно на данный момент, так это ваша искренняя любовь и поддержка. Покажите им, как сильно вы заботитесь, выслушивая их и ценя такими, какими они на самом деле и являются.

5. *Проводите с ним время.* у человека с депрессией могут быть как хорошие, так и плохие дни. Пожилой человек может проявлять меньший интерес к тому, что ему раньше нравилось, и не всегда испытывать желание выходить на улицу. Попробуйте увлечь его тем, что вам обоим нравится, не нарушая сложившейся зоны комфорта. Точно так же помните, что иногда пожилой человек просто хочет, чтобы его оставили в покое, и это тоже нормально. Просто проверяйте регулярно, отправляя им сообщения, что вы готовы помочь им, когда и если вы ему понадобится.

5. Физическая активность

Физические упражнения (например, прогулки перед сном) приносят как физическую, так и психологическую пользу, включая большую удовлетворенность жизнью, хорошее настроение и психическое благополучие, смягчение проявлений психологической тревоги и симптомов депрессии, снижение артериального давления, улучшение работы сердца.

1. *Выберитесь на улицу:* один из самых простых способов улучшить сон – это провести время на улице на закате. Воздействие солнечного света регулирует внутренние часы нашего тела («циркадные ритмы») и дает сигналы, когда нужно бодрствовать, а когда спать. Когда солнце садится, наши тела производят мелатонин, вызывающий сонливость и способствующий засыпанию. Время на улице может быть простым и эффективным способом активировать естественные химические вещества в нашем мозгу, которые способствуют качественному сну.

2. *Регулярно занимайтесь физическими упражнениями на свежем воздухе.* Те, кто занимается легкими или умеренными упражнениями, как правило, сообщают о хорошем или удовлетворительном качестве сна. В то же время при наличии депрессии следует совершать физические тренировки *в течение первой половины дня*, так как вечерние упражнения могут помешать заснуть.

<i>б. Социальная поддержка</i>	Пожилой человек нуждается в поощрении своих действий со стороны своих близких – родных, друзей, коллег.
--------------------------------	---

Желательно чаще подтверждать правильность действий и поощрять успехи. Можно попросить собеседника рассказать о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Поставьте музыку, которая ему нравилась в молодости и напомните о той прекрасной эпохе, когда краски были ярче и жизнь была ключом. Хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека.

Пожилой человек, которому поставили диагноз деменции, может подолгу не принимать или отрицать его, и это – *естественная* реакция на произошедшее событие.

Даже если человек не признает свой диагноз, имеются проверенные способы помочь ему в этом:

- постарайтесь понять, что пожилой человек может отрицать свой диагноз в силу страха или беспокойства за свое будущее, и такое отрицание *не является* преднамеренным;
- дайте пожилому человеку время адаптироваться к своему состоянию и время от времени интересуйтесь, не готов ли он поговорить о своем состоянии, и какая помощь ему сейчас требуется;
- внимательно слушайте, что говорит пожилой человек, не прерывая и не исправляя его, не опровергайте его версию происходящего; это поможет вам узнать больше о том, что он чувствует и что ему необходимо, чтобы принять диагноз;
- старайтесь проявлять поддержку, мягкость и спокойствие, когда разговариваете с ним; если вы злитесь или нервничаете, это только усугубит ситуацию;
- если человек не хочет использовать слова «деменция», «старческое слабоумие» или «болезнь Альцгеймера», важно уважать его мнение; вместо этого поговорите с ним об изменениях, которые он в себе заметил, о конкретных проблемах, с которыми он сталкивается; это может побудить его рассказать о своих чувствах;
- старайтесь не вступать в конфронтацию с человеком и не пытайтесь убедить его в правильности диагноза, так как *невозможно* убедить кого-то внезапно принять свое состояние, если он его отрицает;
- если пожилой человек перестал принимать лекарства, считая, что они ему не нужны, так как никакой деменции у него нет и быть не может, важно поговорить с ним о любых проблемах, которые, по его мнению, у него есть, даже если он не верит, что они связаны с деменцией. Не лишним здесь будет «дневник событий», фиксирующий возникшие трудности в повседневном поведении (проблемы с памятью, забывчивость, рассеянность и пр.): это поможет вам узнать, насколько хорошо он понимает свое состояние, а также побудить его принимать лекарства.

- если человек не осознает, что у него появились проблемы с некоторыми видами деятельности (например, не может безопасно водить машину), сосредоточьтесь на преимуществах – на деньгах, которые он экономит на бензине, транспортном налоге и страховке, или на том, как прекрасно быть пассажиром, когда за рулем кто-то другой, и наблюдать за проносящимися за окном видами;

- возможно, пожилому человеку будет проще принять свой диагноз, если с ним поговорит посторонний человек (профессиональный психолог, социальный работник или его закадычный друг) или ему предоставят больше дополнительной (возможно – специально-медицинской и сугубо научной) информации.

Восприятие деменции в общественном сознании сопряжено со стереотипным образом «старческого слабоумия», и одним из самых сложных вопросов для людей, которым поставлен такой диагноз на ранней стадии, может быть – рассказывать о нем своим близким, друзьям, знакомым или нет.

С одной стороны, откровенность поможет открыть новые отношения и связи с людьми, о которых пожилой человек даже не подозревал, что они готовы его поддержать. С другой стороны, она же способна стать средством проверки отношений, когда некоторые члены семьи или друзья отреагируют отрицанием или отстранятся от больного.

И все же лучше открыто рассказать друзьям и семье о происходящих из-за болезни изменениях и о том, как они могут помочь. Не все близкие люди способны сразу принять диагноз, и здесь позиция отрицания в какой-то степени может быть и полезна: она поможет им справиться с тяжелой ситуацией и дает время принять реальность. Наиболее опасная ситуация может возникнуть тогда, когда пожилой человек найдет «поддержку» у своих близких в отрицании болезни; в этом случае больной вообще рискует остаться наедине со своим недугом, не получая адекватной помощи и ухода.

Оказание поддержки пожилому человеку с деменцией – это непрерывный и крайне эмоциональный процесс, касающийся чувств не только больного человека, но и его близких – в первую очередь, тех или того, кто непосредственно будет осуществлять уход («партнера по уходу»).

Партнера по уходу будут переполнять эмоции – от страха до надежды, вызванные мыслями о том, как этот диагноз повлияет на его жизнь, а также ожиданием будущих проблем.

Эмоции, которые может испытывать партнер по уходу:

<i>1. Отрицание</i>
<p>Диагноз кажется невероятным.</p> <p>Кратковременное отрицание может быть хорошим механизмом выживания, который даст время для адаптации, но слишком долгое отрицание может помешать принять важные решения о будущем.</p> <p>Если партнер по уходу отрицает диагноз, его способность помочь человеку с деменцией будет ограничена до тех пор, пока он сам с ним не смирится.</p>
<i>2. Страх</i>
<p>Опасения по поводу прогрессирования заболевания и проблем с предоставлением медицинской помощи в будущем могут быть огромными и мешать сосредоточиться на настоящем.</p>
<i>3. Стресс / тревога</i>
<p>Неуверенность в том, чего ожидать по мере прогрессирования болезни и как поддержать человека с диагнозом, может привести к усилению стресса.</p>
<i>4. Гнев / разочарование</i>
<p>Гнев по поводу диагноза – обычная реакция на чувство потери контроля над будущим. Возможно, партнер по уходу чувствует негодование по поводу того, как его роль повлияет и на его жизнь, и на жизнь пожилого человека.</p>
<i>5. Горе / депрессия</i>
<p>Печаль или чувство утраты могут привести к чувству безнадежности.</p>

Умение распознавать эмоции помогает человеку с деменцией жить дальше как можно лучше! Например, такие эмоции, как страх и отрицание, характерны и для партнеров по уходу, и для людей, живущих на ранней стадии заболевания. Совместное обсуждение этих эмоций помогает преодолению тяжелых чувств и дает возможность проводить больше времени, наслаждаясь настоящим.

Один из способов выйти за рамки утраты идентичности для людей на ранней стадии болезни – это найти способы заниматься деятельностью, которая приносит смысл и цель в их жизнь. Для некоторых это означает изучение навыков, которыми они уже обладают, в то время как другие могут выбрать новые занятия, которые принесут свежее ощущение цели.

Поиск новой цели поможет подтвердить, что деменция не должна определять поведение пожилого человека.

Приведенные ниже советы помогут ему:



1. Обсудите, что придает смысл и цель жизни. При разговоре всегда поддерживайте зрительный контакт; это поможет пожилому человеку сосредоточиться на беседе. Старайтесь избегать резких движений и напряженного, озабоченного, очень серьезного выражения лица; это может вызвать расстройство или стресс.



2. Не давайте пожилому человеку скучать! Скука порождает тревогу и стресс. Поощряйте пожилого человека продолжать заниматься тем, что ему всегда нравилось, а если это невозможно, обсудите, какие новые занятия может быть интересно попробовать. Знакомство с новыми занятиями даст простой инструмент для общения и укрепления отношений.



3. Определите новые возможности пожилого человека дома или в обществе, которые могут использовать его или ее сильные стороны и интересы. Это может быть работа по дому, приготовление пищи и выпечка, физические упражнения и работа в саду.

4. Поощряйте пожилого человека поддерживать связь с другими людьми, живущими с тем же заболеванием, чтобы узнать, что они делают, чтобы оставаться активными и вовлеченными в жизнь.



При общении с человеком с деменцией нужно иметь в виду 5 основных запретов: 1) не говорите, что он в чем-то неправ; 2) не спорьте с ним; не спрашивайте, помнит ли он что-то; не напоминайте, что его/ее супруг, родитель или другой любимый человек умер; не поднимайте темы, которые могут ему расстроить.

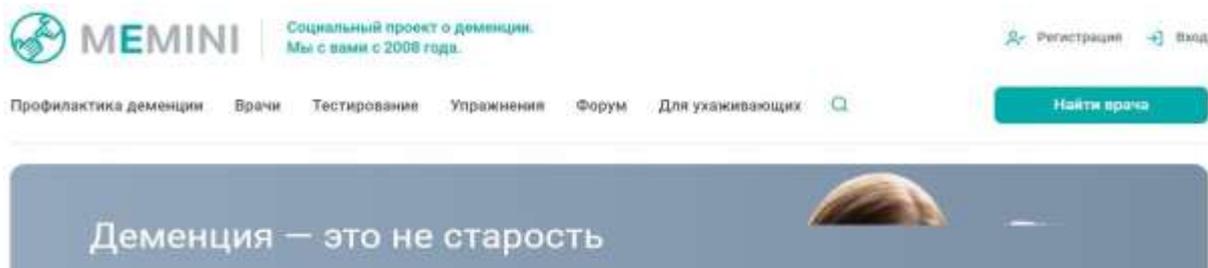
По дальнейшему пути с болезнью пожилому человеку понадобится поддержка других, не только членов семьи, но и доверенных друзей.

Существуют общественные программы, группы поддержки и социальные сети в Интернете, которые дают возможность учиться у других, у кого есть друг или член

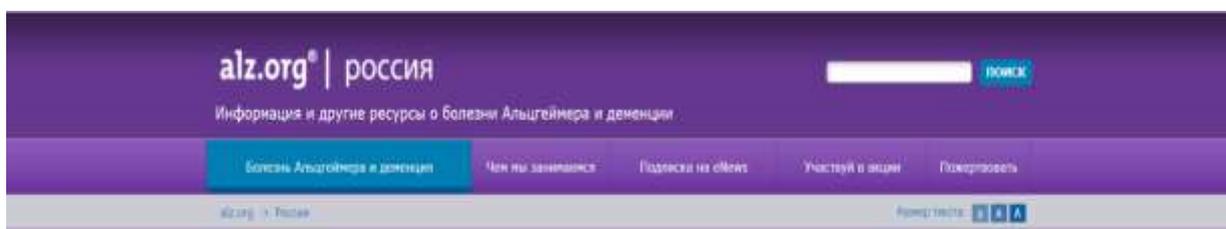
ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

семьи с деменцией, а также специализированные сайты, адресованные больным и лицам, осуществляющим уход, в том числе:

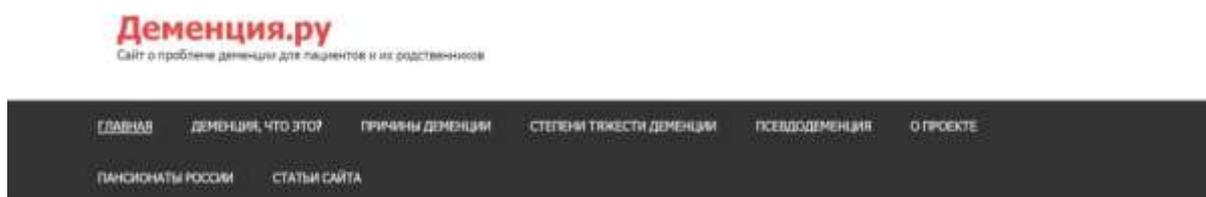
1. Здесь о деменции знают всё – MEMINI (<https://memini.ru/>)



2. Информация и другие ресурсы о болезни Альцгеймера и деменции —alz.org | Россия (<https://www.alz.org/ru/>)



3. Сайт о проблеме деменции для пожилых людей и их родственников – Деменция.ру (<http://dementcia.ru/>)



Деменция меняет жизнь как человека, живущего с этим заболеванием, так и его семьи и друзей. Знание о переменах, ожидающих пожилого человека на дальнейшем жизненном пути, является крайне важным как для него самого, так и для тех, кто будет осуществлять за ним уход.