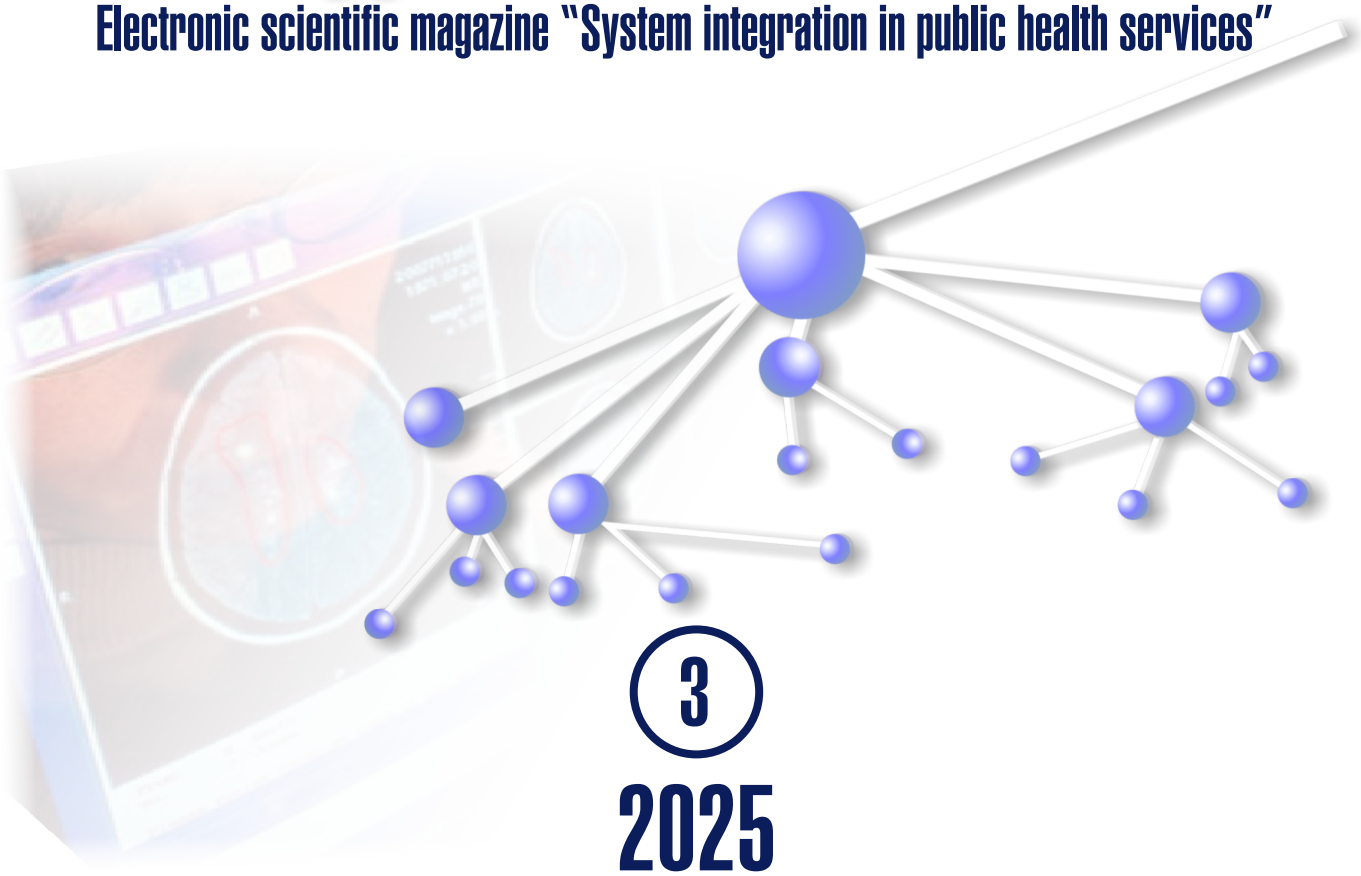
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
З 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



3
2025

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», 2025

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 (69) 2025

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

Уважаемые читатели!



Представляем Вашему вниманию очередной выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении». Основу сборника составили исследования молодых ученых и ведущих специалистов – психологов, педагогов, врачей в области истории психологии и медицины, педагогики и психологии.

Инновационность исследований и сохранение традиций российской академической науки – отличительная черта этого выпуска. Представлены достижения педагогической и психологической науки, исследования в области истории медицины, наработки научного сообщества последних лет.

В сборнике выделено два блока: актуальные проблемы педагогики и психологии, актуальные проблемы истории медицины. Первый раздел включает исследования ведущих педагогов и психологов в области детско-родительских отношений, взаимоотношений в подростковой среде, семейно-ценностных ориентиров. Одной из ведущих проблем второго раздела является проблема патриотического воспитания, что особенно актуально в год 80-летия Великой Победы. Санитарной службы в годы Великой Отечественной войны. Уже традиционным стал раздел «Читальный зал», где в этот раз представлена работа по изучению феномена массового и индивидуального насилия в средневековой Европе.

Генри Адамс говорил: «Учитель прикасается к вечности: никто не может сказать, где кончается его влияние». Эти слова во многом можно адресовать авторам данного выпуска. Те психолого-педагогические мысли, которые они несут в своих исследованиях, не теряют своей актуальности. Они не столько учат, сколько показывают читателю путь научного поиска. Как писал С. Соловейчик, «Педагог не тот, кто учит; такого народу на свете полно. Педагог тот, кто чувствует, как ученик учится».

Хочется верить, что каждый читатель найдет на страницах этого выпуска что-то свое, личное, и что-то, что точно приведет его в мир большой науки.

Доктор психологических наук,
заведующий кафедрой «Психология»
Института педагогики, психологии и
физической культуры Курганского
государственного университета,
Почетный работник высшего
профессионального образования РФ
Чумаков Михаил Владиславович

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Рассыпная О.А., Харченко В.С.
КООРДИНАЦИОННЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В 2020-2025 ГОДАХ 5

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Пономарева О.Н., Устинов А.Л., Ковязина А.В.
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 37

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Березина В.А., Цивилева О.М.
ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕССИВНОСТИ И БУЛЛИНГА У ПОДРОСТКОВ 47
Ершина А.А.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ 55
Ковтун А.Ю.
ВЛИЯНИЕ НЕГАРМОНИЧНЫХ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ 67
Серкова-Холмская Е.А.
ФОРМИРОВАНИЕ СЕМЕЙНО-ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И КУЛЬТУРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ: ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ 77
Миногина Т.В., Борзунова Ю.М., Петров Е.Е., Резватов А.П., Ростовский П.А., Белозерцева Е.А.
ПЛАНИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРАЕКТОРИЙ РАЗВИТИЯ В РАМКАХ ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГИБРИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ 96

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Устинов А.Л., Арзамасцев Е.А.
ФЕНОМЕН МАССОВОГО И ИНДИВИДУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ИСТОРИИ НА ПРИМЕРЕ СРЕДНЕВЕКОВОЙ ИНКВИЗИЦИИ 101

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

УДК 001.891.5

КООРДИНАЦИОННЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В 2020–2025 ГОДАХ

Кузьмин К.В.[1], Набойченко Е.С.[2], Петрова Л.Е.[1], Рассыпная О.А.[1], Харченко В.С.[1]

[1] ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. В статье представлены итоги научной и научно-методической работы Центра по социальной работе по изучению основных аспектов функционирования системы здравоохранения Свердловской области за 2020–2025 гг. Основные направления исследований включают: анализ состояния среднего медицинского персонала; исследование студенческого контингента областного медицинского колледжа; особенности медико-волонтерского движения. Использованы материалы социологических исследований, включающие опросы, диагностику и прогнозирование ситуаций. Особое внимание уделялось вопросам кадровых рисков и путям повышения стабильности занятости, наставничества и профилактики увольнений. Результаты исследований ориентированы на решение практических задач повышения эффективности работы государственных организаций здравоохранения региона и сохранения квалифицированных кадров.

Ключевые слова: анализ научно-исследовательской деятельности, средний медицинский персонал, студенты медицинского колледжа, медицинское добровольчество.

COORDINATION SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL CENTER FOR SOCIAL WORK IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE SVERDLOVSK REGION: REVIEW OF SCIENTIFIC RESEARCH IN 2020-2025

Kuzmin K.V.[1], Naboychenko E.S.[2], Petrova L.E.[1], Rassypnaya O.A.[1], Kharchenko V.S.[1]

[1]Sverdlovsk Regional Medical College

[2]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the final scientific and scientific-methodological works of the Center for Social Work on the study of the main aspects of the effectiveness of the healthcare system of the Sverdlovsk region for 2020-2025. The main areas of research include: analysis of the state of mid-level medical personnel; study of the student contingent of the regional medical college; features of the medical volunteer movement. The materials of sociological research were used, including surveys, diagnostics and forecasting of situations. Particular attention was paid to issues of personnel risks and ways to increase the stability of employment, mentoring and layoff prevention. The research results are aimed at solving practical problems of increasing the efficiency of regional public health organizations and retaining qualified personnel.

Keywords: analysis of research activities, nursing staff, medical college students, medical volunteering.

Введение.

В ноябре 2019 г. по инициативе Министерства здравоохранения Свердловской области в структуре государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж» (далее – ГБПОУ «СОМК») был создан Координационный научно-методический центр по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области (далее – Центр) под руководством канд. истор. наук, доц. К.В. Кузьмина.

Цель работы

Представление результатов научной и научно-методической работы Центра за период 2020-2025 гг., направленной на изучение ключевых аспектов функционирования системы здравоохранения Свердловской области. Основное внимание уделено следующим направлениям исследований:

1. Анализ состояния среднего медицинского персонала, адаптация и удержание кадров: исследование психосоциального здоровья, выявление факторов риска, рассмотрение вопросов закрепления на рабочих местах, путей предупреждения оттока кадров, повышение уровня приверженности к работе в государственном здравоохранении и др.

2. Изучение контингента студентов, обучающихся в Свердловском областном медицинском колледже: широкий спектр вопросов, касающихся мотивации, благополучия, готовности к профессиональной деятельности и адаптации к современным условиям; разработка рекомендаций по повышению качества образовательной среды, планированию профессиональной карьеры, разрешению внутренних конфликтов, воспитательной работе и др.

3. Особенности волонтерства в охране здоровья: оценка роли добровольческих движений в сфере охраны здоровья населения региона, в том числе инклюзивного и паллиативного волонтерства и медико-волонтерской работы в целом.

Статья нацелена на информирование заинтересованных сторон о проведенных исследованиях, выявленных проблемах и предложенных мерах, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи и сохранение кадрового потенциала сферы государственного здравоохранения Свердловской области.

Материалы и методы

При написании статьи использованы материалы отчетов о результатах проведенных социологических прикладных исследований в 2020–2025 гг. Методы: анализ документов, описательный, диагностический и предиктивный (прогнозный) анализ, AI-анализ.

Результаты и обсуждение

Социологический анализ состояния среднего медицинского персонала государственных медицинских организаций Свердловской области (первое направление исследований) проводится в рамках основной тематики научно-исследовательских работ (НИР); в частности, были проведены комплексные прикладные исследования по темам:

1. Состояние психосоциального здоровья медицинских работников Свердловской области, работающих в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (2020).

2. Проблемы адаптации, закрепления специалистов со средним медицинским образованием на рабочих местах и предупреждение оттока кадров из организаций здравоохранения Свердловской области (2022-2023).

3. Анализ причин увольнения кадров со средним медицинским образованием из организаций здравоохранения Свердловской области, пути их решения (2023).

4. Наставничество как средство адаптации, профессионального развития и формирования приверженности к длительной работе среднего медицинского персонала в государственном здравоохранении Свердловской области (2024).

Исследование по теме НИР «Состояние психосоциального здоровья медицинских работников Свердловской области, работающих в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19» было проведено летом-осенью 2020 г.; опрошено 373 респондента, занятых в уходе и лечении пациентов «ковидных» отделений, – 86 врачей и 287 средних медработников.

Исследование показало, что низкий уровень психологической устойчивости ведет к развитию патологических стрессовых реакций, неврозов и состояний дезадаптации, влияющим на эффективность труда и качество жизни. Медицинские работники зачастую неверно оценивают свое психологическое состояние, занижают риски развития стрессового истощения и невроза, что повышает вероятность психосоматических проблем и ухудшения общего самочувствия.

Практические рекомендации:

А. Для руководства организаций здравоохранения:

1. Организация регулярных мероприятий по профилактике профессионального выгорания среди медицинского персонала, включая групповые консультации и индивидуальные встречи с психологами.

2. Создание условий для отдыха и восстановления сил медперсонала путем введения сменных графиков работы, предоставления возможностей краткосрочного отпуска и организации зон релаксации непосредственно на рабочих местах.

3. Обучение руководителей подразделений методикам управления конфликтами, способствующим повышению уровня адаптации сотрудников к рабочим нагрузкам и минимизации негативных последствий стресса.

4. Повышение квалификации среднего медицинского персонала в области психологии взаимоотношений пациента и врача, управление своими чувствами и развитие навыков эффективной коммуникации.

5. Регулярное проведение тренингов по формированию профессиональных компетенций, направленных на повышение уверенности в себе и снижение тревожности.

6. Разработка мер поддержки для молодых специалистов, недавно пришедших в профессию, посредством наставничества и супервизионных сессий.

7. Организация информационной кампании по распространению сведений о важности заботы о своем здоровье и регулярному отдыху среди медицинского персонала.

8. Обеспечение доступности психологической помощи на рабочем месте путем привлечения штатных психологов или заключения договоров с практикующими специалистами.

Б. Для медицинских работников:

1. Осознавать важность регулярного обращения за консультацией к специалистам-психологам для профилактики выгорания и поддержания психологического здоровья.

2. Обращать внимание на ранние признаки утомления и переутомления, предпринимать меры по восстановлению энергии и ресурсов организма.

3. Использовать техники саморегуляции и самоуспокоения для снижения тревоги и напряжения, регулярно заниматься физической активностью и вести здоровый образ жизни.

4. Повышать квалификацию и развивать профессиональные компетенции, позволяющие эффективнее справляться с профессиональными трудностями.

5. Поддерживать баланс между работой и личной жизнью, планировать свободное время таким образом, чтобы оно приносило удовольствие и удовлетворение.

Результаты исследования подчеркивали необходимость комплексного подхода к повышению уровня психоэмоционального благополучия медработников, включающего в себя организационные мероприятия, индивидуальное обучение и поддержку каждого сотрудника.

В ходе выполнения исследовательских работ по теме НИР «Проблемы адаптации, закрепления специалистов со средним медицинским образованием на рабочих местах и предупреждение оттока кадров из организаций здравоохранения Свердловской области» опрошено 1314 работников из числа среднего медперсонала и 70 главных медицинских сестер государственных организаций здравоохранения Свердловской области.

Исследование выявило ряд важных аспектов трудовой и социально-психологической адаптации. Для улучшения ситуации и повышения эффективности работы было рекомендовано предпринять следующие меры:

1. Повышение уровня социальной поддержки и психологического комфорта. Средний медицинский персонал работает в условиях постоянного стресса и повышенной ответственности. Необходимо организовать систему регулярной психологической помощи сотрудникам, проведение тренингов по управлению стрессом и развитию эмоциональной устойчивости. Важно создать атмосферу доверия и взаимопомощи в коллективе, поощряя позитивные отношения между коллегами и руководством.

2. Создание эффективных механизмов обратной связи. Для выявления проблем и потребностей сотрудников целесообразно регулярно проводить анонимные опросы и беседы с персоналом, позволяющие своевременно реагировать на изменения в настроениях и потребностях сотрудников, оперативно устранять причины недовольства и повышать уровень вовлеченности.

3. Совершенствование процессов адаптации новых сотрудников. Необходимо разработать четкую программу адаптации нового персонала, учитывающую специфику работы в медицинской организации. Программы должны включать в себя ознакомление с организационной структурой учреждения, должностными обязанностями, правилами внутреннего распорядка, а также знакомством с коллегами и наставниками.

4. Обеспечение профессионального роста и карьерного развития. Регулярное повышение квалификации и профессиональная переподготовка способствуют повышению мотивации и заинтересованности в работе. Организация курсов повышения квалификации, семинаров и конференций позволит сотрудникам развивать профессиональные компетенции и расширять кругозор.

5. Улучшение условий труда и стимулирование инициативности. Создание комфортных условий труда, обеспечение современным оборудованием и материалами повысит эффективность работы сотрудников. Поощрение инициативы и инновационного подхода к выполнению обязанностей будет способствовать формированию чувств сопричастности к успехам организации.

6. Разработка программы лояльности сотрудников. Программы лояльности включают в себя материальные и нематериальные стимулы, направленные на

удержание ценных кадров. Материальное вознаграждение должно соответствовать уровню ответственности и напряженности труда; Нематериальная мотивация – включать признание заслуг сотрудников, создание благоприятного климата в коллективе, участие в принятии решений.

7. Формирование корпоративной культуры. Корпоративная культура должна отражать ценности и миссию организации, способствовать созданию единой команды профессионалов, ориентированных на достижение общих целей. Руководству важно демонстрировать личный пример соблюдения корпоративных норм и стандартов поведения.

Реализация предложенных рекомендаций в целом позволит повысить уровень адаптированности и вовлеченности сотрудников медицинских организаций, улучшит качество оказания медицинских услуг и повысит общий уровень удовлетворенности пациентов.

Исследование по теме НИР «Анализ причин увольнения кадров со средним медицинским образованием из организаций здравоохранения Свердловской области, пути их решения» выполнялось в течение 2023 года; опрошено 1745 чел.

Рекомендации по улучшению ситуации в сфере среднего медицинского персонала на основании проведенного исследования включили в себя:

1. Повышение привлекательности профессии и карьерных перспектив, в том числе: организация мероприятий, направленных на повышение престижа профессии среди молодых специалистов (создание карьерных трекеров, системы наставничества, информирование о возможностях роста внутри отрасли); проведение регулярных семинаров и тренингов по развитию профессиональных компетенций, повышению квалификации и освоению новых технологий; создание ясных и прозрачных механизмов продвижения по службе, включая четкую систему оценки эффективности работы и перспективы профессионального развития.

2. Улучшение условий работы и мотивация сотрудников, в том числе: материальная поддержка (регулярное проведение индексации заработной платы с учетом инфляции, предоставление компенсационных выплат медицинским работникам в регионах с неблагоприятными условиями проживания и труда); обеспечение комфортных условий труда путем модернизации рабочих мест, оснащения современным оборудованием; оптимизация режима работы и нагрузки

путем перераспределения обязанностей, введения гибких графиков и сокращенных смен для отдельных категорий сотрудников.

3. Развитие кадрового потенциала и снижение уровня увольнений, в том числе: формирование кадровых резервов путем реализации программы стажировок и подготовки резерва руководящих кадров; постоянное обучение сотрудников новым методикам диагностики и лечения заболеваний, повышение уровня профессиональной компетентности; поддержка мотивации и вовлеченности сотрудников через развитие корпоративной культуры, поощрение инициативности и творческого подхода к решению проблем пациентов.

4. Оценка удовлетворенности сотрудников и внедрение мер по ее повышению, в том числе: ежегодное проведение мониторинговых исследований удовлетворенности работой, выявление факторов, негативно влияющих на желание продолжать работу в организации; анализ полученных результатов и разработка конкретных предложений по устранению выявленных недостатков; внедрение практик регулярного мониторинга настроений сотрудников и регулярное обсуждение возможностей повышения уровня удовлетворенности работой.

5. Укрепление связей с коллегами и привлечение ранее ушедших сотрудников, в том числе: реализация мероприятий по поддержанию контактов с бывшими сотрудниками и приглашение их вернуться на рабочие места при появлении возможности повысить привлекательность работы; привлечение бывших коллег обратно через программы переподготовки и адаптации, организацию льготных условий для возврата в профессию; активное взаимодействие с профессиональными сообществами и ассоциациями медсестер для поддержания высокого уровня профессионализма и заинтересованности в развитии своей карьеры в государственном секторе медицины.

Для стабилизации положения и сокращения оттока квалифицированных кадров важно учитывать комплекс подходов, включающих как экономические меры поддержки, так и организационные изменения. Решение указанных проблем требует комплексного подхода и взаимодействия государства, работодателей и самих сотрудников. Важно обеспечить стабильность занятости, комфортные условия труда и прозрачность карьерных путей, что позволит сохранить высококвалифицированные кадры и создать основу для устойчивого развития здравоохранения региона.

Исследование по теме НИР «Наставничество как средство адаптации, профессионального развития и формирования приверженности к длительной работе среднего медицинского персонала в государственном здравоохранении Свердловской области» выполнялось в течение 2024 года; было опрошено 1122 работника из числа среднего медицинского персонала.

Исследование выявило высокую потребность в наличии наставников среди медицинского персонала. Наиболее значимой функцией наставника респонденты назвали обучение самостоятельному выполнению профессиональных обязанностей. Важнейшими качествами наставника признаны опыт работы, ответственность и профессиональные знания. Среди препятствий к успешной адаптации были выделены психологическое давление и нехватка опыта.

Предложенные рекомендации по результатам исследования:

1. Повышение эффективности системы наставничества; рекомендовано: создать четкую систему отбора наставников с учетом не только стажа работы, но и личных качеств кандидатов (ответственность, профессионализм); организовать дополнительное профессиональное развитие педагогов-наставников путем курсов повышения квалификации, мастер-классов и тренингов.

2. Формирование благоприятной среды для молодых специалистов; рекомендовано: обеспечить условия, способствующие быстрой и качественной адаптации новичков и включающие в себя регулярное проведение консультаций и семинаров по обучению новых сотрудников стандартам оказания медпомощи; создать условия для открытого общения наставника и молодого специалиста, позволяющие оперативно решать возникающие проблемы.

3. Минимизация эмоционального напряжения и снижение уровня стресса у новых сотрудников; рекомендовано: организовать специальные мероприятия психологической поддержки, включающие консультации психологов и групповые занятия по снижению уровня тревожности; усилить мотивацию через повышение статуса наставничества и признание важности роли наставника в медицинском коллективе.

4. Оптимизация сроков адаптации на рабочих местах; рекомендовано: разработать четкие инструкции и стандарты поведения, облегчающие работу начинающих специалистов; проводить систематический мониторинг как качеств будущих наставников, включив в программу обучения курсы по развитию

педагогических компетенций, так и прогресса адаптантов; регулярно оценивать эффективность процессов наставничества, собирая обратную связь от наставляемых и наставников.

5. Разработка мер поощрения наставников; рекомендовано: ввести стимулирование труда медсестер, занимающихся наставничеством, например, надбавки к заработной плате или предоставление дополнительного отпуска.

Внедрение предложенных рекомендаций позволит повысить качество профессиональной подготовки кадров, сократить сроки адаптации новых сотрудников и создать комфортные условия для эффективного исполнения служебных обязанностей всеми сотрудниками медицинских организаций.

Результаты исследований по тематике НИР нашли отражение в публикациях сотрудников Центра; в их числе статьи: «Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными» (2021) [1], «Перспективы профессиональной самореализации в оценках среднего медицинского персонала государственных медицинских организаций Свердловской области: по результатам прикладного социологического исследования» (2024) [2], «Причины увольнений из государственных медицинских организаций в представлениях среднего медицинского персонала Свердловской области» (2024) [3], «Факторы адаптации среднего медицинского персонала в государственных организациях здравоохранения: по результатам эмпирического исследования в Свердловской области» (2024) [4], «Наставничество среднего медицинского персонала: обзор подходов к определению понятия в зарубежных и российских публикациях» (2024) [5], «Социальное самочувствие среднего медицинского персонала: удовлетворенность трудом, вовлеченность и приверженность персонала медицинской организации» (2025) [6], «Социальное самочувствие среднего медицинского персонала государственных организаций здравоохранения Свердловской области: по результатам социологического исследования» (2025) [7].

В 2025 году коллектив Центра выполняет исследовательские работы по теме НИР «Формирование приверженности среднего медицинского персонала к длительной работе в государственном здравоохранении Свердловской области: разработка моделей укрепления кадрового потенциала».

Второе направление работы включило в себя проведение прикладных социологических исследований, обращенных к анализу контингента студентов,

обучающихся в Свердловском областном медицинском колледже; в частности, были проведены исследования по темам:

1. Диагностика лидерских способностей студентов, проходящих обучение в ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» (2021).
2. Социально-психологическая мотивация выбора медицинской профессии и оценка условий подготовки специалистов среднего звена в Свердловском областном медицинском колледже (2023).
3. Социальное и психологическое благополучие студентов СПО в связи с вызовами современности (2023).
4. Психологическая готовность студентов медицинского колледжа к системной поддержке и повышению качества жизни граждан старшего поколения (2024).
5. Оценка потребностей в социально-психологическом сопровождении студентов Свердловского областного медицинского колледжа из семей участников и ветеранов боевых действий (2024).
6. Целевое обучение в медицинском колледже: проблемы профессионального отбора и трудоустройства в восприятии студентов и представителей сторон договора (2025).

В ходе исследования по теме «Диагностика лидерских способностей студентов, проходящих обучение в ГБПОУ "Свердловский областной медицинский колледж"», проведенного в феврале-марте 2021 г., было опрошено 1007 чел. Исследование позволило выделить группу неформальных студенческих лидеров и предназначалось для использования его результатов в работе кураторов академических групп.

Прикладное исследование по теме «Социально-психологическая мотивация выбора медицинской профессии и оценка условий подготовки специалистов среднего звена в Свердловском областном медицинском колледже» было проведено в марте-апреле 2023 г.; всего опрошено 2358 чел. Анкета распространялась посредством размещения активной ссылки в чатах студенческих академических групп.

По результатам исследования были сформированы рекомендации, адресованные администрации колледжа, преподавателям и студентам.

Рекомендации, адресованные администрации колледжа, включили в себя:

1. Повышение уровня социальной и психологической поддержки: необходимо организовать систему консультаций и тренингов по развитию социальной и

психологической зрелости студентов, создать условия для формирования уверенности в себе и развития навыков самостоятельного принятия решений.

2. Развитие мотивационных мероприятий, включающее в себя проведение семинаров и лекций о важности профессионального выбора и значимости выбранной профессии, создание условий для взаимодействия студентов с успешными представителями медицинской сферы, в первую очередь, с организаторами сестринской деятельности, лучшими наставниками и победителями/призерами профессиональных конкурсов.

3. Организацию профессиональной ориентации посредством проведения экскурсий в медицинские организации разного профиля для повышения привлекательности будущей профессии, регулярных встреч с практическими работниками здравоохранения для демонстрации реальных возможностей карьерного роста.

Рекомендации, адресованные преподавателям, включили в себя:

1. Оптимизацию учебного процесса посредством разработки и внедрения интерактивных форм обучения, позволяющих студентам лучше усваивать учебный материал.

2. Поддержку личностного роста студентов через выстраивание индивидуальных образовательных траекторий, учитывающих особенности и потребности каждого, поддержку самостоятельной исследовательской активности студентов.

3. Повышение уровня информированности студентов об основах здорового питания, рациональной организации режима труда и отдыха и профилактике заболеваний.

Рекомендации, адресованные студентам, включили в себя:

1. Саморазвитие и самосовершенствование: активное участие в научных кружках и конференциях для расширения кругозора и профессиональных компетенций; самостоятельное изучение дополнительной литературы по специальности.

2. Планирование карьеры: определение целей и путей достижения успешной карьеры в медицине; участие в волонтерских программах и мероприятиях, направленных на помощь нуждающимся.

3. Разрешение внутренних конфликтов: работа над повышением личной ответственности и способности справляться со стрессовыми ситуациями;

консультации со специалистами по вопросам совмещения учебной нагрузки и трудовой деятельности.

Названные меры повысят качество подготовки будущих медицинских работников, позволят сформировать устойчивую мотивацию к профессиональному росту и обеспечат высокий уровень удовлетворенности учебным процессом.

По результатам исследования были опубликованы статьи «Ценности и содержание профессии в представлениях студентов Свердловского областного медицинского колледжа» (2023) [8], «Особенности социально-психологической мотивации выбора профессии студентами медицинского колледжа: по результатам прикладного социологического исследования» (2024) [9] и «Оценка профессиональной готовности студентов медицинского колледжа к работе в системе здравоохранения (по материалам социологического исследования)» (2024) [10].

Прикладное социологическое исследование по теме «Социальное и психологическое благополучие студентов СПО в связи с вызовами современности» было проведено в сентябре-октябре 2023 г.; всего было опрошено 3221 чел. Анкета распространялась через размещение активной ссылки в чатах студенческих академических групп.

Результаты, полученные в ходе исследования, позволили разработать ряд практических рекомендаций, адресованных администрации и преподавателям медицинского колледжа; в их числе:

1. Рекомендации по воспитанию: для формирования устойчивых установок против насилия и агрессии необходимо проведение специальных воспитательных мероприятий, направленных на формирование толерантности и культуры ненасилия среди молодежи; важно создавать условия для повышения уровня осведомленности родителей о негативных последствиях проявления агрессии и насилия в семье. Конкретные меры включили в себя: разработку образовательных программ и тренингов для родителей и педагогов, направленных на обучение методикам бесконфликтного разрешения семейных конфликтов; проведение регулярных лекций и семинаров для студентов, посвященных вопросам этики взаимоотношений, уважения друг к другу и неприятия насильственных методов решения проблем; создание психологических служб поддержки студенческой семьи, где родители смогут получать консультации по вопросам профилактики семейного насилия и конструктивного взаимодействия с детьми.

2. Рекомендации по регулированию межличностных отношений: необходимо развивать программы просвещения студенческой молодежи относительно последствий проявлений насилия в межличностных отношениях; важной задачей является повышение общественной осознания недопустимости любых форм насилия и пропаганды мирных способов урегулирования конфликтов. Конкретные меры: поддержка и развитие институтов гражданского общества, способствующих формированию демократического сознания и ответственности каждого гражданина перед обществом; активизация просветительской деятельности путем организации специализированных курсов и консультационных центров по предотвращению насилия.

Реализация рекомендаций позволит повысить уровень общественного согласия и снизить вероятность возникновения среди студенческой молодежи ситуаций, связанных с применением насилия и проявлениями агрессивного поведения. Материалы исследования были в дальнейшем представлены в статье «Результаты анкетирования студентов Свердловского областного медицинского колледжа по опроснику легитимизированной агрессии С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского» (2024) [11].

В апреле 2024 г. был проведен онлайн-опрос студентов по теме «Психологическая готовность студентов медицинского колледжа к системной поддержке и повышению качества жизни граждан старшего поколения»; всего опрошено 1720 чел. Ссылку на анкету студенты получили посредством электронной рассылки, выполненной кураторами академических групп.

Исследование показало, что несмотря на высокую долю позитивных оценок студентов в области коммуникативных навыков и самооценки эмоционально-волевых качеств, связанных с оказанием помощи пожилым людям, существуют значительные проблемы в мотивационном и поведенческом компонентах, а также в знании особенностей стресса и приемов саморегуляции у пожилых пациентов. В связи с этим, было рекомендовано:

1. Повысить уровень информированности студентов о стрессе и поведении пожилых людей за счет включения в учебный процесс специальных курсов и семинаров, посвященных особенностям поведения пожилых людей в кризисных ситуациях, и проведения практических занятий по обучению приемам саморегуляции и эффективным методикам управления стрессовыми реакциями у пожилых людей.

2. Улучшить систему мотивации и повышения работоспособности посредством проведения разъяснительной работы среди преподавателей и студентов колледжа о важности мотивации и личной ответственности за качество выполняемой работы и организации дополнительных мероприятий, направленных на повышение осведомленности студентов о карьерных перспективах и возможностях профессионального роста в сфере здравоохранения.

3. Усилить роль практических навыков взаимодействия с пожилыми людьми путем увеличения часов практики и стажировок в медицинских учреждениях, где имеется контакт с пожилыми пациентами, и использования интерактивных методов обучения, включая ролевые игры и симуляционные упражнения, имитирующие реальные ситуации ухода за пожилыми людьми.

4. Внедрить индивидуализацию подходов в обучении, в том числе рассмотреть возможность введения индивидуальных учебных планов для студентов, испытывающих трудности в освоении материала, проводить регулярную оценку успеваемости и психологической устойчивости студентов, обеспечивая своевременную поддержку и коррекцию образовательных процессов.

5. Поддерживать междисциплинарное сотрудничество: создать условия для совместной работы студентов разных специальностей («Лабораторная диагностика», «Лечебное дело», «Сестринское дело» и «Фармация») над проектами, направленными на улучшение качества жизни пожилых людей; привлекать практиков здравоохранения и психологов к проведению лекций и консультаций для студентов.

Полученные результаты позволяют говорить о наличии определенных проблем в подготовке будущих медицинских работников, особенно в области понимания особенностей старения и стресса у пожилых людей, а также недостаточной мотивации и готовности к выполнению профессиональной нагрузки. Для устранения указанных недостатков необходимы целенаправленные меры, включающие образовательные программы, практическую подготовку и индивидуализацию учебного процесса.

Результаты исследования были отражены в статьях «Оценка психологической готовности студентов Свердловского областного медицинского колледжа к работе с пациентами пожилого и старческого возраста: по результатам социологического исследования» (2025) [12], «Психологическая готовность студентов медицинского колледжа к работе с пожилыми людьми: по результатам прикладного исследования» (2025) [13] и «Проблемы и противоречия в оценке психологической готовности

студентов медицинского колледжа к взаимодействию с пациентами пожилого и старческого возраста» (2025) [14].

Содержание и тематика исследования при этом органично связана с ранее опубликованными работами сотрудников Центра, в том числе со статьей «Учеба "для себя", "для нас" и "учеба с другими": типология пользователей образовательного и познавательного контента при использовании дистанционных технологий» (2021) [15], методическими материалами «Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста»)» (2021) [16] и практическим пособием «Программно-методическое сопровождение ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и ограниченными возможностями самообслуживания» (2024) [17-18].

Социологическое исследование по теме «Оценка потребностей в социально-психологическом сопровождении студентов Свердловского областного медицинского колледжа из семей участников и ветеранов боевых действий» было проведено в октябре-ноябре 2024 г.; всего опрошен 191 чел. Ссылку на онлайн-анкету студенты получили посредством электронной рассылки, выполненной специалистами социально-педагогической службы ГБПОУ «СОМК».

Результаты исследования позволили сформулировать ряд рекомендаций; в их числе:

1. Повышение доступности психологической помощи: большинство участников никогда не обращалось за психологической поддержкой, несмотря на наличие потребностей. Рекомендуется развивать образовательные программы, направленные на повышение осведомленности учащихся о возможностях и преимуществах профессиональной психологической помощи; важно создать условия, облегчающие доступ к специалистам, включая развитие системы первичной консультации и информирование о наличии квалифицированных ресурсов.

2. Работа с препятствиями: основные причины отказа от обращения за помощью включают сложность нахождения подходящего специалиста и низкий уровень доверия к онлайн-консультациям. Необходимо усилить информационно-просветительную работу, направленную на преодоление стереотипов и создание условий для эффективного взаимодействия студентов с профессионалами в области психологии; онлайн-ресурсы и консультативные службы должны быть удобными и легко доступными.

3. Группы риска: особое внимание должно уделяться студентам, испытывающим чувство стыда и страха перед признанием наличия проблем. Следует организовать мероприятия, способствующие повышению уровня социальной поддержки и снижению стигматизации психологических расстройств; формат встреч может включать групповые занятия, семинары и лекции, посвященные вопросам психического здоровья.

4. Развитие индивидуальных подходов: важно учитывать особенности восприятия и реагирования мужчин и женщин каждого пола на необходимость оказания психологической помощи. Необходимо разработать специальные программы поддержки для молодых людей, которые испытывают затруднения в признании собственных трудностей и способны испытывать большее сопротивление при принятии решений о необходимости лечения.

5. Улучшение структуры психологической помощи: рекомендуется расширение форматов предоставления услуг, включающих личные встречи, дистанционные консультации и смешанные формы с учетом предпочтений разных возрастных групп. Важным аспектом является улучшение качества предоставляемых услуг, обеспечение высокого уровня квалификации специалистов и формирование благоприятной среды для сотрудничества студента и психолога.

6. Оценка эффективности мероприятий: для оценки успешности предложенных мер рекомендуется проведение регулярного мониторинга удовлетворенности студентов качеством оказываемой психологической помощи и уровнем доступной информации. Регулярные опросы позволят своевременно вносить изменения в стратегию предоставления психологической помощи и повышать ее эффективность.

Указанные меры помогут повысить доступность и качество психологической помощи для студентов всех возрастов, способствовать формированию позитивного отношения к профессиональному вмешательству и обеспечить своевременное выявление и решение потенциальных психологических проблем.

В апреле-июне 2025 г. проведено прикладное исследование по теме «Целевое обучение в медицинском колледже: проблемы профессионального отбора и трудоустройства в восприятии студентов и представителей сторон договора». В рамках проекта были проведены исследовательские мероприятия с тремя участниками сторон договора – студентами, представителями медицинского колледжа и работодателей в лице главных медицинских сестер крупных учреждений г.

Екатеринбурга. Со студентами организованы 2 фокус-группы (выпускники) и онлайн-анкетирование (охвачено 55,7% от общего числа студентов-целевиков, преимущественно специальностей «Сестринское дело» и «Лечебное дело»).

Полученные в ходе исследования результаты позволили сделать ряд важных выводов, преобразованных в практические рекомендации, адресованные:

А. Министерству здравоохранения Свердловской области:

1. Необходима разработка механизмов социальной поддержки посредством подготовки соответствующих региональных программ стимулирования студентов и выпускников целевых направлений, включающих материальные поощрения, социальную защиту и дополнительные меры социальной поддержки, такие как обеспечение жильем или льготные ипотечные кредиты.

2. Важным мероприятием является организация мониторинга эффективности результатов реализации программ целевого обучения с целью оценки потребности региона в кадрах специалистов среднего звена и своевременной коррекции образовательных планов.

3. Необходимо последовательное укрепление связей между образованием и практикой посредством развития сотрудничества между колледжем и медицинскими организациями, содействие внедрению современных методов обучения и повышения квалификации преподавателей колледжа непосредственно в условиях практического здравоохранения.

Б. Государственным медицинским организациям – заказчикам целевого обучения в Свердловском областном медицинском колледже необходимо:

1. Усовершенствовать систему отбора абитуриентов на целевые места путем проведения коллегиального собеседования непосредственно с ребенком, его законным представителем, отделом кадров и главной медицинской сестрой больницы, либо другим представителем медицинского сообщества, с целью оценки мотивации к обучению, информирования об особенностях профессии и дальнейших перспективах работы.

2. Усилить информационную активность посредством расширения каналов взаимодействия с потенциальными студентами путем регулярного посещения школ и участия в образовательных мероприятиях, направленных на повышение осведомленности молодежи о возможностях целевого обучения.

3. Сосредоточить усилия на обеспечении качественного приема будущих сотрудников посредством создания максимально комфортных условий прохождения практики и дальнейшего трудоустройства, включая гарантии предоставления рабочих мест, поддержку молодых специалистов и организацию системы наставничества.

4. Обратить особое внимание на совершенствование системы наставничества со стороны медицинских организаций в период обучения студентов-целевиков в колледже; привлекать к наставничеству специалистов практического здравоохранения разных специализаций в соответствии с особенностями образовательной программы.

В. Свердловскому областному медицинскому колледжу необходимо:

1. Оптимизировать процесс поступления в колледж с целью повышения качества отбора кандидатов на целевые направления с уделением особого внимания уровню мотивации и профессиональной ориентации будущих студентов.

2. Обратить внимание на регулярность проводимых информационных кампаний не только с увеличением количества мероприятий, но и расширением каналов коммуникации (интернет, социальные сети и информационные порталы) с целью привлечения большего числа студентов, предоставляя подробную информацию о процессе целевого обучения и особенностях будущей профессии.

Г. Наставникам от медицинских организаций и работникам колледжа, ответственным за подготовку специалистов по целевому направлению необходимо:

1. Целенаправленно содействовать повышению мотивации студентов к успешному обучению по программам целевой подготовки посредством их участия в мероприятиях, организуемых колледжем, медицинскими организациями и региональным Минздравом, посвященных целевой подготовке специалистов.

2. Максимально объективно оценивать ожидания студентов и их законных представителей относительно выбранной профессии и уровня удовлетворенности процессом обучения; при возникновении проблем или разочарования, своевременно направлять студентов за консультациями и поддержкой (в том числе психологической и педагогической).

3. Уделить особое внимание вовлечению в профессиональную деятельность при организации практики посредством работы с наставником, который должен быть не просто «формально» назначен, а заинтересован/замотивирован, в том числе

финансово, в данной деятельности и мог поделиться своим опытом и знаниями с подопечным.

В рамках третьего направления исследовательской деятельности, посвященного рассмотрению особенностей и перспектив развития волонтерского движения в сфере охраны здоровья населения в Свердловской области, были проведены прикладные социологические исследования по темам:

1. Социальный портрет волонтера движения "Абилимпикс" (2020).
2. Ценностные ориентации волонтеров инклюзии (2023).
3. Мотивация и ценностные ориентации волонтеров паллиативной помощи Свердловской области (2024).
4. Ожидания и реализация потенциала волонтерской деятельности в сфере охраны здоровья населения: на примере движения волонтеров-медиков в Свердловской области (2025).

Прикладное исследование по теме «Социальный портрет волонтера движения "Абилимпикс"» было проведено осенью 2020 г.; опрошено 804 чел. Рекомендовалось расширить сеть специализированных курсов и мероприятий по развитию добровольчества среди учащейся молодежи при активизации взаимодействия волонтерских организаций с образовательными учреждениями разного уровня – школами, колледжами/техникумами, вузами.

Важно было обратить внимание на работу с людьми разных возрастных когорт, чтобы расширить состав участников волонтерских инициатив при соответствующей разработке программ вовлечения людей разных возрастов в добровольческие проекты и повышении информированности общественности о важности участия в волонтерстве посредством проведения кампаний по популяризации и пропаганде благотворительности.

Исследование выявило парадоксальное сочетание «меркантильных» и «альтруистических» мотиваций среди волонтеров: молодежь стремится получать личные выгоды («опыт работы», «признание») наряду с желанием помогать другим людям бескорыстно. Тем самым, важно учитывать обе составляющие и создавать условия, удовлетворяющие потребности молодых людей, путем проведения адресных просветительных мероприятий, разъясняющих преимущества волонтерства как средства личностного развития и социального роста, а также создавая адекватную систему поощрений и наград, позволяющей молодым участникам видеть реальные

перспективы карьерного и личностного роста благодаря участию в волонтерских проектах.

Анализ показал, что ведущими качествами успешных волонтеров являются мотивация, ответственность, стрессоустойчивость, умение работать в команде, коммуникативные способности, лидерские качества и активность. Эти факторы влияют на эффективность реализации проектов и общую вовлеченность волонтеров. Необходимо, таким образом, сформировать четкие требования к потенциальным волонтерам, включающие в себя развитие ключевых компетенций, посредством реализации тренинговых программ, направленных на формирование указанных качеств, а также систематической оценки эффективности деятельности волонтеров с целью выявления сильных сторон и «зон риска».

В целом, исследование показало важность учета особенностей молодежной аудитории, разнообразие подходов к привлечению волонтеров различного возраста и необходимость гармонизации внутренних мотивов молодых людей. Результаты исследования нашли отражение в статьях «Портрет волонтера движения "Абилимпикс" в Свердловской области: по материалам социологического исследования» (2020) [19], «Неопределенность как характеристика мотивации волонтеров движения "Абилимпикс": дихотомия личного и общественного благополучия» (2021) [20] и «Социально-демографические аспекты мотивации молодежи к участию в волонтерском инклюзивном движении (по материалам социологического опроса в Свердловской области)» (2022) [21].

В марте-апреле 2023 г. было проведено прикладное социологическое исследование по теме «Ценностные ориентации волонтеров инклюзии»; опрошено 228 чел. Анкета распространялась посредством размещения активной ссылки на нее в чате Волонтерского инклюзивного центра ГБПОУ «СОМК».

Результаты, полученные в ходе обработки материалов исследования, позволили сформулировать практические рекомендации, адресованные организаторам волонтерского движения в сфере инклюзии, в том числе:

1. Акцентирование внимания на личностном развитии – необходимо создавать условия, способствующие саморазвитию молодых волонтеров и включающие в себя проведение тренингов и семинаров по самопознанию, психологическому здоровью, пониманию индивидуальных особенностей личности и осознанию своей уникальности.

Важно также поддерживать инициативность молодежи, создавая возможности для самовыражения и принятия самостоятельных решений.

2. Создание условий для осознанного выбора участия в движении – нужно обеспечить доступ к подробной информации о целях и задачах инклюзивных проектов, предложить каждому участнику самостоятельно определить степень своего вклада в развитие инклюзивной культуры. Все это позволит молодым людям яснее понимать смысл собственной вовлеченности и формировать представления о значимости своей деятельности для себя и окружающих.

3. Разработка мероприятий, направленных на расширение кругозора и формирование социальной ответственности – организовывать мероприятия, направленные на изучение вопросов взаимодействия разных социальных групп, культурных традиций и ценностей. Подобные программы способствуют формированию терпимого и уважительного отношения к разнообразию и помогают воспитывать сознательное отношение к окружающим людям, особенно к тем, чьи особенности отличаются от общепринятых стандартов и довлеющих стереотипов.

4. Формирование положительного опыта сотрудничества – стремление развивать позитивные модели взаимоотношений среди членов группы должно стать одним из приоритетов. Организация совместных досуговых и образовательных мероприятий должна способствовать созданию благоприятной атмосферы доверия и взаимопонимания, снижению уровня конфликтности и повышению удовлетворенности участием в проекте.

5. Регулярная рефлексия деятельности – проведение регулярных встреч для анализа личного опыта и результатов деятельности каждого участника поможет лучше осознать собственные успехи и неудачи, укрепит уверенность в себе и повысит уровень личной ответственности. Важно создавать атмосферу поддержки и понимания, позволяющую открыто выражать чувства и переживания, возникающие в процессе вовлечения в движение.

В целом изучение особенностей добровольческого движения инклюзии дало возможность скорректировать учебные программы подготовки волонтеров; в частности, было издано учебное пособие «Организационные технологии инклюзивного волонтерства» (2023), вначале опубликованное в виде статей в двух номерах журнала «Системная интеграция в здравоохранении» [22-23], а затем вышедшее отдельным изданием [24]. Кроме этого, в журнале «Человек. Общество.

Инклюзия» была опубликована статья «Ценностные ориентации волонтеров инклюзии: по материалам прикладного социологического исследования» (2023) [25].

В январе-марте 2024 г. коллектив Центра провел прикладное исследование по теме «Мотивация и ценностные ориентации волонтеров паллиативной помощи Свердловской области». Всего опрошено 107 чел.; анкета распространялась посредством размещения активной ссылки в чате Свердловского областного центра волонтеров паллиативной помощи.

Практические рекомендации по результатам проведенного исследования включили в себя:

1. Рекомендации по развитию системы подготовки студентов медицинских специальностей к участию в волонтерстве, в их числе: разработать специальные программы профессиональной ориентации и повышения мотивации среди студентов медицинских колледжей, особенно по направлениям «Сестринское дело» и «Лечебное дело»; уделить особое внимание привлечению студентов-юношей, учитывая преобладание женского контингента в добровольческом движении и специфику ухода за больными людьми.

2. Рекомендации по формированию устойчивых форматов участия в волонтерских инициативах, в их числе: разработать гибкую систему вовлечения молодежи в волонтерские проекты, предусматривающую как постоянные формы сотрудничества («регулярное волонтерство»), так и эпизодическое участие («периодическое волонтерство»); обеспечить информированность студентов обо всех возможных направлениях волонтерства (паллиативное, медицинское, социальное).

3. Рекомендации по повышению качества коммуникации и профессионализма волонтеров-медиков, в их числе: включить в образовательные программы обязательные курсы по развитию коммуникационных компетенций и эмпатии, необходимых для взаимодействия с тяжелобольными пациентами и их семьями; регулярно проводить мастер-классы и семинары по этическим аспектам оказания медицинской помощи и психологической поддержке пациентов.

4. Рекомендации по созданию условий для роста личной ответственности и устойчивости волонтеров, в их числе: организовать систематическую работу по воспитанию ключевых личностных качеств волонтеров, включая ответственность, организованность, умение справляться с трудными ситуациями и стрессоустойчивость;

создать специализированные группы поддержки для молодых волонтеров, позволяющие получать обратную связь и поддержку опытных наставников.

5. Рекомендации по стимулированию личного интереса и вовлеченности молодежи в волонтерство, в их числе: акцентировать внимание на преимуществах участия в волонтерской деятельности (приобретение новых знаний и навыков, профессиональный рост, осознание своей значимости и полезности обществу); предоставлять студентам возможность реализовать собственные инициативы и творческие идеи в области паллиативного и медицинского волонтерства.

Названные меры позволят повысить эффективность волонтерского движения по оказанию паллиативной помощи, способствуя формированию в будущем квалифицированных кадров, обладающих необходимыми профессиональными качествами и личным потенциалом для качественной заботы об умирающих пациентах и их близких.

Кроме этого, анализ отечественной и зарубежной научной периодики позволил авторам выделить 3 подхода в понимании целей и содержания волонтерского движения паллиативной помощи: 1) Технический – рассматривающий волонтеров исключительно как помощников по уходу за тяжелобольными людьми; 2) Ресурсный – обосновывающий необходимость привлечения волонтеров к уходу за умирающими в силу дефицита кадровых ресурсов здравоохранения и социальных служб; 3) Ценностный – предусматривающий автономную деятельность волонтеров по оказанию в первую очередь психосоциальной помощи больным людям и их близким, что в дальнейшем было отражено в статьях «Волонтеры паллиативной помощи как объект зарубежных научных публикаций» [26] и «Волонтер паллиативной медицинской помощи: социальный портрет по результатам опроса студентов в Свердловской области» [27].

В январе-феврале 2025 г. было проведено исследование по теме «Ожидания и реализация потенциала волонтерской деятельности в сфере охраны здоровья населения: на примере движения волонтеров-медиков в Свердловской области»; всего опрошено 524 чел. Анкета распространялась посредством размещения активной ссылки на нее в чате Свердловского регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики».

В ряду важнейших рекомендаций, сформулированных по результатам исследования, выделяются:

1. Стимулирование заинтересованности волонтеров: учитывая, что максимальный интерес к медицинскому волонтерству проявляется среди старших школьников и студентов младших курсов, важно поддерживать активность именно в этой возрастной группе. Рекомендовано организовать мероприятия и проекты специально для учащихся первых курсов колледжей и вузов и старшеклассников, включающие в себя регулярные встречи с врачами и опытными волонтерами, а также постоянно действующие обучающие семинары, тренинги и мастер-классы по основам медицинского ухода и оказания первой помощи.

2. Повышение вовлеченности и устойчивости интересов к волонтерству: поскольку большая часть участников уходит вскоре после начала волонтерства, необходимо разработать систему поэтапного вовлечения новичков путем внедрения программы наставничества над ними со стороны опытных волонтеров, организации регулярных отчетных мероприятий, демонстрирующих успехи волонтеров, поощрения взаимодействия внутри группы волонтеров-медиков посредством социальных сетей и мессенджеров.

3. Формирование позитивной мотивации: для поддержания устойчивого интереса к медико-волонтерской деятельности важно обеспечить высокий уровень моральной поддержки и признания усилий каждого участника. Для этого полезно регулярно проводить церемонии награждения наиболее активных волонтеров, создавать истории успеха отдельных волонтеров и распространять их среди сообщества, разработать специальные значки, медали или сертификаты, подтверждающие вклад волонтеров.

4. Обеспечение качественной подготовки и сопровождения: для поддержания высокого уровня удовлетворенности качеством волонтерской деятельности необходимо регулярно оценивать потребности волонтеров и совершенствовать механизмы поддержки через проведение регулярного мониторинга для выявления проблемных зон, усиление роли координаторов групп, повышение их квалификации и ответственности, подготовку специализированных инструкций и рекомендаций для волонтеров разных возрастных категорий.

5. Работа с уровнем доверия и восприятия окружающей среды: поддерживая положительные изменения в отношениях к окружающим, целесообразно создавать условия для формирования доверительных взаимоотношений между участниками движения, в том числе организовать совместные культурные и спортивные мероприятия, способствовать созданию дружественных сообществ внутри

волонтерских организаций, привлекать внимание к успехам конкретных команд волонтеров, подчеркивая важность взаимопомощи и сотрудничества.

6. Соответствие ожиданий и реальность: важно обеспечивать прозрачность целей и задач волонтерской деятельности, давая четкое представление участникам о реальных возможностях и ограничениях проекта, в том числе проводить разъяснительные беседы перед началом участия в проектах, предоставлять доступ к детальной информации о предстоящих мероприятиях и возможных результатах участия, включать обязательные формы обратной связи после завершения проектов.

7. Стимулирование активности и приверженность делу: особое внимание должно уделяться формированию системы поощрений, включающей в себя систему сертификации достижений и выдачи наградных документов, использование технологий геймификации и рейтинговых систем, распространение историй успешных волонтеров в медиапространстве.

8. Устойчивость состава волонтеров: важно поддерживать связь с теми, кто временно снижает свою активность, посредством сохранения открытых каналов коммуникации и возможностей быстрого возвращения в команду, создания специальных проектов для бывших волонтеров, поддерживающих чувство принадлежности к коллективу, предложения гибких форматов участия, позволяющих совмещать учебу и работу с волонтерскими обязанностями.

9. Преемственность поколений: следует активизировать кампании продвижения волонтерства среди студентов старших курсов, установить связи с образовательными учреждениями для популяризации волонтерства в рамках учебного процесса, продвигать идеи медицинского добровольчества через социальные сети и молодежные инициативы.

Названные меры позволят укрепить движение волонтеров-медиков, повысить эффективность их работы и создать благоприятные условия для дальнейшего развития молодежного добровольчества в целом.

Изучение специфики добровольчества также нашло свое отражение в статье «О конкурсе «Доброволец в сфере охраны здоровья населения» в Свердловской области (2021-2023 гг.)» (2024) [28].

Результаты проведенных исследований неоднократно представлялись к обсуждению на конференциях и семинарах/вебинарах регионального, всероссийского и международного уровней, в том числе: на итоговых семинарах для организаторов и

преподавателей Школ пожилого возраста Свердловской области (2020-2021); на региональных конференциях «Средний медперсонал – ключевое звено в обеспечении безопасности пациента» (2020), «Абилимпикс: лучшие практики волонтерства» (2021), «Инклюзивное добровольчество образовательных организаций как технология формирования инклюзивной культуры» (2021), «Инклюзивная культура в действии» (2023); на межрегиональной научно-практической конференции «Новые технологии в онкологии и паллиативной медицинской помощи» (2024); на всероссийских конференциях «Актуальные направления социальной работы и социальной политики в России» (2025), «Сестринские исследования: о профессии, для профессии и руками профессионалов» (2025), «Коморбидное поле 2.0: Социокультурные измерения здоровья, болезни и медицины» (2025); на Уральском международном демографическом форуме (2022, 2024-2025), международных научных конференциях «Сорокинские чтения» (2021, 2025), III международном форуме-выставке «СОЦИО» (2024), IV международной научной конференции «Интеракция. Интеграция. Инклюзия: лабиринты смыслов и горизонты возможностей» (2024), XXX международных социологических чтениях «Социальная повестка в социологических исследованиях: изменения, риски, перспективы» (2025), Евразийском международном медицинском форуме (2025), VI международной научно-практической конференции «Социальная динамика населения и человеческий потенциал» (2025). В апреле 2024 г. при поддержке Оргкомитета XIV международной Грушинской социологической конференции «Метаморфозы общества и исследовательской индустрии: новые вызовы» и в партнерстве с ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина» Центр организовал и провел онлайн-секцию «Персонал российских организаций как объект социологического изучения: подходы, методы, кейсы». В 2023-2024 гг. Центр организовал и провел две отчетные региональные научно-практические конференции «Кадровый потенциал здравоохранения Свердловской области: Актуальные вопросы изучения, подготовки и закрепления на рабочих местах специалистов среднего звена», посвященные анализу результатов проведенных исследований.

Выводы

Координационный научно-методический центр по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области в 2020–2025 гг. провел целый ряд научных исследований, охватывающих 3 ключевые направления:

1. Социологический анализ состояния среднего медицинского персонала: было выявлено негативное влияние низкой психологической устойчивости на трудовую деятельность и общее самочувствие медицинских работников, особенно в условиях повышенной нагрузки; получены конкретные показатели риска выгорания и профессиональной дезадаптации.

2. Анализ контингента студентов медицинского колледжа: исследования показали необходимость улучшения адаптационных механизмов для выпускников колледжей, снижения рисков и повышения мотивации к продолжению карьеры в сфере здравоохранения.

3. Особенности волонтерского движения в охране здоровья: исследования выявили значимость волонтерства в поддержке системы здравоохранения и возможности его дальнейшего развития для оптимизации оказания медицинской помощи населению.

Проведенные исследования позволили выявить важные проблемы и предложить эффективные меры по улучшению ситуации в здравоохранении региона. Реализация предложенных мер обеспечит более высокое качество подготовки будущих специалистов среднего звена и повысит социальную ответственность работников государственных медицинских организаций в целом.

Список литературы

1. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е. Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9. № 3(34). С. 277-288. DOI 10.23888/humJ20213277-288. EDN ZOYYUT.
2. Левина И.А., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Перспективы профессиональной самореализации в оценках среднего медицинского персонала государственных медицинских организаций Свердловской области: по результатам прикладного социологического исследования // Human Progress. 2024. Т. 10. № 2. С. 4. DOI 10.34709/IM.1102.4. EDN HOVLEA.
3. Левина И.А., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Причины увольнений из государственных медицинских организаций в представлениях среднего медицинского персонала Свердловской области // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. Т. 70. № 5. DOI 10.21045/2071-5021-2024-70-5-17. EDN CBRATY.

4. Харченко В.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е. Факторы адаптации среднего медицинского персонала в государственных организациях здравоохранения: по результатам эмпирического исследования в Свердловской области // Кадровик. 2024. № 10. С. 107-114. EDN YNAGXK.
5. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Наставничество среднего медицинского персонала: обзор подходов к определению понятия в зарубежных и российских публикациях // Кубанский научный медицинский вестник. 2024. Т. 31. № 4. С. 89-108. DOI 10.25207/1608-6228-2024-31-4-89-108. EDN HVKDUL.
6. Кузьмин К.В., Харченко В.С. Социальное самочувствие среднего медицинского персонала: удовлетворенность трудом, вовлеченность и приверженность персонала медицинской организации // Современная российская молодежь: ее социальная ответственность и потенциал в развитии страны (к 270-летию Московского университета): XIX Международная научная конференция «Сорокинские чтения – 2025»: Сборник материалов. М.: МАКС Пресс, 2025. С. 370-371. https://doi.org/10.29003/m4726.SR-XIX-2025
7. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Социальное самочувствие среднего медицинского персонала государственных организаций здравоохранения Свердловской области: по результатам социологического исследования // Факторы и механизмы демографического развития: Сборник научных статей. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2025. С. 777-792. doi.org/10.17059/udf-2025-6-1
8. Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Ценности и содержание профессии в представлениях студентов Свердловского областного медицинского колледжа // Системная интеграция в здравоохранении. 2023. № 4(61). С. 22-35. EDN OWRRWO.
9. 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 // Системная интеграция в здравоохранении. 2024. № 3(64). С. 24-33. EDN CUURNA.
10. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Оценка профессиональной готовности студентов медицинского колледжа к работе в системе здравоохранения (по материалам социологического исследования) //

Профессиональное образование и рынок труда. 2024. Т. 12. № 3(58). С. 83-99. DOI 10.52944/PORT.2024.58.3.006. EDN FHDRVZ.

11. Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Киселев А.Ф., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Результаты анкетирования студентов Свердловского областного медицинского колледжа по опроснику легитимизированной агрессии С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского // Системная интеграция в здравоохранении. 2024. № 1(62). С. 30-46. EDN BWKYXE.
12. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Оценка психологической готовности студентов Свердловского областного медицинского колледжа к работе с пациентами пожилого и старческого возраста: по результатам социологического исследования // Системная интеграция в здравоохранении. 2025. № 1(67). С. 21-34. EDN XUCAMF.
13. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е. Психологическая готовность студентов медицинского колледжа к работе с пожилыми людьми: по результатам прикладного исследования // Современная российская молодежь: ее социальная ответственность и потенциал в развитии страны (к 270-летию Московского университета): XIX Международная научная конференция «Сорокинские чтения – 2025»: Сборник материалов. М.: МАКС Пресс, 2025. С. 479-481. https://doi.org/10.29003/m4726.SR-XIX-2025
14. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е. Проблемы и противоречия в оценке психологической готовности студентов медицинского колледжа к взаимодействию с пациентами пожилого и старческого возраста // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2025. Т. 24, № 2(175). С. 36-44. DOI 10.17922/2071-5323-2025-24-2-36-44. EDN DPEKET.
15. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е. Учеба “для себя”, “для нас” и “учеба с другими”: типология пользователей образовательного и познавательного контента при использовании дистанционных технологий // Системная интеграция в здравоохранении. 2021. № 1(50). С. 16-35. EDN HSQXPP.
16. Левина И.А., Кузьмин К.В., Бессонова М.Ю., Курбатова И.М., Хабарова М.В. и др. Профилактика когнитивных изменений у граждан пожилого возраста (по направлению «Активное долголетие» «Школ пожилого возраста»). Екатеринбург: ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр социальной помощи», 2021. 287 с.

17. Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Программно-методическое сопровождение ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и ограниченными возможностями самообслуживания: практическое пособие (начало) // Системная интеграция в здравоохранении. 2024. № 3(64). С. 92-112. EDN BHSMMI.
18. Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Программно-методическое сопровождение ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и ограниченными возможностями самообслуживания практическое пособие (окончание) // Системная интеграция в здравоохранении. 2024. № 4(65). С. 87-135. EDN SXSMHI.
19. Кузьмин К.В., Киселев А.Ф. Портрет волонтера движения "Абилимпикс" в Свердловской области по материалам социологического исследования // Системная интеграция в здравоохранении. 2020. № 3(49). С. 17-30. EDN TFBROG.
20. Кузьмин К.В., Киселев А.Ф. Неопределенность как характеристика мотивации волонтеров движения “Абилимпикс”: дихотомия личного и общественного благополучия // Современное общество в условиях социально-экономической неопределенности. XV Международная научная конференция «Сорокинские чтения»: Сборник материалов. Москва: МАКС Пресс, 2021. С. 628-630. e-ISBN 978-5-317-06609-3.
21. Кузьмин К.В., Киселев А.Ф. Социально-демографические аспекты мотивации молодежи к участию в волонтерском инклюзивном движении (по материалам социологического опроса в Свердловской области) // Глобальные вызовы демографическому развитию: Сборник научных статей. В 2-х тт. Т. II. Екатеринбург: Институт экономики Уральского отделения РАН, 2022. С. 370-384. DOI 10.17059/udf-2022-5-2. EDN VYBGTE.
22. Организационные технологии инклюзивного волонтерства / К.В. Кузьмин, А.С. Кульберг, А.И. Цветков и др. // Системная интеграция в здравоохранении. 2023. № 2(59). С. 89-174. EDN HDLKWP.
23. Организационные технологии инклюзивного волонтерства (окончание) / К.В. Кузьмин, А.С. Кульберг, А.И. Цветков и др. // Системная интеграция в здравоохранении. 2023. № 3(60). С. 64-137. EDN KCEBZM.

24. Организационные технологии инклюзивного волонтерства / К.В. Кузьмин, А.С. Кульберг, А.И. Цветков и др. Екатеринбург: Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум», 2023. 179 с. ISBN ISBN9785989552115. EDN GVFXEE.
25. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Ценностные ориентации волонтеров инклюзии: по материалам прикладного социологического исследования // Человек. Общество. Инклюзия. 2023. № 3(55). С. 19-29. EDN GBVTJJ.
26. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Хасанова А.Р. Волонтеры паллиативной помощи как объект зарубежных научных публикаций // Паллиативная медицина и реабилитация. 2025. № 1. С. 23-33. EDN OHXNSL.
27. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е., Хасанова А.Р. Волонтер паллиативной медицинской помощи: социальный портрет по результатам опроса студентов в Свердловской области // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2025. Вып. 97. С. 118-128. DOI: 10.36604/1998-5029-2025-97-118-128
28. Медведева В.И. Кузьмин К.В., Киселев А.Ф. О конкурсе «Доброволец в сфере охраны здоровья населения» в Свердловской области (2021-2023 гг.) // Устойчивость демографического развития: детерминанты и ресурсы: Сборник научных статей. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2024. С. 599-610. DOI 10.17059/udf-2024-6-3. EDN PAOHSO.

© Пономарева О.Н., Устинов А.Л. Ковязина А.В.

УДК 330.163

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Пономарева О.Н.[1], Устинов А.Л.[1], Ковязина А.В.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. В условиях масштабных военных действий Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и массовых перемещений населения эпидемиологическая обстановка на фронте и в тылу резко обострилась. Инфекционные заболевания, такие как сыпной и брюшной тиф, дизентерия и другие, стали серьезной угрозой для боеспособности армии и здоровья гражданского населения. **Цель исследования** - анализ санитарно-эпидемиологической обстановки на фронте и в тылу, а также оценка эффективности мер, предпринятых советской медициной для борьбы с эпидемиями. **Материалы и методы.** Ретроспективный и сравнительный анализы и синтез. **Результаты.** В СССР для профилактики брюшного и сыпного тифа среди военных и мирного населения активно использовали вакцинацию. В Германии, в отличие от СССР, в основном вакцинация проводилась среди военных. **Выводы**. В период ВОВ инфекционные болезни не щадили никого, поражая людей независимо от армии, национальности или статуса. Советский и немецкий подход к вакцинации отличался в доступности, охвате и приоритетах: если первый старался по возможности охватить военных и мирное население, то последние практически все свои усилия сконцентрировали на военных.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, вакцинация, санитарная служба.

SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL SERVICE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Ponomareva O.N.[1], Ustinov A.L.[1], Koviazina A.V.[1]

[1]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. In the context of large-scale military operations of the Great Patriotic War of 1941-1945 and mass population movements, the epidemiological situation at the front and in the rear sharply worsened. Infectious diseases such as typhus and typhoid fever, dysentery, and others have become a serious threat to the army's combat capability and the health of the civilian population. The purpose of the study is to analyze the sanitary and epidemiological situation at the front and in the rear, as well as to evaluate the effectiveness of measures taken by Soviet medicine to combat epidemics. **Materials and methods.** Retrospective and comparative analyses and synthesis. Results. In the USSR, vaccination was actively used to prevent typhoid and typhus among the military and civilians. In Germany, unlike in the USSR, vaccination was mainly carried out among the military. **Conclusions.** During the Second World War, infectious diseases did not spare anyone, affecting people regardless of army, nationality or status. The Soviet and German approaches to vaccination differed in accessibility, coverage, and priorities: while the former tried to reach the military and civilians as much as possible, the latter concentrated almost all their efforts on the military.

Keywords: The Great Patriotic War, vaccination, sanitary service

Введение

Великая Отечественная война 1941–1945 годов стала серьёзным испытанием для советской санитарно-медицинской службы. Впервые за историю человечества советские медики смогли не только переломить эпидемиологическую ситуацию на фронте и тылу, но и свести потери боевого состава советских войск от инфекционных заболеваний к минимуму.

Цель работы

Обзор деятельности медико-санитарной службы в период Сталинградской битвы для оценки эффективности мер, предпринятых для борьбы с эпидемиями.

Материалы и методы

Основными методами исследования послужил анализ статистической информации по эпидемиологической обстановке в период Сталинградской битвы в 1942–1943 гг., представленные в научных статьях, посвященных этой теме, историко-системный и проблемно-хронологический методы исследования.

Результаты и обсуждение

Одним из первых декретов новой советской власти было создание в ноябре 1917 года Медико-санитарных отделов. В январе 1918 года был образовании Совет врачебных коллегий, который выполнял функции высшего медицинского органа в новом государстве.

В июле 1918 года на Всероссийском съезде Медико-санитарных отделов был поднят вопрос о борьбе с эпидемиями. В этом же году по инициативе наркома здравоохранения Н.А. Семашко был создан отдел санитарного просвещения [1, с. 53]. В 1922 году был издан декрет СНК РСФСР (от 15.09.1922) «О санитарных органах республики», которым были установлены задачи, права службы, а также нормы ее состава на местах. Н.А. Семашко отмечал, что основными медико-санитарными задачами советской медицины является борьба с социальными болезнями (туберкулезом и венерическими заболеваниями), а также борьба с детской смертностью. К числу первоочередных санитарно-профилактических мероприятий относиться борьба с холерой, брюшным тифом и оспой, а также массовая вакцинация населения и войск [1, с. 53]. Поэтому необходимо организовать широкую санитарно-просветительскую деятельность в городах и сельских районах [1, с. 52].

В 1922 году завершается гражданская война и происходит переход к новой экономической политике, которая должна была преодолеть последствия гражданской войны и подготовить почву для индустриальной модернизации. На карте страны появилось несколько точек грандиозного строительства, и, как следствие, перемещение значительного количества людей и их концентрация в городах. Начало индустриализации в конце 1920-х – начале 1930-х гг. связано с трудовой деятельностью людей в антисанитарных условиях. Коллективизация принесла не только новые методы ведения сельского хозяйства, но и изменения в составе сельского населения и его миграции из деревни в город и обратно. В этот же период начинается освоение новых территорий Сибири и Дальнего Востока. Все это в совокупности создавало предпосылки для возникновения очагов инфекционных заболеваний. Поэтому объем работы у санитарных служб увеличился. В 1930-е гг. были организованы несколько важных мероприятий таких, как санитарный контроль за питанием населения; организованы различные виды промышленно-санитарного надзора; сформировалась жилищно-коммунальная и школьная санитария;

осуществлялась санитарная охрана воздуха, почвы и воды; были проведены различные мероприятия по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

В годы Великой Отечественной войны санитарная служба столкнулась с тяжелыми испытаниями. Но, благодаря героической и напряженной работе советских медиков эта война, в отличие от других войн человечества, не сопровождалась тяжелыми эпидемиями. Санитарно-противоэпидемическая работа с первых дней войны приобрела значение важнейшего оборонного мероприятия. Поэтому деятельность санитарной службы стала составной частью деятельности Государственного комитета обороны.

Одним из первых распоряжение Государственного комитета обороны было «Положение о медико-санитарном обслуживании населения, эвакуированного из угрожаемых районов», принятого 30 июня 1941 года. В этом Положении предусматривалось запрещение перевозки больных и здоровых в одном вагоне, но, к сожалению, количество эвакуированных было огромным, а эвакуация проходила в условиях стремительного наступления немецко-фашистских войск, поэтому такие условия было сложно выполнить. 2 февраля 1942 года вышло Постановление Государственного комитета обороны «О мероприятиях по предупреждению эпидемиологических заболеваний в стране и Красной Армии». Но, следует признать, что, несмотря на сложную обстановку, советские медики в первые дни войны предпринимали меры по предотвращению создания эпидемий. Уже в ноябре 1942 гола в войсках появились санитарные инспекторы, которые следили не только за эпидемиологической обстановкой, но и состоянием полевой кухни, рационом питания солдат, методами хранения и приготовления продуктов, следили за количеством витаминов (А,В,С) в пище и в случае их нехватки различными подручными методами осуществляли их «добычу» (летом использовались различные виды зелени, отвары лекарственных растений, зимой - отвары из хвои и т.п.), осуществляли санитарный контроль за состоянием питьевой воды на территории дислокации войск, а в случае необходимости осуществляли ее дезинфекцию, проводили санитарный надзор за новобранцами с целью недопущения в действующие войска инфицированных, проводили вакцинацию [2, 3, 4, 8, 15].

Приведем некоторые статистические данные, которые свидетельствуют о титанической работе санитарной службы в период Великой Отечественной войны. В период 1941–1945 гг. всего количество заболевших сыпным тифом составило 136 тыс.

чел., брюшным тифом – 24 тыс. чел., дизентерией – более 250 тыс. чел. [17]. Следует отметить, что, несмотря на суровые условия первых месяцев войны, инфекционных больных старались отправлять в инфекционные госпитали. Работала знаменитая инфекционная больница имени С.П. Боткина – ее сотрудники в феврале 1942 года предотвратили распространение сыпного тифа [5]. Дать представление о скоплении людей поможет статистика. Общий контингент Красной Армии в 1941 г. составил 4,8 млн. чел., в 1942 г.- 4,2 млн. чел., в 1943–1945 гг. достигала 6 млн. чел. Всего в период 1941–1945 гг. было мобилизовано 34 млн. чел. [12, с. 10].

Рассмотрим эффективность деятельности медико-санитарной службы на примере Сталинградской битвы (июль 1942 – февраль 1943 гг.). Этот период выбран авторами по причине того, что сражение продолжалось длительный период; бои проходили на сравнительно небольшой территории, где было сконцентрировано огромное количество советских и немецких солдат, а в самом городе находилось мирное население, которое к началу битвы было удвоено за счет эвакуированных и достигало 800 тыс. человек [15, 16, 19].

Санитарно-эпидемиологическая ситуация в Сталинграде и в области среди военных и мирного населения была напряженной. К началу 1942 года стала возрастать заболеваемость желудочно-кишечного тракта и ОРЗ среди рабочих оборонных заводов Сталинграда. Например, в июне 1942 г. 996 человек утратили работоспособность по причине этих заболеваний, поэтому было принято решение повысить качество медицинского обслуживания рабочих и организовать диетические столовые примерно на 800 человек [17]. Весной 1942 года были зафиксированы первые случаи заболеваний холерой. Для того, чтобы не возникла эпидемия, санитарная служба запретила солдатам и мирному населению купаться и брать воду для питьевых нужд из Волги, а сами службы контролировали качество питьевой воды и организовали госпитализацию заболевших [17]. Сам город еще в 1941 году был обеспечен 300 тоннами хлорной извести и мылом на 2 миллиона рублей [5].

И.В. Чернышева приводит следующие данные по ситуации в Сталинграде. Первые больные тифом появились осенью 1941 г. с эвакуированными. В декабре 1941 года появилась новая вспышка сыпного тифа, которой способствовала скученность людей, отсутствие дезобработки и изоляция уже заболевших. Всего было выявлено в январе 1942 года 89 больных, в феврале -127 больных, в марте – 297 больных. Всего было зафиксировано 1833 случая [17]. Поэтому, в ноябре 1941 года была организована

комиссия по борьбе с эпидемиологическими заболеваниями. В июле 1942 года было принято решение о переводе медиков, занятых в эпидемиологической борьбе, на казарменное положение.

Всего было привлечено более 2 тысяч медицинских работников, включая студентов 3 курса медицинского института [17]. 13 июля 1942 года было принято решение о выпуске сыпнотифозной вакцины для Красной Армии. Уже в тяжелейших условиях 1941 года в Научно-исследовательском испытательном санитарном институте РККА началась работа по изготовлению поливакцины от этих заболеваний [2, 7]. Руководителями проекта стали супруги Н. Е. Гефен и Н. И. Александров. В лаборатории института была создана «поливакцина НИИСИ» против семи инфекций: брюшного тифа, паратифов А и В, дизентерии Шига и Флекснер, холеры и столбняка. Главным компонентом препарата стал эндотоксин – токсическое вещество, которое содержится в клетках бактерий [2, 7].

Летом 1942 г. в Сталинград по указанию Наркомздрава СССР, доктора медицинских наук Г.А. Митерева была направлена З.В. Ермольева В 1939–1941 гг. она вела научную работу под руководством профессора В.А. Барыкина, специализирующегося на возбудителях холеры. Работая в Ташкентском институте вакцин и сывороток, З.В. Ермольева получила комплексный бактериофаговый препарат для лечения 4-х заболеваний – холеры, сальмонеллеза, дифтерии и брюшного тифа [5, 9, 10].

З.В. Ермольева прибыла в Сталинград на самолете в начале 1942 года и проработала в городе, где шли ожесточенные бои, почти 6 месяцев [5]. Груз с бактериофагами перемещался в поезде, который разбомбили немецкие самолеты, поэтому ей пришлось срочно организовывать производство лекарства в городе, на подступах к которому шли жестокие бои. З.В. Ермольева успешно справилась с этой задачей: она сумела не только воспроизвести вакцину, но и наладить ее производство в количестве, необходимом для вакцинации нескольких армий. Для профилактики эпидемии каждый день вакцинировалось около 50 тысяч человек [5, 8, 10].

Другим ее достижением в этот период (1942 г) является выделение (под ее руководством) отечественного пенициллина и создание на его основе нового препарата – крустозина. Успешные клинические испытания препарат прошел на фронте: он помог вернуть в строй огромное количество солдат и снизить количество смертей от гнойных заболеваний. Следует отметить следующий факт. В феврале 1944 г. в СССР прибыла делегация английских ученых во главе с Г. Флори (открыл

пенициллин), который сравнил собственный препарат с крутозином. Последний показал более высокую эффективность.

Осенью и зимой 1941–1942 гг. в Сталинградской области вспыхнула эпидемия туляремии, которая распространялась в советских войсках и на территории Сталинградской области. Всего заболевших составило 43439 человек и было поражено 26 районов области [3, 8, 17]. Заболевание распространялось благодаря мышам, поэтому для их уничтожения в войсках и на не занятых врагом территориях области работали 320 дератизаторов и 1680 санитарных уполномоченных, а также были приняты другие меры, что позволило снизить количество заболевших [10, 11, 14, 18, 19]. Эпидемиологическое прогнозирование обстановки и раннее выявление инфекционных заболеваний являются необходимым условием и своевременного проведения мероприятий, предупреждающих появление и распространение эпидемических заболеваний [4].

Окончание боевых действий в Сталинграде не означало окончание борьбы с эпидемиями. Положение усугубляло огромное количество пленных, трупов людей и лошадей, что могло породить новые вспышки инфекционных заболеваний, поэтому уже 3–4 февраля 1943 года военнопленных стали переводить из Сталинграда в другие места, а больные были изолированы от здоровых. Для того, чтобы продемонстрировать масштабы заболевания, приведем пример: из 1095 пленных 480 были больны тифом и дифтерией [17]. Для них была организована прививочная компания, что позволило сохранить им жизнь. Следует отметить подвиг советских медицинских работников, которые оказывали помощь пленным, порой теряя свои жизни и здоровье [3, 17, 19].

После полного освобождения Сталинграда (02.02.1943 г.) эпидемиологическая обстановка в городе была сложной, т.к. оставалась одна больница и 9 врачей. Но, уже весной 1943 года в городе было организовано 15 прививочных отрядов, и активно осуществлялась прививочная кампания против брюшного тифа, оспы и дифтерии [6, 17, 18, 19]. Всего в 1941–1945гг. в Красной армии числилось 12418 кадровых врачей; 91582 дополнительного медицинского персонала [12, с. 7]. За время войны гигиеническими противоэпидемическими подразделениями военно-медицинской службы было обследовано 44 696 населенных пункт, выявлено 49 612 очагов сыпного тифа, 137364 больных сыпным тифом [12]. Для сравнения. В Германии, как и в Советском Союзе, работали врачи и ученые, которые внесли свой вклад в развитие

эпидемиологии такие, как Герхард Розе, Йоахим Мруговский, Карл Гербхарт, Курт Бломе [10, 11, 14]. Но, следует отметить, что их деятельность была тесно связана с преступлениями нацистского режима, т.к. многие из них использовали принудительные эксперименты над людьми, что делает их работы неоднозначными с этической точки зрения. С другой стороны, в отличие от советских врачей, которые уделяли большое внимание, как войскам, так и мирному населению, немецкая медицинская служба в большей степени была ориентирована на поддержание боеспособности войск, чем на заботу о гражданском населении.

Выводы

Анализ деятельности санитарно-эпидемиологической службы в период Сталинградской битвы показал не только оперативность ее деятельности, но и масштабность. Деятельность санитарной службы, как и вакцинация во время Великой Отечественной войны отличалась у советских и немецких войск по доступности, охвату и приоритетам. Если в СССР она была направлена для повышения качества лечения и снижения смертности, как для военных, так и мирного населения, то в Германии все усилия были направлены на действующую армию.

Список литературы

1. Астохина И.И., Казанцева А.В., Скоромец Н.М. Становление советской системы здравоохранения// Материалы 5-ой Всероссийской научно-практической конференции «От качества медицинского образования к качеству медицинской помощи, УГМУ 13.11.2017». С. 48–55.
2. Беляев Е.Н., Селюнина С.В. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в годы Великой Отечественной войны //Здоровье населения и среда обитания. 2015.-№5 (266). С. 4–8.
3. 3.Булюлина Б.В., Головина Е.Л., Лысенки И.А. Санитарно-эпидемическое состояние Сталинградской области и работа органов здравоохранения в 1941-1945 годы// Крестьяноведение. 2021. Т. 6. №2. С. 62–72.
4. 4.Гладких П.Ф. Медицинская служба Красной Армии в Великой Отечественной войне // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2015. №4. С. 5–20.
5. 5.Злепко А.В., Скаковский М.Н., Сукачева О.А. Вклад З.В. Ермольевой в предотвращение эпидемии холеры на Сталинградском фронте в годы Великой

Отечественной войны//Здоровье населения и среда обитания. 2017.- №4 (299). С. 46–52.

6. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне / Н.Г. Иванов, А.С. Георгиевский, О.С. Лобастов. Ленинград: Медицина, 1985. 303 с.
7. История медицины СССР / под редакцией Б.Д. Петрова. М.: Медицина,1964. 664 с.
8. Каспрук Л.И., Жданов Р.Р. Организация военно-медицинской службы СССР во время Великой Отечественной войны 1941–1945 годов. Подготовка средних медицинских кадров//Медицинская сестра.2019. №4. С. 53–56.
9. Кузьмин М. К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны (очерки). / М.К. Кузьмин. М.: Медицина, 1979. 239 с.
10. Кнопов М. Ш. Военная эпидемиология в годы Великой Отечественной войны / М. Ш. Кнопов. М.: Медицина. 2005. 320 с.
11. Орлов В.П. Военная эпидемиология / В.П. Орлов. М.: Воениздат, 1987. 312 с.
12. Подвиг медицинских работников в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 годы: справочные материалы / сост. К.А. Пашков, Е.Е. Бергер, Е.И. Вагина, О.Р. Паренькова, Н.В. Чиж. ООО Лакуэр Принт, 2020. 40 с.
13. Семенов М.А. Распространение инфекционных заболеваний и смертность среди городского населения СССР в годы Великой Отечественной войны // Уральский исторический вестник. 2023. № 2 (79). С. 27–36.
14. Смирнова Е. Война и военная медицина 1939–1945 / Е. Смирнова. М.: Медицина, 1979. 524 с.
15. Тостошеев В.Н., Овчаренко А.П., Лемешкин Р.Н., Чепурненко Д.А. Исторические аспекты оказания медицинской помощи инфекционным больным в действующей армию Противоэпидемические мероприятия, применяемые в Великую Отечественную // Сборник материалов Всеармейской научно-практической конференции, посвященной 100-летию дня рождения генерал-майора медицинской службы Олега Сергеевича Лобастова (26.11.2021). СПб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2021. 289 с., С. 90–98.
16. Трут В. П. Особенности тактики ведения боевых действий советских войск в период Сталинградской битвы // Вестник Волгоградского государственного

университета. Серия 4, История. Регионоведение. Международные отношения. 2018. Т. 23. № 1. С. 13–25.

17. Чернышева И.В. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Сталинграде 1942–1943 гг. // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015.-№1.- С.3-7.
18. Эльяшевич Е. Г. Санитария, гигиена и эпидемиология в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) //Военная медицина. 2009. №4. С. 150–156.
19. Шуклина Ю.Р. Особенности организации противоэпидемической службы во время великой отечественной войны // Медицина в годы Великой Отечественной войны: материалы IV научно - теоретической онлайн-конференции с международным участием (Курс,18 мая 2021). Курск: Курский государственный медицинский университет,2021. 386 с., С. 68–71.

© Березина В.А., Цивилева О.М.

УДК 159.9.07

ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕССИВНОСТИ И БУЛЛИНГА У ПОДРОСТКОВ

Березина В.А,. Цивилева О.М.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный педагогический университет», Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи агрессивности и буллинга у подростков.

Ключевые слова: подростковый возраст, агрессивность, буллинг.

THE RELATIONSHIP BETWEEN AGGRESSION AND BULLYING IN ADOLESCENTS

Berezina V.A., Tsivileva O.M.

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Ural State Pedagogical University", Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. The article presents the results of a study of the relationship between aggression and bullying in adolescents.

Keywords: adolescence, aggressiveness, bullying.

Введение

Современные подростки оказываются в сложной среде, насыщенной разнообразными аспектами социализации. Эта среда отличается быстрыми научно-техническим изменениями, экологическими и экономическими кризисами, запутанными политическими отношениями, разрывом преемственности между поколениями и распространением аморальных ценностей и традиций. Все эти факторы оказывают влияние на психологическое состояние подростков, вызывая у них повышение уровня тревожности, напряженности и озлобленности, что в итоге может привести к агрессивному поведению [7].

Буллинг представляет собой форму агрессивного давления на одного человека или небольшую группу со стороны других членов общества. Это понятие можно считать синонимом хулиганства. Однако его отличие от хулиганства проявляется в отдельных эпизодах, буллинг характеризуется длинным воздействием [1].

Данная проблема имеет высокую актуальность, так как затрагивает серьезный вопрос современности - насилие в учебных заведениях. Общество пока не разработало универсальных методов борьбы с буллингом, и многие педагоги либо не замечают, либо игнорируют эту проблему. В результате, необходимая поддержка не оказывается ни «жертвам», ни самим агрессорам вовремя. Буллинг неизменно оставляет глубокий след в жизни пострадавших, влияя на их социальное и эмоциональное развитие.

Дети, которые стали жертвами травли, сталкиваются с серьёзными психологическими травмами. Не имеет значения, какого рода буллинг происходил - физический или эмоциональный. Даже спустя длительное время, вспоминая о буллинге в школе, многие люди не могут сдержать слез и делятся своими тяжёлыми переживаниями, связывая их с текущими трудностями. Хоть эта проблема и широко обсуждается в средствах массовой информации и научной литературе, она все ещё остается недостаточно изученной [5].

Исследования агрессивного поведения среди подросткового возраста в настоящее время становится всё более актуальными, так как в сегодняшнем обществе наблюдается увеличение числа агрессивных проявлений среди подростков, что вызывает тревогу у родителей и психологов. Часто можно заметить агрессивность и безосновательную жестокость во взаимодействии между подростками как в школах, так и на улице, а также в общественных местах [6].

Агрессивные проявления в подростковом возрасте часто обусловлены двумя факторами — это возникающие возрастные изменения и влияния социума. На ребенка воздействует его семья, образовательные учреждения и ровесники, а также деятельность различных медиа. Эти факторы могут существенно повлиять на психическое здоровье подростка, что приводит к агрессивному поведению.

Цель работы

Целью исследования было изучение взаимосвязи агрессивности и буллинга у подростков. Объект исследования: агрессивность личности. Предмет исследования: взаимосвязь агрессивности и буллинга у подростков.

Материалы и методы

Гипотезами стали предположения о том, что существуют статистически значимые различия выраженности компонентов буллинга в группах с разным уровнем агрессивности; что существует взаимосвязь агрессивности и компонентов буллинга у подростков.

В исследовании были использованы следующие методики: Опросник исследования уровня агрессивности. Авторы А. Басс и А. Дарки (на русском языке стандартизирован А. А. Хваном, Ю. А. Зайцевым и Ю. А. Кузнецовой); Опросник Д. Олвеуса «Буллинг»; Опросник риска буллинга А. А. Бочавер.

В исследовании приняли участие 60 человек, учащиеся средней общеобразовательной школы в возрасте от 14 до 15 лет.

В исследовании мы опираемся на определение Д. Ричардсона, который рассматривал агрессивность как качество личности, выражающееся в действиях и поступках, ориентированных на причинение вреда окружающим или самому себе. Характеризуется враждебностью, нанесением физических травм, произнесением оскорблений.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования, по шкале Физическая агрессия методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 55 % – средний показатель по данной шкале. Среднее значение по шкале «Физическая агрессия» указывает на то, что некоторые члены данного коллектива могут быть склонны к проявлению насилия или агрессивных действий в отношении других; могут демонстрировать недостаточный уровень самообладания и сдержанности в стрессовых ситуациях; не всегда открыты для конструктивного обсуждения и компромиссов вместо того, чтобы прибегать к физической силе.

По шкале Косвенная агрессия методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 24% – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Косвенная агрессия» указывает на то, что человек: практически не использует манипуляции, чтобы причинить вред другим; предпочитает открытое и честное взаимодействие; имеет склонность конструктивно решать конфликты или выражать недовольство напрямую. Таким образом, низкий уровень косвенной агрессии указывает на то, что члены коллектива ценят честность и открытость в отношениях.

По шкале Раздражение методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 31% – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Раздражение» свидетельствует о следующих качествах человека: спокойный и уравновешенный характер, который не подвержен эмоциональным всплескам; способность контролировать свои эмоции в стрессовых

ситуациях; высокая толерантность к раздражителям; склонность к решению конфликтов без лишней эмоциональной нагрузки. Таким образом, низкий уровень по шкале «Раздражение» свидетельствует об эмоциональной устойчивости, способности справляться с неприятными ситуациями без агрессии и негативных реакций.

По шкале Негативизм методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 18% – это низкий показатель по данной шкале. Это свидетельствует о том, что члены данного коллектива приятны в общении и открыты к взаимодействию друг с другом; они склонны к сотрудничеству и соблюдению установленных норм и правил. Таким образом, низкое значение указывает на адаптивность и способность к сотрудничеству и соблюдению установленных норм и правил.

По шкале Обида методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 21% – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Обида» говорит о следующих аспектах личности: высокая степень эмоциональной устойчивости и способность прощать обиды; отсутствие зависти и ненависти к окружающим; интерес к собственному развитию, а не сравнению себя с другими; открытость и доверие к окружающим. Таким образом, низкий уровень обиды показывает, что члены данного коллектива, в целом, способны смотреть на мир с позитивной стороны, избегая негативных эмоций и конфликтов [2].

По шкале Подозрительность методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 16% – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Подозрительность» указывает на следующие черты: высокий уровень доверия к другим людям, что говорит о положительном восприятии социальных взаимодействий; умение видеть в других положительные намерения, а не искать скрытые мотивы или угрозы; способность к разрешению конфликтов без чрезмерной настороженности. Таким образом, низкий уровень подозрительности свидетельствует, что в целом, члены коллектива склонны к оптимизму и доверию друг к другу.

По шкале Вербальная агрессия методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 23 % – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Вербальная агрессия» говорит о следующих особенностях: умение контролировать свои эмоции и выражать негативные чувства более конструктивными способами; склонность к спокойному и

уравновешенному общению, даже в стрессовых ситуациях; предпочтение диалога и компромиссных решений, а не прибегание к крикам и оскорблениям. Таким образом, низкий уровень вербальной агрессии свидетельствует о способности членов данного коллектива справляться с конфликтами мирным путём.

По шкале Чувство вины методики опросника исследования уровня агрессивности (авторы А.Басс и А.Дарки) результат 19% – это низкий показатель по данной шкале. Низкий показатель по шкале «Чувство вины» может указывать на следующие аспекты: отсутствие склонности к чрезмерной самокритике; убеждённость в том, что поступки и решения, которые он принимает, обоснованы и соответствуют его моральным принципам; достаточно высокий уровень самоуважения и принятия себя; способность анализировать и учиться на своих ошибках, не фокусируясь на факте их совершения. Таким образом, низкий уровень чувства вины свидетельствует, что члены данного коллектива достаточно психологически устойчивы и имеют здоровое восприятие себя.

По результатам сравнительного анализа в подгруппах с низким, среднем и высоким уровнем агрессивности, можно сделать вывод о том, что: чем выше уровень агрессивности подростков, тем выше проявления прямого буллинга (0,000), т.е. если у учащегося высокий уровень агрессивности , то он с большей вероятностью может позволить себе различные оскорбления, угрозы, запугивание и нанесение различных телесных повреждений.

Также наблюдается, что чем выше уровень агрессивности подростков, тем выше проявления косвенного буллинга (0.023) , т.е. если у учащегося высокий уровень агрессивности, то он с большей вероятностью может позволить себе сплетни, заговоры в коллективе; создавать и объединять группы, направленные против одноклассников.

Можно увидеть, что чем выше уровень агрессивности подростков, тем меньше у них уровень проявления прямой виктимизации (0,007), т.е. если у учащегося высокий уровень агрессивности, то он с меньшей вероятностью будет подвержен физической и вербальной агрессии со стороны одноклассников.

Прослеживается, что чем выше уровень агрессивности подростков, тем больше проявления косвенной виктимизации (0,038), т.е. если у учащегося высокий уровень агрессивности, то он с большей вероятностью будет самоизолироваться от группы, игнорировать одноклассников и испытывать отторжение от коллектива.

Агрессоры часто проявляют высокие уровни агрессивности, что может быть связано с их темпераментом, окружающей средой (например, семейные факторы, насилие в семье) и социальными нормами. У таких людей может отсутствовать эмпатия, и они могут использовать агрессию, как способ достижения контроля или власти [4].

Проведённый нами корреляционный анализ позволяет сделать вывод о том, что существует положительная корреляционная взаимосвязь между физической агрессией и прямым буллингом. Шкала "физическая агрессия" может измерять склонность к физическим проявлениям агрессивного поведения, тогда как шкала "прямой буллинг" может фиксировать поведение, связанное с агрессивным взаимодействием с другими (например, запугивание или травля).

То есть чем выше физическая агрессия, тем выше возможность проявления прямого буллинга и наоборот. Это означает, что физическая агрессия создаёт атмосферу страха и угрозы, что может подталкивать некоторых членов коллектива к проявлению буллинга, как способу доминирования или самоутверждения. Наличие физической агрессии может сигнализировать о проблемах в межличностных отношениях, что усиливает шансы на конфликты и агрессивные действия, в том числе буллинг. Участники, проявляющие физическую агрессию, могут влиять на остальных, создавая у них представление об этой модели поведения, как о допустимой или нормальной, что увеличивает вероятность вовлечения других в акты буллинга. Чем выше уровень физической агрессии, тем меньше вероятность, что группа сможет эффективно разрешать конфликты мирным путём, что также способствует увеличению проявлений буллинга. Таким образом, повышенная физическая агрессия в группе является знаковым признаком, указывающим на необходимость вмешательства для снижения уровня агрессии и предотвращения буллинга, а также для улучшения межличностных отношений и создания более безопасной среды [8].

Также обнаружена положительная корреляционная взаимосвязь между прямой виктимизацией и небезопасностью. Это означает, что по мере увеличения уровня подверженности физической агрессии также увеличивается чувство небезопасности. Шкала «прямая виктимизация» измеряет степень, в которой человек подвергается прямым актам буллинга, таким как физическое насилие, оскорбления или другие формы прямой травли. Шкала «небезопасность» оценивает восприятие индивида своей физической и эмоциональной безопасности в социальной среде, включая страх стать жертвой буллинга или других негативных воздействий. Это подтверждает

предположение о том, что жертвы буллинга могут ощущать более высокий уровень угрозы и стресса, и наоборот, чем выше уровень ощущения не в безопасности, тем выше риск подверженности как физической агрессии, так и агрессии в речевой форме с целью снижения уверенности в себе и порождение чувства беспомощности у жертвы [3].

Выводы

Таким образом, в рамках проведенного эмпирического исследования установлена взаимосвязь между агрессивностью и компонентами буллинга у подростков, что позволяет говорить о подтверждении выдвинутых гипотез.

На основе полученных результатов была создана программа, направленная на профилактику буллинга у подростков в образовательной организации.

Список литературы

1. Аверьянов, А. И. Буллинг как вызов современной школе / А. И. Аверьянов // Сборник научных трудов SWorld. 2013. Т. 18, № 1. С. 45-50. Текст: непосредственный.
2. Анненкова В.Г. Теоретический анализ проблемы агрессивного поведения у подростков / В.Г. Анненкова. Текст: электронный // Базис. 2019. С. 7988. Текст: непосредственный.
3. Бочавер А.А. Буллинг как объект исследований и культурный феномен / А.А. Бочавер, К.Д. Хломов. Текст: электронный // Психология. 2013. № 3. С. 149-159.
4. Жарова, Д.В., Терех Е.Ю. Психологические особенности подросткового буллинга / Д.В. Жарова, Е.Ю. Терех. // Научно-педагогическое обозрение. 2018. № 1. С. 79-82. Текст: непосредственный.
5. Кривцова С. В. Травля (буллинг) в ученической среде: как понимать, противостоять и не бояться /С. В. Кривцова/ Известия АСОУ: научный ежегодник. М.: Академия социального управления, 2015. Т. 2. С. 52–58. Текст: непосредственный.
6. Кутушева Р.Р., Кагарманов Д.И. Психологические аспекты агрессивности подростков // Инновационная наука. 2015. №11-3. Текст: электронный. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-agressivnosti-podrostkov

7. Тарасенко, М. Л. Исследование взаимосвязи буллинга и агрессивного поведения детей и подростков /М. Л. Тарасенко, А. И. Павлишак/ Мир науки. Педагогика и психология. 2022. №4. Текст: непосредственный.
8. Хломов, К.Д. Буллинг как объект исследований и культурный феномен/ К. Д. Хломов// Психология. Журнал ВШЭ, 2013. №3. С. 149-159. Текст: непосредственный.

© Ершина А.А.

УДК 159.91

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ

Ершина А.А.[1]

[1]*Клинический институт мозга, Екатеринбург, Россия*

Резюме. В данной работе представлен обзор клинико-психологических методов, используемых в качестве вспомогательных инструментов, для диагностики актуального уровня сознания у пациентов с хроническими нарушениями сознания, что способствует определению реабилитационного потенциала (после первичных осмотров специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды – МДРК) у данной группы пациентов. Подбор диагностического инструментария помогает наиболее точно специалистам (в условиях короткого срока госпитализации) оценить актуальный уровень сознания и динамику восстановления пациента с ХНС с момента поступления в медицинское учреждения до выписки. Данный обзор может быть интересен специалистам, работающим в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Ключевые слова: хронические нарушения со знания, кома, вегетативное состояние, состояние минимального сознания, реабилитация

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSING THE LEVEL OF CONSCIOUSNESS OF PATIENTS WITH CHRONIC IMPAIRED CONSCIOUSNESS

Ershina A.A.[1]

[1]*Clinical Institute of Brain, Yekaterinburg, Russia*

Summary. This article examines the overview of the clinical and psychological methods used as auxiliary tools for diagnosing the current level of consciousness in patients with chronic disorders of consciousness, which helps to determine the rehabilitation potential (after initial examinations by specialists of the specialists of multidisciplinary rehabilitative team (MDRT) in this group of patients. The selection of diagnostic tools helps specialists most accurately assess the current level of consciousness and recovery dynamics of a patient

with DoC from the moment of admission to a medical institution until discharge (in conditions of a short period of hospitalization). This review may be of interest to specialists working in the intensive care unit (ICU).

Key words: chronic disorders of consciousness, coma, vegetative state, minimally conscious state, rehabilitation

Введение

Хронические нарушения сознания (ХНС) это состояния, развивающиеся после комы и сопровождающиеся восстановлением бодрствования без полного восстановления осознанной деятельности в сроки, как правило, более 28 дней после повреждения головного мозга (возможно установление диагноза и в более ранние сроки, если разрешение комы и формирование клинической картины вегетативного состояния/синдрома ареактивного бодрствования или состояния минимального сознания происходит до 28 дней) [17]. Одним из важных аспектов, которые могут наблюдаться при работе с пациентами данной группы, является трудность в точности определения их дальнейшего прогноза на повышение содержания уровня сознания. Также в рамках диагностики и определении последующего определения целей и задач реабилитационного воздействия необходимо исходить из потенциала пациентов, однако многие из них трудно определяемы, например, ввиду их истощения в день госпитализации. Кроме того, исследование описанной ранее проблематики актуально также исходя из факта наличия статистических данных, свидетельствующих, что частота ошибочной дифференциальной диагностики между определением актуального уровня сознания (ареактивное бодрствование/минимальное сознание «минус»/ минимальное сознание «плюс») достигает 40% [20]. Русскоязычная отечественная литература, в сравнении с зарубежной, не так подробно описывает способы и методики нейропсихологического профиля данного типа нарушений. На основе вышеуказанных фактов было принято решение провести теоретический анализ литературы данной проблемы.

Цель работы

Теоретическое изучение и анализ методологических источников по исследованию феномена хронического нарушения сознания при заболеваниях различной этиологии, а также существующих методик оценки уровня нарушений сознаний.

Материалы и методы

Теоретико-методологической основой данной работы выступают представления о нарушениях сознания зарубежных авторов (E. Kretschmer, B. Jennet, F. Plum – одни из первых описаний синдрома «вегетативное состояние», исследования группы авторов: M. D. Cortese, M. Vatrano, F. Arcuri, M. G. Raso, P. Tonin, R. Sa. Calabro, F. Riganell о изменчивости и коррелятах поведенческих шкал у пациентов с длительными нарушениями сознания). Также методологической основой выступили работы российской рабочей группы по проблемам хронических нарушений сознания (Доброхотова Т.А., Пирадов М.А., Белкин А.А., Иванова Н.Е., Рябинкина Ю.В., Фуфаева Е.В. и др.), в частности, труды, представляющие клинические/методические рекомендации.

Результаты и обсуждение

Теоретические и практические истоки понятия «хроническое нарушение сознания» находят свое начало в работах немногих авторов. Изучая данный термин, необходимо обратиться к более широкому понятию «сознание».

В научной литературе встречаются множественные вариации определений данного феномена. Так, например, отечественными авторами предлагается следующая трактовка: «Высшая форма отражения человеком внешнего (объективного) и внутреннего (субъективного) мира в виде символов (слов, знаков) и образов, как интегративный обобщенный «образ мира» и «образ своего Я», как продукт деятельности мозга [16].

Более гибкое толкование дают авторы труда «Новая философская энциклопедия» под редакцией В.С. Степина. Итак, сознание – это состояние психической жизни индивида, выражающееся в субъективных переживаниях событий внешнего мира и жизни самого индивида, в отчете об этих событиях.

Как отечественные, так и зарубежные ученые ставили одной из задач – изучение особенностей, возникающих при «ненормотипичном» варианте течении заболеваний, для которых характерно снижение уровня сознания при локальных повреждениях головного мозга. Данное направление наиболее подробно описано в трудах B. Jennet и F. Plum (о диссоциации уровня бодрствования и осознания). E. Kretschmer одним из первых опубликовал статьи о проблеме выделения состояний, возникающих после комы, не отвечающих критериям ясного сознания.

При наблюдении за пациентами, пребывающими в круглосуточном стационаре отделения реанимации и интенсивной терапии, многие авторы научных работ в

области неврологии выделяют, что сознание может быть рассмотрено как ясное, в том случае, если человеку доступно адекватное реагирование на стимулы, предъявляемые из вне, а также у него сохраняется достаточный уровень ориентированности во времени/месте/актуальной ситуации/собственной личности [3].

Исходя из вышеописанного, рассмотрим более подробно феномен частного случая проявлений нарушений сознания. Итак, хронические нарушения сознания (ХНС) — это состояния, развивающиеся после комы и сопровождающиеся восстановлением бодрствования без полного восстановления осознанной деятельности в сроки, как правило, более 28 дней после повреждения головного мозга (возможно установление диагноза и в более ранние сроки, если разрешение комы и формирование клинической картины вегетативного состояния/синдрома ареактивного бодрствования или состояния минимального сознания происходит до 28 дней) [17]. Данное определение актуально для изучения как медицинскими работниками, специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды, так и для родственников данной группы пациентов. Крайний аспект немаловажен, ведь от осознания и степени принятия изменений в состоянии здоровья близкого человека, может зависеть то, каким будет путь восстановления и последующих предпринятых ими (в большинстве случаев, именно их) действий.

Этиологическими факторами хронического нарушения сознания могут быть травматические и нетравматические события. К перовой группе относят черепно-мозговые травмы, огнестрельные травмы головы, а также другие непосредственные травмы черепа. Вторая группа причин возникновения ХНС включает гипоксически-ишемические энцефалопатии (остановки кровообращения, асфиксии, длительные эпизоды артериальной гипертензии и др.), цереброваскулярные заболевания (внутримозговое/субарахноидальное кровоизлияние, инфаркт головного мозга), инфекции центральной нервной системы (бактериальный менингит, абсцесс мозга и др.), опухоли головного мозга, интоксикации, метаболические и нейродегенеративные заболевания.

Патогенез хронических нарушений сознания, прежде всего, коррелирует с массивными повреждениями структур головного мозга (например, диффузное аксональное повреждение при ЧМТ). В результате у пациентов наблюдается диссоциация между компонентами сознания: восстановление бодрствования без восстановления осознанной деятельности [9]. Данные функциональной

нейровизуализации (позитронной эмиссионной томографии – ПЭТ и функциональной магнитно-резонансной томографии – фМРТ) и нейрофизиологических исследований (электроэнцефалография – ЭЭГ, вызванные потенциалы – ВП и методики совмещения навигационной транскраниальной магнитной стимуляции – ТМС), позволяющие изучить метаболизм мозга, а также функциональную и эффективную коннективность различных отделов коры, демонстрируют снижение церебральной метаболической активности (как глобальное, так и в ряде специфических областей) и нарушение связности нейронных сетей, формирующих сознание, в первую очередь – сети пассивного режима работы мозга (default mode network, DMN). Таким образом, ключевой патофизиологической характеристикой ХНС является структурное и/или функциональное разобщение групп нейронов головного мозга [26].

В настоящее время разработано не так много классификаций, на которые члены МДРК и медицинский персонал могут ориентироваться при дифференцировании когнитивно-эмоционального статуса пациента и определении его реабилитационного потенциала, прогнозирования вариантов восстановления и выделения факторов, которые могут стать препятствующими для достижения поставленных целей и задач. К наиболее часто встречающимся вариантма групп ХНС относят: Вегетативное состояние (ВС) / синдром ареактивного бодрствования (САБ), Состояние минимального сознания (СМС), в частности, состояние минимального сознания «-» / «минус» и состояние минимального сознания «+»/«плюс», Состояние выхода из состояния минимального сознания, Продленное нарушение сознания (ПНС).

В рамках первичной диагностики и оценки актуального состоянием сознания у пациентов со сниженным уровнем бодрствования может возникать ряд трудностей. Рассмотрим некоторые из них ниже.

Так, например, одним из важнейших аспектов является достаточный уровень компетентности специалистов, работающих в данной группой пациентов. Так, могут быть допущены ошибочные постановки диагноза ХНС ввиду некорректного определения сроков заболевания, а также малой степени осведомленности членов МДРК с критериями дифференциальной диагностики пациентов данного профиля (в частности, это коррелирует с малой вероятностью определения пациентов на этап реабилитации во многие медицинские учреждения).

Вышеуказанное позволяет говорит о том, что единого протокола ведения данной группы пациентов на актуальный момент не определено. Разработанные материалы

нуждаются в тщательном анализе и систематизации. Одной из проблем при определении оценки уровня сознания является кратность проведения осмотра пациентов. Флуктуационный характер уровня сознания может наблюдаться у пациентов не только в рамках срока госпитализации, но и в течение суток. Необходимо учитывать актуальное соматическое состояние, наличие факторов, при которых уровень сознания снижается – например, введение седативных/противоэпилептических препаратов.

Необходим учет данных, полученных в процессе нейрофизиологического исследования, например оценки электрической активности коры головного мозга (ЭЭГ-мониторинг, фМРТ, диагностика на наличие/отсутствие когнитивно-моторного разобщения и др.).

Одной из актуальных проблем (при определении у пациента наличия хронического нарушения сознания) является клиническая диагностика когнитивно-моторного разобщения. Данный феномен предполагает, что пациенты данной группы внешне недоступны контакту, но демонстрируют признаки наличия когнитивного следа при использовании активных парадигм нейрофизиологических методов исследования [13]. Выявление когнитивно-моторного сообщения у пациентов, клинически соответствующих состоянию минимального сознания/ареактивному бодрствованию, может свидетельствовать о сохранности высших корковых центров.

Таким образом, в рамках нейрофизиологического исследования необходимо исключить возможности «заведомо ложных» симптомов, которые могут быть приняты за отсутствие проявлений реагирования (например, недостаточный набор баллов по шкале зрительных функций может быть продиктован отрицательными (не зарегистрирован) результатами исследования латентностью пика Р300 – т.е. утрачена способность к распознаванию стимула).

Далее, рассмотрим актуальные на сегодняшний день методы оценки уровня сознания и вегетативных функций. Данный перечень формируется из следующих шкал:

1. Richmond Agitation – Sedation Shale (RASS) Seesseler CN, 2002. В диагностический спектр данной шкалы относят особенности поведения пациента, степень выраженного моторного и эмоционального возбуждения (наибольшая степень возбуждения определяется наличием открытой агрессии в поведении пациента, в то время как

наименьшая – отсутствие реакции на голос и физическую стимуляцию со стороны медицинского персонала);

2. Дифференциальная диагностика комплексного нарушения сознания - шкала позволяет произвести дифференциальную диагностику схожих между собой состояний (Смерть мозга, Кома, Акинетический мутизм, Синдром «запертого человека», Малое сознание, Вегетативное состояние) по выделенным критериям (наличие/отсутствие бодрствования; характер циклов «сон-бодрствование»; ответы на внешние стимулы; значения по шкалам Glasgow, FOUR score; варианты сохранности дыхания; особенности, выявленные при ЭЭГ-мониторинге; степень снижения церебрального метаболизма; возможный прогноз восстановления);

3. Шкала подробной оценки состояния ареактивных пациентов (Full Outline of UnResponsiveness, FOUR Score) - данный диагностический инструментарий позволяет оценить характер проявления признаков сознания в зависимости от модальности (ответ глазами, моторный ответ, стволовые рефлексы, дыхание), а также интерпретировать исходные данные о функциях сознания в соответствии с МКФ;

Подобный вариант можно увидеть при оценке интенсивности боли, проводимой с помощью Визуально-аналоговая шкалы (ВАШ) – однако диагностика может быть затруднена и ограничена ввиду наличия у пациентов с ХНС трудностей усвоения инструкций, а также последующего высказывания (диагностика основывается, по большей части, на наблюдении членов МДРК за болевым поведением пациента).

5. Шкала болевого поведения BPS Behavioral Pain Schale как диагностический инструментарий позволяет дать оценку за счет наблюдения за лицом, мышщечным тонусом, речью, уровнем контактности и управляемости пациента пациента, а также его степени выраженности беспокойства (в рамках сотрудничества, демонстрации негативизма, выполнения просьб и инструкций со стороны медицинского персонала).

6. Диагностический опросник нейропатической боли dn4 предназначен для определения нейропатической боли или нейропатического компонента боли при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах. Опросник состоит из двух блоков. Первый заполняется на основании опроса пациента (позволяет оценить позитивные сенсорные симптомы), второй – на основании клинического осмотра (позволяет выявить аллодинию и негативные сенсорные симптомы).

7. Шкала вегетативной дисавтономии у пациентов с ОЦН представляет ряд критериев, которые оценивает медицинский работник в рамках соматических

показателей (ЧСС, ЧД, систолическое АД, температира, гипергидроз, повышение мышечного тонуса в период эпизода) в зависимости от степени выраженности симпатикотонии.

В рамках нейропсихологического первичного тестирования пациентов с хроническим нарушением сознания наиболее распространен следующий спектр методик:

1. Шкала восстановления после комы-переработанная CRS-R, 2004. В настоящий момент является единственной официально валидизированной методикой для оценки пациентов с хроническими нарушениями сознания. При ознакомлении с данной шкалой необходимо обратиться к Руководству по применению шкалы и принципах оценивания полученных результатов, в которые включен ряд протоколов для регистрации наблюдений.

Шкала имеет 6 функциональных блоков (подшкалы):

1) шкала слуховых функций;

2) шкала зрительных функций;

3) шкала моторных ответов;

4) оромотроная/вербальная шкала;

5) коммуникативная шкала;

6) шкала бодрствования.

Для оценки устойчивости наблюдаемых проявлений каждый используемый прием осмотра (стимул) предъявляется пациенту 4 или 6 раз – только постоянно повторяемый ответ может расцениваться как продукт осознанной деятельности.

Также данный диагностический инструментарий, в отличии от рассмотренных ниже, включает таблицы для оценки стволовых рефлексов, протокол поддержания бодрствования и протокол выполнения команд, что в свою очередь, может быть дополнением к неврологическому осмотру.

Главная цель при оценке пациента по CRS-R – это выявление наличия признаков сознания и доказательство их устойчивого проявления в ответ на определенные предъявляемые стимулы [14].

2. Нейропсихологическая классификация стадий вегетативного состояний (Доброхотова Т.А.) включает оценку состояния пациентов с хроническими нарушениями сознания по трем вариантам степени реагирования.

Первая стадия «разрозненные реакции» характеризуется короткими периодами бодрствования. Глазные яблоки неподвижны или совершают плавающие движения. Возможны экстрапирамидные явления, жевательные, сосательные, глотательные движения реагируют на боль сначала хаотичными движениями, затем – направленных к месту боли. Это означает, что больные ощущают боль, формируется простейший сенсомоторный акт.

Вторая стадия – «реинтеграции простейших сенсорных и моторных реакций» характеризуется удлинением периодов бодрствования. Более отчетливо соответствие ритма «сон-бодрствование» к дневному и ночному времени суток. Становятся постоянными направленные к месту боли движения. Возможна элементарная вокализация. Условным признаком завершения этой стадии можно считать мимические, двигательные реакции больных на голос и тактильные стимуляции близких ему людей, а также появление спонтанных движений.

К третей стадии относят «реинтеграции простейших психомоторных и психосенсорных реакций». Становятся более разнообразными спонтанные движения, постепенно приобретающие свойство произвольности. Завершением последней стадии вегетативного статуса можно считать первую фиксацию взора. Позднее восстанавливается слежение взором.

Однако, данная шкала является не может охватить спектр проявлений на внешнюю стимуляцию у пациентов с состоянием минимального сознания.

3. Ноцицептивная шкала сознания (NCS) для вегетативного состояния (VS) и малого сознания (MCS) включает четыре основных раздела (двигательный ответ, словесный ответ, зрительный ответ, выражение лица), каждый из которых оценивается в зависимости от того, насколько выражен тот или иной признак.

Одним из вариантов диагностики пациента с предполагаемым хроническим нарушением сознания предлагается является ниже описанный алгоритм:

1. Мероприятия до начала оценки сознания больного (оценка соматического статуса, данные структурной нейровизуализации, лекарственные препараты). При наличии осложнений при осмотре по данным исследованиям необходимо сформировать мнение о возможности варианта компенсации типа реагирования, а также сделать отметку в заключении. При отсутствии – перейти к оценке сознания.

2. Мероприятия по определению уровня сознания включают сначала оценку уровня бодрствования, затем – оценку осознанной деятельности (по шкалам ШКГ, FOUR, CRS-

R). В последующем, необходимо проведение инструментальных методов исследования: ВПБ ТМС-ЭЭГ, фМРТ, ПЭТ.

Выводы

Таким, образом, в данной работе нами был дан обзор данных о существующих представлениях о таких явлениях как хронические нарушения сознания, их классификациях. Основные способы диагностики включают эксперимент и наблюдение за пациентом. Проанализировав источники литературы на данную тему, в статье были представлены основные подходы и методы, применяемые при первичном осмотре пациентов с ХНС.

Список литературы

1. Балашова Е.Ю. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы / Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. – М.: Генезис. - 2014 – 240 с.
2. Баулина М.Е. Нейропсихология / М.Е. Баулина– М.: ВЛАДОС. - 2018. – 391 с.
3. Белкин А.А. Хронические нарушения сознания: клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» / Белкин А. А. [и др.] // Вестник интенсивной терапии им. А. И. Салтанова. 2023; 3:7 – 42.
4. Белкин А.А. Разработка и валидация ПИТС-индекса для оценки тяжести синдрома последствий интенсивной терапии: описательное проспективное несравнительное когортное исследование / Белкин А. А. [и др.] // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. - 2024; 4:58 –72.
5. Визель Т.Г. Нарушения высших психических функций и их восстановление при поражениях правого полушария мозга // Т.Г. Визель., О.И. Шабетник. – М.: В. Секачев. - 2018 – 102 с.
6. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. / Доброхотова Т. А. - Изд. 2-е, испр. М.: БИНОМ. - 2016. - 304 с.
7. Доброхотова Т.А. Психопатология ЧМТ / В кн.: «Клиническое руководство по ЧМТ». / Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. – М.: Антидор, 1998. Т. 1. – С. 269-313.
8. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев. – 2-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ. - 2014. – 336 с.

9. Кондратьева Е.А.. Руководство по неврологическому осмотру пациента с длительным нарушением сознания/ Кондратьева Е.А., Вознюк И.А. // СПб: Фолиант. - 2019. 56 с.
10. Корсакова Н.К. Клиническая нейропсихология - 2-е изд./ Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. // М.: Юрайт, 2019 – 165 с.
11. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / Лурия А.Р. // М.: Издательство Московского университета. - 1973. – 384 с.
12. Максакова О.А. Командная работа как путь к возвращению сознания // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. -М.: Медицина, 2014. Т. 78, № 1.- С.57-68.
13. Пирадов М. А. Возможности современных методов нейровизуализации в изучении спонтанной активности головного мозга в состоянии покоя / М.А. Пирадов, Н.А. Супонева, Ю.А. Селиверстов [и др.] // Неврологический журнал. – 2016. – № 21(1). – С. 4–12/
14. Сборник шкал и клинических метрик мультидисциплинарной реабилитационной команды КИМ 4.4: учебное наглядное пособие/сост.: А.А. Белкин [и др.]; под общ. ред. А.А. Белкина; Клинический институт мозга. – Екатеринбург: 2024. – 152 с.
15. Тонконогий И.М. Клиническая нейропсихология: учеб.пособие/ И.М. Тонконогий, А. Пуанте. – СПБ.: Питер, 2008.- 528 с.
16. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд. СПБ.: Питер, 2016. – 495 с.
17. Хронические нарушения сознания / И.С. Баулин, Е.И. Кремнева, А.В. Кузнецов и др. / Под ред академика РАН М.А. Пирадова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Горячая линия – Телеком, 2022. – 288 с.
18. Carrière M. Behavioral signs of recovery from unresponsive wakefulness syndrome to emergence of minimally consciousstate after severe brain injury. / Carrière M, Llorens R. [et al.] // Ann Phys Rehabil Med 2022;65(02):101534.
19. Chatelle C. Assessment of nociception and pain in participants in an unresponsive or mini mally conscious state after acquired brain injury: the relation between the Coma Recovery Scale-Revised and the Nocicep tion Coma Scale-Revised / Chatelle C, Hauger SL, Martial C. [et al.] // Arch Phys Med Rehabil 2018;99(09): 1755–1762.

20. Gosseries O. Disorders of consciousness: what's in a name? / O. Gosseries, M.A. Bruno, C. Chatelle [et al.] // Neurorehabilitation. - 2011. - V. 28, № 1. – P. 3–14.
21. Jennett B., Plum F. Persistent. Vegetative State after Brain Damage. A Syndrome in Search of a Name / Jennett B., Plum F. Persistent. // Lancet [Internet]/ 1972; 299(7753):734-7.
22. Hermann B. Habituation of auditory startle reflex is a new sign of minimally conscious state / Hermann B, Salah A.B., Perlbarg V. [et al] // Brain 2020;143(07):2154–2172
23. Magliacano A. Spontaneous eye blinking as a diagnostic marker in prolonged disorders of consciousness / Magliacano A, Rosenfelder M. [et al] // SciRep - 2021;11(01):22393.
24. Mat B, Sanz LRD, Arzi A, Boly M, Laureys S, Gosseries O. New Behavioral Signs of Consciousness in Patients with Severe Brain Injuries. Semin Neurol. 2022;42(3):259-272.
25. Pignat J.M. Outcome prediction of consciousness disorders in the acute stage based on a complementary motor behavioural tool / Pignat J.M. , Mauron E, Jöhr J. [et al] // PLoS One/ 2016;11(06):e0156882.
26. Schnakers C., Laureys S. Coma and disorders of consciousness: Second edition / Schnakers C., Laureys S. // Coma and Disorders of Consciousness: Second Edition/ 2017. Vol. 118. 1–276 p.
27. Wang J. Olfactory stimulation and the diagnosis of patients with disorders of consciousness: a double-blind, randomized clinical trial / Wang J., Zhang S., Liu W. [et al] // Front Neurosci 2022; 16:712891.
28. Weiskrantz L. Analysis of behavioral change. // N.Y., 1964.
29. Wilhelm B, Communication in locked-in syndrome: effects of imagery on salivary pH. / Wilhelm B., Jordan M., Birbaumer N. // Neurology 2006;67 (03):534–535.
30. Young G.B. Coma and impaired consciousness. // New-York: McGraw – Hill, 1998, 97 – 103.

© Ковтун А.Ю.

УДК 159.99

ВЛИЯНИЕ НЕГАРМОНИЧНЫХ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Ковтун А.Ю.[1]

[1]*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия*

Резюме. в данной статье обсуждаются детско-родительские отношения негармоничного типа и их влияние на возникновение избыточной массы у детей подросткового возраста. Основным фактором для развития ИМТ у детей является отношения в семье, поэтому важно определить характеристики, которыми обладает негармоничный тип детско-родительских отношений и как это влияет на возникновение и развитие ИМТ у подростков. Проблема избыточной массы тела у ребенка может иметь тяжелые последствия во взрослом возрасте, что несет большие риски для здоровья и негативно сказывается на качестве жизни. Широкий спектр проблем, связанных с избыточной массой тела, требует дополнительных и глубоких исследований для формирования здорового и счастливого поколения людей. Для этого требуется выявить причины проблемы, ее динамику развития и внешние факторы влияния, дополнять базу современных исследований для решения данной проблемы. **Практическая значимость:** в данном исследовании представляется схема, которая отражает характеристику негармоничного типа детско-родительских отношений и рассматривается влияние их на ИМТ у детей подросткового возраста. Следовательно, данная статья представляет пользу в создании эффективного психокоррекционного комплекса для детей с ИМТ и их семей.

Ключевые слова: негармоничный тип, детско-родительские отношения, избыточная масса тела, подростки.

THE IMPACT OF HARMONIOUS PARENT-CHILD RELATIONS ON THE DEVELOPMENT OF EXCESS BODY WEIGHT IN ADOLESCENTS

Kovtun A.Y.[1]

[1] *Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation*

Summary. This article discusses the non-harmonious type of parent-child relationship and its impact on the development of overweight in adolescent children. The main factor in

the development of BMI in children is the family relationship, so it is important to identify the characteristics of the non-harmonious type of parent-child relationship and its impact on the development of overweight in adolescents. The problem of overweight in children can have serious consequences in adulthood, leading to health risks and negatively affecting the quality of life. The wide range of problems associated with overweight requires additional and in-depth research to create a healthy and happy generation of people. This requires identifying the causes of the problem, its development dynamics, and external factors, and supplementing the current research base to address this issue. **Practical significance:** This study presents a scheme that reflects the characteristics of an inharmonious type of parent-child relationship and examines its impact on BMI in adolescent children. Therefore, this article provides valuable insights for creating an effective psychotherapeutic program for children with BMI and their families.

Key words: inharmonious type, parent-child relationship, overweight, adolescents.

Введение

Актуальность исследования: с каждым годом медицинское сообщество во всём мире становится все более обеспокоенным растущей распространенностью избыточной массы тела и ожирения у детей всех возрастов [1]. Исследователи в области здравоохранения все чаще обращают внимание на необходимость изучения условий жизни ребенка, семейных отношений и других факторов, которые могут оказывать нозологическое воздействие не только во время развития расстройства ИМТ, но и во время его лечения, психотерапии и реабилитации. Избыточный вес - сложная проблема, основанная на генетических, перинатальных факторах, факторах окружающей среды, культурных и социальных факторах. Понимая влияние этих и различных факторов на массу тела ребенка, можно разработать эффективную стратегию профилактики и психологического сопровождения семей имеющих детей с ИМТ [2].

Постановка проблемы: разработка вопроса о психологическом механизме, который лежит в основе негармоничного типа детско-родительских отношений в семьях, где есть подросток с избыточной массой тела и как следствие, отсутствие психологических и образовательных методов и программ для формирования качественных взаимоотношений между родителями и детьми. Важно получить углубленное представление о негармоничном типе детско-родительских отношений, чтобы

получить развернутое представление о проблемах избыточной массы тела и выявить связь между нарушением отношений между родителями и подростком и развитием избыточной массы тела.

Объект: дети подросткового возраста с избыточной массой тела.

Предмет: негармоничные детско-родительские отношения и их влияние на избыточную массу тела подростка.

Цель работы

Выявить характеристики негармоничного типа детско-родительских отношений и рассмотреть их влияние на возникновение ИМТ у детей подросткового возраста.

Задачи исследования:

1. Описать диагностические методики, используемый для формирования оценки детско-родительских отношений.
2. Проанализировать результаты исследований негармоничного типа детско-родительских отношений и их влияние на избыточную массу тела подростка.
3. Изучить негармоничный тип детско-родительских отношений у подростков, страдающих избыточной массой тела.

Гипотеза исследования: в семьях, где подростки с избыточной массой тела, тип детско-родительских отношений негармоничный.

Материалы и методы

Наблюдение и беседа для определения типа детско-родительских отношений, авторский опросник.

Результаты и обсуждение

Исследовательской базой для достижения целей данной исследовательской работы является работа в «Отделении реабилитации ДС №3» в Государственном автономном учреждение здравоохранения Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 11 город Екатеринбург».

Психологическое исследование типа негармоничных детско-родительских отношений у детей с избыточной массой тела, сбор материала осуществлялись по следующим этапам:

Первый этап – теоретико-методологический: анализ литературы по проблеме; подбор диагностического материала, консультативная работа с персоналом «Отделения реабилитации ДС №3, Детская городская клиническая больница № 11 город Екатеринбург».

Второй этап – проведение психодиагностики, анализ детско-родительских отношений и социальных связей.

В данном исследовании приняли участие 20 детей подросткового возраста с избыточной массой тела. Исследуемые были разделены по гендерному признаку - 10 мальчиков и 10 девочек. По результатам расчетов индекса массы тела респондентов было определено, что все участники исследования (100 %) имеют избыточную массу тела.

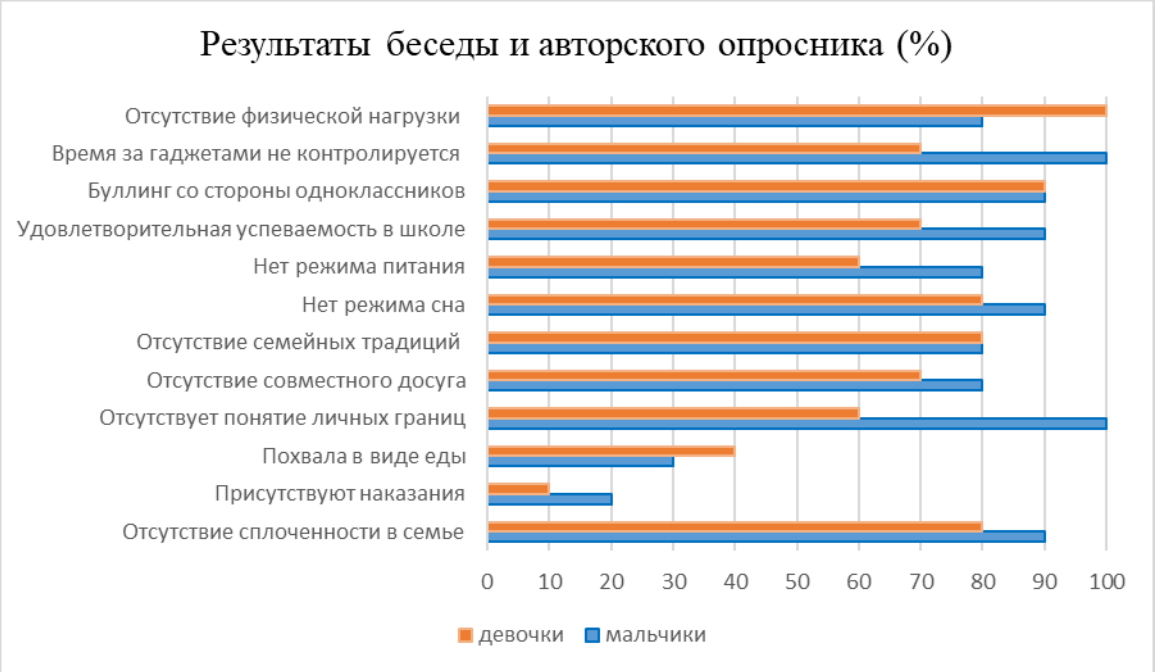
Наблюдение и первичная беседа проходила с использованием авторского опросника, который был разработан совместно с командой «Отделения реабилитации ДС №3». Опросник направлен на выявления типа детско-родительских отношений, межличностных проблем, на выявление особенностей социальной жизни ребенка и его уровень вовлеченности в образовательный процесс. Длительность беседы составляла 30 - 40 минут.

В данной работе предполагается, что дети подросткового возраста с избыточной массой тела живут в семьях, где тип детско-родительских отношений негармоничный. В семьях с негармоничным типом отношений отсутствуют сплоченные и дружные отношения между всеми членами семьи. Ребенок себя чувствует в такой семье небезопасно, он редко говорит о своих проблемах, избегает конфликтных ситуаций, он не чувствует поддержки и заинтересованности в нем старших членов семьи [3]. Поэтому часто проводит время в одиночестве в своей комнате, предпочитая социальную изоляцию. У него отсутствуют навыки социального взаимодействия. Из вышесказанного следует, что для подростка с ИМТ важно создание позитивной, сплоченной и поддерживающей семейной среды, которая положительно сказывается на социальной адаптации и успеваемости в образовательном процессе. Стили детско-родительских отношений влияют не только на развитие психосоматических расстройств, но и на весь личный профиль ребенка, захватывая межличностную сферу, эмоционально-волевую сферу, сферу самооценки и отношения к собственному телу [4].

Тенденция к избыточной массе тела зависит от типа ДРО, и если тип ДРО негармоничный, то масса тела у ребенка будет увеличиваться исходя из его эмоциональных потребностей, которые он будет удовлетворять с помощью еды [5]. Далее появляются проблемы в социальной среде, проблемы в налаживания контакта, что влияет на эмоциональное состояния ребенка и негативно сказывается на развитии

эмоционально-волевой сферы. В заключении все эти факторы превращаются в замкнутый круг для ребенка с ИМТ и его семьи. Потому что нет понимания, как кроме еды справляться со стрессом, налаживать отношения со сверстниками, как дружить, как выстраивать отношения в семье [6].

Для подтверждения предположений предлагается обратиться к результатам наблюдения и беседы при помощи авторского опросника с подростками с избыточной массой тела для выявления типа детско-родительских отношений и уровня социального взаимодействия.



Подросток с избыточной массой тела, который растет в семье с негармоничным типом детско-родительских отношений, имеет проблемы с эмоциональным интеллектом. Ему сложно управлять своими эмоциями, он не знает как безопасно для себя и окружающих справиться с агрессией. Это усугубляет отношения, и в семейной системе, и со сверстниками. Подросток, у которого проблемы с формированием качественных социальных связей, сталкивается с критикой и осуждением своего внешнего вида со стороны сверстников, старается избегать контактов с ними, а если он происходит, то подросток ощущает постоянную тревогу, напряжение и раздражение. В следствии чего, не получив поддержки дома, обращается к виртуальному миру и находит там друзей и единомышленников. Это сказывается на количестве времени, проведенного за гаджетами, иногда это может быть всю ночь. Режим сна нарушается, уровень кортизола возрастает и тогда ребенок начинает неконтролируемо потреблять пищу. В школе он получает дополнительную порцию

стресса, появляются фрустрация, нет ресурса на учебную деятельность и усвоения новых знаний, появляется чувство вины, самооценка опускается. В семейных отношениях отсутствует поддержка и происходит вновь сбегание в виртуальную реальность, которое постепенно перерастает в аддиктивное поведение и формирует устойчивую тенденцию к развитию депрессии.

На основании полученных данных и мы создали схему, которая отражает характеристику негармоничного типа детско-родительских отношений.



Особенности воспитания в негармоничном типе ДРО характеризуются, как нарушение личных границ ребенка, в семейной системе мнение ребенка не учитывается, эмоциональные потребности игнорируются, происходит бесконтрольное внедрение в личное пространство. Отсутствие межличностного качественного контакта и совместной деятельности лишает ребенка психологической опоры и поддержки. Отсутствие эмоциональной вовлеченности способствует низкому уровню эмоционального интеллекта [7]. Попустительское отношение к режиму сна и питания ребенка способствует формированию нездорового пищевого поведения. Еда, как средство поощрения для ребёнка становится поддерживающим механизмом.

Отрицательные качества личности, которые формирует негармоничный тип ДРО требуют отдельного внимания. Отсутствие целеустремленности и мотивации касается всех сфер жизни ребенка, но особенно негативно влияет на успеваемость и развитие

ощущения неэффективности ребёнка. Отсутствие навыка социальных контактов является критичным для развития здоровой и полноценной личности, когда общение со сверстниками – это ведущий вид деятельности в подростковом возрасте. Низкая самооценка и депрессивное состояние становится нормой для ребенка растущего в семье с негармоничным типом ДРО [8]. Многочисленные исследования подтверждают, что эмоциональные проблемы у детей и подростков проявляются в форме: агрессии, раздражительности, тревоги, беспокойства, страха и депрессии, которая влиять на развитие суицидального риска [9]. Преобладание узкого мышления проявляется как отсутствие интереса к социальной жизни, к новым знаниям, мир ребенка ограничивается комнатой и компьютерными играми, которые позволяют ему найти виртуальных друзей.

Негармоничный тип ДРО формирует и положительные качества личности, которые были выявлены во время беседы и наблюдения. Контроль действий и осторожность во взаимодействии с людьми, дает ребенку устойчивость и безопасность. Искренность и отзывчивость помогают ребенку раскрыться в межличностном взаимодействии, но только в том случае, если ребенок чувствует внимательное отношение к себе и заинтересованность в общении с ним. Ярким положительным качеством является уважительное отношение к старшим. Во время психологической работы с ребенком это качество повышало эффективность взаимодействия между ребенком и терапевтом, а также положительно сказывалось на динамике групповой терапии [5].

Негармоничный тип ДРО формирует негативные копинг-стратегии, которые оказывают негативное влияние на развитии личности ребенка и его поведение в социальной среде. Ребенок не имеет опыта эффективного поведения в стрессовых ситуациях. Он предпочитает избегать контакта в конфликтных ситуациях или предпочитает отрицать проблему. Что способствует подавлению агрессии и раздражительно. И он прибегает к неконтролируемому потреблению пищи, как средству справиться со стрессом и тревогой. Таким образом он подавляет эмоции и замыкается в себе [10]. И начинает избегать даже положительного общения. И последняя копинг-стратегия – это принятие решений из чувства вины. Ребенок постоянно ощущает чувство вины и ответственность за свои чувства и за чувства других людей [11]. Поэтому он стараются угодить другим, так как межличностные отношения выстраиваются очень тяжело. И даже готовы терпеть неуважительное

отношение по отношению к себе, лишь бы кто-то был рядом, мог выслушать и поддержать.

В данной работе важно обозначить дополнительные факторы, влияющие на развитие негармоничного типа ДРО. Уровень образования родителей, чем он выше и родители демонстрируют ребенку успешные стратегии в достижении результатов, тем больше ребенок склонен выбирать именно их. Материальный достаток и его уровень влияют на общий эмоциональный фон семьи, на ресурс каждого члена семьи и количество качественного времени, которое родитель может посвятить ребенку [12]. Медицинский анамнез семьи – это тот перечень наследственных заболеваний, которые оказывают влияние на семейный эмоциональный фон и уровень стресса внутри семьи. Состав семьи имеет особое значение для формирования негармоничного типа ДРО. Так как при неполной семьи существует вероятность что ребенок либо будет предоставлен сам себе, либо воспитанием занимаются старший члены семьи [1]. Если в семье происходит развод, то нередко ребенок становится свидетелем многочисленных конфликтов, которые подрывают его эмоциональную устойчивость и повышают уровень стресса, тревоги и снижают чувство безопасности. Наличие травматичных ситуации для всей семьи, например смерть одного из членов семьи, может иметь огромное негативное влияние на эмоциональный фон семьи, на материальную составляющую и на качество отношений внутри семьи.

Выводы

В данной статье приведены результаты исследования негармоничного стиля детско-родительских отношений, для которого характерно комбинирование авторитарного и попустительского типа воспитания, это могут быть и повышенные требования к ребенку и полное их отсутствие, похвала и поощрения с помощью еды и без эмоциональной вовлеченности, излишняя строгость, наказания, контроль, недоверие и ограничение свободы, формирует у ребенка тревожность, неустойчивый эмоциональный фон, сниженную самооценку, замкнутость, несамостоятельность, низкий эмоциональный интеллект, страдает мотивационная составляющая, формируется инфантильность, что способствует формированию вредных пищевых привычек, перееданию и отсутствию правильного и качественного режима питания.

Итогом анализа диагностики стало установление взаимосвязи между негармоничным типом детско-родительских отношений, эмоциональном состоянием

ребенка, психосоматическими предпосылками для возникновения избыточной массы тела у подростков.

Список литературы:

1. Ершевская А. Б. Психосоциальные факторы в патогенезе ожирения у детей // Вестник Новгородского государственного университета. 2017.
2. Устюжанина М. А. Клинические и молекулярно-генетические особенности формирования метаболических нарушений у детей с ожирением и артериальной гипертензией / Устюжанина М. А. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - 2018. – 28 с.
3. Гроголева О.Ю., Волкова А.А. Стратегии воспитания родителей как фактор к склонности к суицидальному риску у подростков/ Гроголева О.Ю., Волкова А.А.// Сборник научных статей XLII региональной студенческой научно-практической конференции. Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2018. – С. 841-845.
4. Набойченко, Е. С. Влияние детско-родительских отношений на избыточную массу тела детей младшего школьного возраста / Е. С. Набойченко, А. Ю. Ковтун // Системная интеграция в здравоохранении. – 2024. – № 1(62). – С. 10-29.
5. Киреева, Т. И. детско-родительские отношения в семьях подростков, страдающих ожирением / Т. И. Киреева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – № 8(122).
6. Лафицкая, Е. К. Обзор современных отечественных и зарубежных исследований буллинга в подростковой среде (за последние 10 лет) / Е. К. Лафицкая // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. – 2023. – № 6. – С. 278-288.
7. Эндара Бирюзова, И. Л. Влияние эмоционального интеллекта на агрессивность и тревожность подростков / И. Л. Эндара Бирюзова // Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях: материалы международной научно-практической конференции, Улан-Удэ, 07 июня 2024 года. – Улан-Удэ: Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, 2024. – С. 161-167.
8. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования/ Учебное пособие. – М.: Гардарики, 2005. – 320с.

9. Изотова, Е.И. Эмоциональная сфера ребенка: теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.И. Изотова, Е.В. Никифорова. – Москва: Академия, 2004. – 288 с.
10. Ромацкий В. В., Семин И. Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) // Бюллетень сибирской медицины. 2006. Т. 5. № 3. С. 61–68.
11. Литвинов Н.А. Диагностика эмоциональной сферы детей и подростков: / Сост.: Н.А. Литвинов. – Южно-Сахалинск: Изд-во ИРОСО, 2020. – 52 с.
12. Smith J.D., Berkel C., Rudo-Stern J., Montaño Z., St George S.M., Prado G., et al. The Family Check-Up 4 Health (FCU4Health): applying implementation science frameworks to the process of adapting an evidence-based parenting program for prevention of pediatric obesity and excess weight gain in primary care. Front. Public Health. 2018; 6: 293.

© Серкова-Холмская Е.А.

УДК 159.99

ФОРМИРОВАНИЕ СЕМЕЙНО-ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И КУЛЬТУРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ: ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Серкова-Холмская Е.А. [1]

[1]Уральский государственный медицинский университет

г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье раскрывается проблема исследования ценностных ориентаций и аспектов культуры репродуктивного поведения у студенческой молодежи, как детерминант, лежащих в представлении осознанного отношения к родительству и семьи. В связи с тем, что современная демографическая ситуация претерпевает значимые преобразования, а именно у молодого поколения наблюдаются такие негативные тенденции, как откладывание рождения детей и создания собственной семьи**.** Данные паттерны поведения, безусловно, негативно сказываются на репродуктивном здоровье студенческой молодежи, повышаются риски возникновения заболеваний репродуктивной сферы, а также приводят к проблемам коммуникации с противоположным полом и психоэмоциональному напряжению. Целью исследования является определение психологической готовности к родительству и ценностных ориентаций у юношей и девушек студенческого возраста.

Ключевые слова: студенческая молодежь, репродуктивная культура, ценностные ориентации.

FORMATION OF FAMILY VALUE ORIENTATIONS AND CULTURE OF REPRODUCTIVE BEHAVIOR AMONG STUDENTS: THE PROBLEM AND THE SOLUTIONS

Serkova-KholmskayaYe.A. [1]

[1]Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation

Summary. The article reveals the problem of studying the value orientations and aspects of the culture of reproductive behavior among students as determinants underlying a conscious attitude towards parenthood and family. Due to the fact that the modern demographic situation is undergoing significant transformations, namely, the younger generation is experiencing such negative trends as postponing the birth of children and

starting their own family. These patterns of behavior certainly have a negative impact on the reproductive health of students, increase the risk of reproductive diseases, and lead to communication problems with the opposite sex and emotional stress. The aim of the study is to determine the psychological readiness for parenthood and value orientations of college-age boys and girls.

Keywords: student youth, reproductive culture, value orientations.

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что в современном обществе происходят серьезные преобразования в Институте семьи и родительства. Среди молодых людей репродуктивного возраста рождение первого ребенка откладывается на более поздний период, что может спровоцировать появление различных заболеваний репродуктивной сферы, и негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии и стать причиной хронического стресса. Авторы подчеркивают, что студенческая молодежь представляет собой особую социальную категорию, являющуюся потенциалом для решения демографических проблем общества.

Так, по данным исследований, студенческая молодежь характеризуется значительным снижением семейно-ценностных установок, падением института авторитета семьи. В работах Л.И. Столярчук, И.А. Алешиной, С.А.Спиридоновой и др. подробно раскрывается проблема отношения студенческой молодежи к родительству и семье. Как подчеркивают авторы, негативные изменения семейно-ценностных ориентаций и недостаточно сформированная психологическая готовность к родительству у лиц репродуктивного возраста становится проблемой для демографической ситуации Российской Федерации. Авторы отмечают, что молодые юноши и девушки отдают предпочтение построению профессиональным достижениям и обучению, откладывая при этом рождение детей и создание семьи. Кроме того, в исследованиях выявлено, что студенты демонстрируют недостаточные знания в области сохранения и укрепления репродуктивного здоровья [2].

Анализируя данные по проблеме исследования особенностей репродуктивного поведения, формирования семейно-ценностных установок, представлений о родительстве у студенческой молодежи, можно сформулировать вывод о том, что для молодых людей репродуктивного возраста действительно характерны негативные

изменения в понимании своих репродуктивных функций, отражающиеся на представлениях о родительстве и отношении к семье. Данные показатели обусловлены постоянно изменяющимися социальными и экономическими условиями и высокими запросами общества, особенно к молодому поколению. Так, студенческая молодежь вынуждена прибегать к различным способам выживания в высоком ритме мегаполиса, что, безусловно, негативно сказывается на психологическом состоянии и физическом здоровье [1].

Данные преобразования приводят к тому, что для юношей и девушек характерны изменения семейно-ценностных установок, молодые люди ставят на первое место профессиональное и материальное благополучие, что приводит к дисбалансу в репродуктивной сфере и осознанному откладыванию рождения детей на более поздний период.

Исследователи сходятся на мнении о том, что становится необходимым и важным формировать семейно-ценностные ориентации у современной студенческой молодежи. Формирование позитивного отношения к родительству и повышение авторитета семьи в студенческом обществе возможно посредством разработки и внедрения специальных психолого-педагогических программ [3, 4].

В свою очередь мы разделяем мнение авторов о том, что студенческая молодежь является тем репродуктивным потенциалом общества, которому требуется оказание помощи на всех уровнях. Особенную роль играет психолого-педагогическое сопровождение студенческой молодежи, направленное на просвещение и информирование в вопросах построения семейной жизни и подготовки к выполнению родительских функций.

Как подчеркивают авторы, разработка и реализация таких программ психолого-педагогического сопровождения будет способствовать повышению семейно-ценностных ориентаций, психологической готовности к родительству, самосознанию и построению верной жизненной перспективы, а также преодолению кризиса идентичности у студенческой молодежи [6, 7].

Цель работы

Целью исследования является определение психологической готовности к родительству и ценностных ориентаций у юношей и девушек студенческого возраста.

Материалы и методы

Для исследования психологической готовности к родительству у девушек была использована методика «Ролевой опросник деторождения» (РОД) (М.Н. Родштейн). Отношение к отцовству у юношей-студентов было выявлено с помощью методики «Незаконченные предложения-представления об отцовстве» Н. Ньютена (модифицированная версия). Для исследования ценностных ориентаций у студенческой молодежи использовалась методика «Ценностные ориентации» М. Рокича. Математическая обработка данных была осуществлена с применением программы графические объекты выполнены в табличном процессоре Excel пакета Microsoft Office 2016.

На основании добровольного информированного согласия в исследовании приняли участие 200 студентов репродуктивного возраста (от 18 до 25 лет, средний возраст составил 27.0) четырех вузов г. Екатеринбурга: Уральский государственный экономический университет, Уральский государственный педагогический университет, Уральский государственный юридический университет им. В.Ф. Яковлева и Уральский государственный медицинский университет. Состав выборки по гендерному признаку является неравномерным, большую часть составляют девушки (63%) и 37% юношей.

Результаты и обсуждение

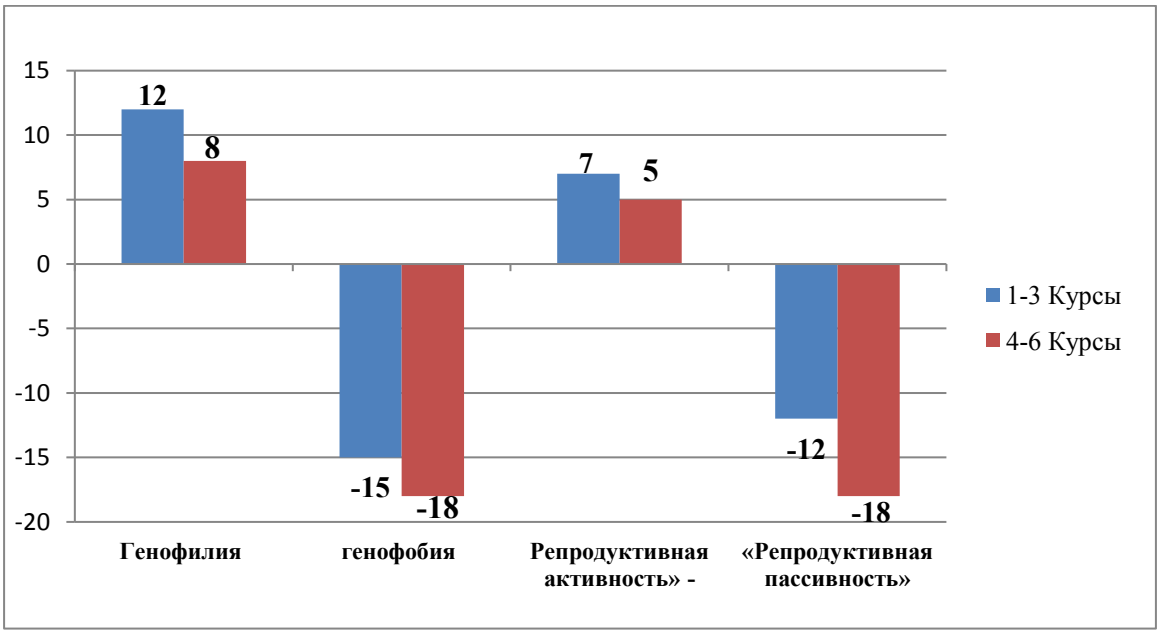


Рисунок 1

Показатели психологической готовности к материнству у девушек-студенток

По методике «Ролевой опросник деторождения» [7, с. 170] были получены следующие результаты: общий показатель репродуктивной установки в целом по выборке составил (-25) баллов из 40, что свидетельствует о том, что у девушек отсутствует желание иметь детей в актуальный жизненный период.

На рисунке 1 представлены значения показателей по исследованию психологических детерминант материнства у студенток старших и младших курсов с помощью методики М.Н. Родштейн. По полученным результатам можно отметить, что у девушек обеих групп показатель генофилии – любви к детям находится на среднем уровне (12 и 8), следует отметить, что у студенток младших курсов данный показатель находится выше, что может указывать на то, что девушки в целом больше испытывают любовь к детям.

По шкале «Генофобия» получены отрицательные значения у студенток обеих групп, свидетельствующие о том, что девушки могут испытывать страх перед вступлением в интимные отношения и пока психологически не готовы к рождению детей в актуальный жизненный период. Кроме того, у девушек, обучающихся на старших курсах, данный показатель выражен сильнее (-18) и находится в отрицательной зоне, он указывает на то, что в настоящее время девушки могут быть более сконцентрированы на вопросах обучения и профессиональном определении. Показатель репродуктивной активности в обеих группах соответствует пониженному уровню, это означает, что девушки пока не готовы становиться матерями и даже могут предпринимать попытки предотвращения нежелательной беременности.

Таким образом, по результатам методики выявлено, что психологическая готовность к родительству, в частности, готовность стать матерью практически не сформирована, что свидетельствует о необходимости развития приверженности осознанного родительства и психологического сопровождения студенческой молодежи в условиях образовательной среды.

Таблица 1 Основные мотивы юношей в представлениях о родительстве

Категории мотивов		**Медиана**
C	Мотивы, демонстрирующие отношение к детям	21
S	Личностные мотивы в отношении рождения ребенка	17
ИБ	Ценности и желания, формулируемы в целом о представлении об отцовстве	
T	Ценности, показывающие значимость отцовской роли	12
P	Мотивы, связанные с рождением ребенка	10
C2	Собственное ожидание от отцовской роли	
C3	Цели, направленные на ребенка	7
R	Активность, готовность стать отцом в ближайшее время	
U	Пропущенные ответы	4

Основные мотивы юношей (первые две строки в таблице 1), указывают на то, что большинство молодых людей демонстрируют положительное отношение к детям. В ответах респондентов на вопрос «Сегодня иметь детей – это…» преобладают такие формулировки о детях, как: «Дети – цветы жизни», «Дети – будущее», «Дети-продолжение рода», однако юноши отмечают, что в настоящее время иметь детей очень ответственно и требует больших усилий. Кроме того, в формулировках ответов молодых людей относительно готовности стать отцом в настоящее время наблюдались такие ответы, как «Нет», «Пока не время для отцовства», «Для становления отцом необходимо иметь материальный ресурс» и.т.д.

Стоит отметить, что на вопрос «Узнав о том, что я скоро буду отцом» 50% студентов говорят о чувстве страха и даже состоянии шока, данное обстоятельство свидетельствует о том, что в актуальный период юноши пока не готовы принять на себя ответственность и принять на себя роль отца.

Данные показатели свидетельствуют о недостаточной психологической готовности к отцовству. Таким образом, анализируя общие показатели результатов данной методики можно сделать вывод о том, что на данном возрастном этапе молодые юноши больше сфокусированы на образовательный процесс и достижения в учебной деятельности, а психологическая готовность к отцовству недостаточно сформирована.

Для выявления уровня семейно-ценностных ориентаций у студентов репродуктивного возраста использовалась методика «Ценностные ориентации» М. Рокича. Так, по результатам методики (рис. 2 и 3) выявлено, что студенты в наибольшей степени отдают предпочтение стремление к развитию и познанию (92% и 90%), на втором месте у молодых людей находятся вопросы по материальной обеспеченности и работе (75% и 77%). Кроме того, для студенческой молодежи важной составляющей является хорошая коммуникация со сверстниками и создание крепких дружеских связей (80% и 83%). Стоит отметить, что такие ценности, как семейная счастливая жизнь и любовь относятся к менее значимым для современных студентов. Им отдают предпочтение лишь 30% юношей и 45% девушек, данные свидетельствуют о том, что представители молодого поколения пока психологически не готовы создавать свою семью и вступать во взрослые отношения.

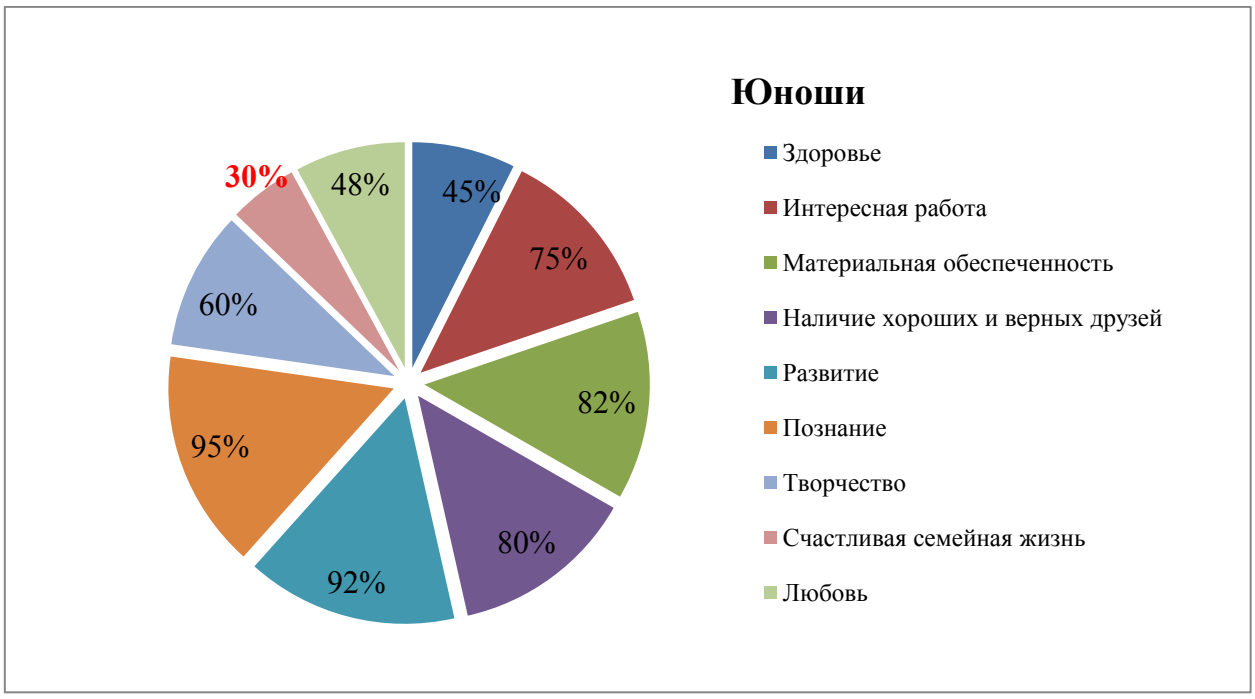


Рисунок 2

Распределение значимых ценностей в группе юношей

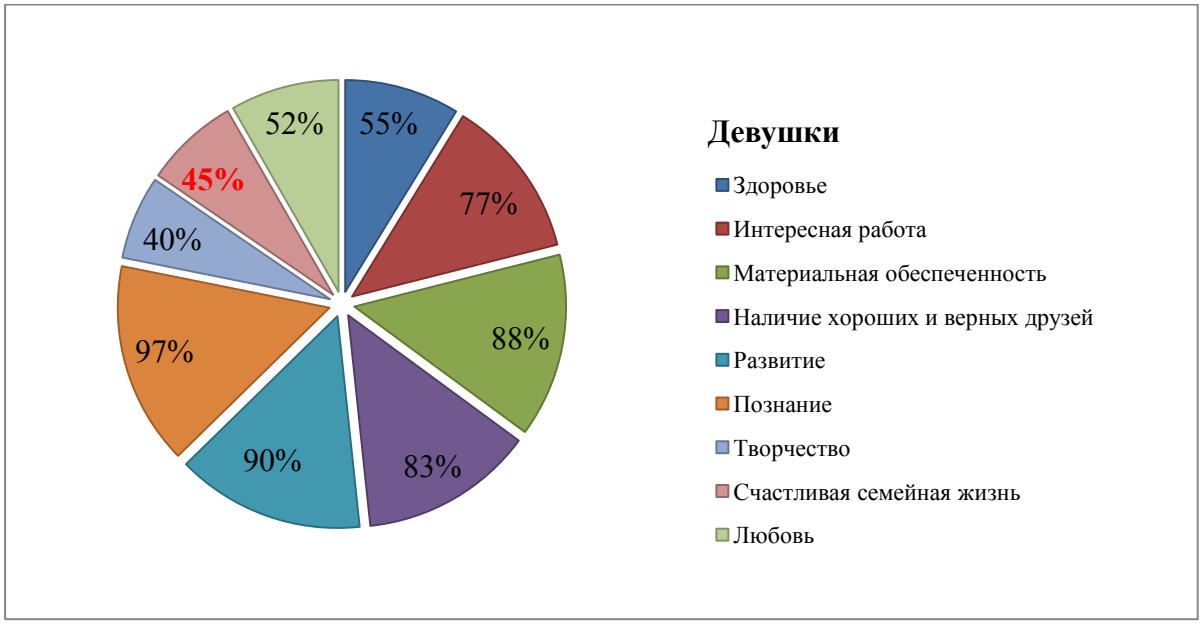


Рисунок 2

Распределение значимых ценностей в группе девушек

Данное исследование было направлено на выявление семейно-ценностных ориентаций и уровня психологической готовности к родительству у студенческой молодежи. Так, по результатам исследования можно сделать вывод о том, современные студенты в большей степени сосредоточены на профессиональных достижениях и образовательном процессе, при этом наименее приоритетными областями являются вопросы о создании семьи и будущего родительства. Учитывая факт, что именно студенческая молодежь представляет собой репродуктивный потенциал общества, становится необходимым применять комплекс мер в образовательной среде, направленный на формирование позитивного отношения к будущей семейной жизни и осознанной стратегии на выполнение родительской роли для молодого поколения.

Выводы

Таким образом, проведенное нами исследование позволило сформулировать следующие выводы:

1. Юноши и девушки студенческого возраста, в целом, демонстрируют достаточно положительное отношение к детям и семье. Однако пока психологически не готовы к осуществлению родительских функций и обязанностей в актуальный жизненный период.

2. Значимыми ценностями для студенческой молодежи являются ориентация на профессиональное самоопределение, раскрытие творческого потенциала, а также наличие верных друзей и хорошая коммуникация.
3. Показатели психологической готовности к родительству у юношей и девушек соответствуют пониженному уровню, тем самым обозначая проблему демографической ситуации в стране и привлечением внимания к ее решению. В образовательный процесс следует включить комплекс мер психолого-педагогического сопровождения студентов, направленных на формирование репродуктивной культуры поведения и осознанного отношения к семье и родительству.

Список литературы

1. Вержибок Г.В. Семейные ценности студенческой молодежи как матрица построения будущего // Южно-российский журнал социальных наук. 2018. Т. 19. № 3. С. 75-95 DOI: 10.31429.
2. Столярчук Л.И., Алешина Л.И., Столярчук И.А. [и др.]. Физиологические и педагогические основы формирования репродуктивной культуры обучающейся молодежи [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2015
3. Башманова Е.Л. Социальная готовность регионального студенчества к семье, браку и родительству в призме трансформации ценностей современной молодежи // Ученые записки. Электронный научный журнал курского государственного университета, 2016. № 4 (40) С. 10-14.
4. Мухина В.С. Феноменология развития и бытия личности // Развитие личности. - 2010. - №№ 3. - С. 193-247.
5. Исаева О.М., Олкова Е.Н., Акимова А.Ю. Факторы психологического благополучия российской молодежи // Психологическая наука и образование. 2022 . №27, с.24-35. DOI: 10.17759/ pse.
6. Колызева И.Г. Григорян И.Г. Формирование психологической готовности к материнству у студенток в условиях образовательного процесса // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, - 2014. - №14 (2) . - С. 377-378

7. Родштейн, М.Н. Гендерно-ролевая идентичность как фактор репродуктивной установки женщин / Дисс… канд. психол. наук. Самара: РКГ, 2006.-С. 170.

© Миногина Т.В., Борзунова Ю.М., Петров Е.Е., Резватов А.П., Ростовский П.А., Белозерцева Е.А.

УДК 37.013.31

ПЛАНИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРАЕКТОРИЙ РАЗВИТИЯ В РАМКАХ ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГИБРИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Миногина Т.В.[1], Борзунова Ю.М.[2], Петров Е.Е.[1], Резватов А.П.[1], Ростовский П.А.[1], Белозерцева Е.А.[3]

[1]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

[2]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург, Россия

[3]Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Ханты-мансийская государственная медицинская академия»

Резюме. В данной статье описывается мультидисциплинарный подход к современному способу обучения в условиях цифровизации, основывающейся на прогрессивном активном обучении и подходе, ориентированный на студента, при адаптированной смене ролей преподавателя и студента, при котором неструктурированные проблемы используются в качестве отправной точки для процесса обучения. В статье рассмотрены результаты освоения электронных учебных курсов проблемно-ориентированного гибридного обучения среди учащихся медицинских университетов и новые практические проектное-ориентированное подходы к обучению.

Ключевые слова: проблемно-ориентированное обучение, медицинское образование на основе компетенций преподавателя, гибридное обучение.

PLANNING OF INDIVIDUAL DEVELOPMENT TRAJECTORIES WITHIN THE FRAMEWORK OF PROJECT-ORIENTED LEARNING IN THE SYSTEM OF HYBRID EDUCATION

Minogina T.V.[1], Borzunova Y.M.[2], Petrov E.E.[1], Rezvatov A.P.[1], Rostovsky P.A.[1], Belozertseva E.A.[3]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State University of Economics" Yekaterinburg, Russia

[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" Yekaterinburg, Russia

[3]Budgetary Institution of Higher Education of Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug — Yugra Khanty-Mansiysk State Medical Academy

Summary. This article describes a multidisciplinary approach to a modern way of learning in the context of digitalisation based on progressive active learning and a student-centred approach, with an adapted change of roles of teacher and student, in which unstructured problems are used as a starting point for the learning process. The article discusses the results of the uptake of problem-based hybrid learning e-learning courses among medical university students, new practical project-based learning approaches are being developed and implemented.

Keywords: problem-oriented learning, medical education based on teacher competences, hybrid learning.

Введение

В рамках полноценного обучения студентов медицинских специальностей необходимо постоянное поддержание актуальных знаний и непрерывного обучения в течение всей карьеры. Независимо от того, играют ли они активную роль в профессиональной деятельности, каждый врач в той или иной мере играет роль в обучении коллег, студентов-медиков, представителей смежных профессий или своих пациентов. С точки зрения внедрения циклов преподавательской деятельности обучения, концепция ординатора как преподавателя тщательно изучена в литературе, отмечен значительный вклад в медицинское образование [1].

Проблемно-ориентированное обучение - хорошо известный подход среди студентов, преподавателей и исследователей, который был введен Говардом Барроузом, представляет собой инновационную стратегию обучения, в которой

манера преподавания смещена с преподавательской на студенческую, делая акцент на развитии навыков решения проблем, творчества и критического мышления [2,3]. При мультидисциплинарном подходе вышеперечисленных способов выделяется современный способ обучения в условиях цифровизации, основывающейся на прогрессивном активном обучении и подходе, ориентированный на студента, при адаптированной смене ролей преподавателя и студента, при котором неструктурированные проблемы используются в качестве отправной точки для процесса обучения.

Дандавино и др. предлагают три причины для обучения студентов-медиков преподаванию [4], в том числе: обучающиеся в будущем будут выполнять преподавательские функции в качестве врачей и преподавателей; клиницисты, развивающие эффективные коммуникативные навыки, могут улучшить взаимодействие с пациентами, повышая комплайенс последних; студенты, лучше понимающие стратегии преподавания, могут сами стать лучшими учениками.

Литературный поиск показал, что нет утвержденной программы "студент- как преподаватель". Несмотря на важность развития навыков преподавания у врачей, в настоящее время не существует общепринятого мнения о том, что должна включать в себя программа развития навыков преподавания, а также формальной, широкой характеристики измеримых результатов этих инициатив. Чтобы устранить эти недостатки и помочь разработать рекомендации для будущего развития таких программ, мы проанализировали литературу, для выявления инициатив по развитию навыков преподавания у обучающихся, а также описать и обсудить соответствующие результаты этих программ, связанные с преподаванием.

Проблемно-ориентированное обучение создает условия, способствующие размышлению сотрудников о своем личном подходе как педагогов и поддерживает процесс и прогресс обучения студентов. Этот инновационный подход к обучению, основывается на конструктивистской теории обучения, в которой процесс обучения происходит по инициативе студентов.

Цель работы:

Разработка методологии планирования индивидуальных траекторий развития в рамках проектно-ориентированного обучения в системе гибридного образования.

Материалы и методы

Данный обзор был проведен на основе различных научных работ, а также собственного опыта по внедрению онлайн образования, проблем, с которыми сталкиваются преподаватели и мнения студентов об этой дилемме. Хотя стремление к подготовке врачей, которые являются компетентными преподавателями, является всеобщим, мы ограничили наш обзор исследованиями, опубликованными на английском языке. В результате инициативы по обучению студентов-медиков в неанглоязычных странах не были включены в данное исследование. Исследование также было ограничено тем фактом, что многие медицинские школы, предлагающие в той или иной форме инициативы по развитию навыков преподавания, не имеют опубликованных статей, описывающих их программы. В дополнение к относительной нехватке объективных данных, характеризующих образовательные навыки, исследования в рассмотренной литературе были ограничены отсутствием продольной характеристики преподавательской деятельности и преподавательских способностей участников.

Для поиска литературных источников использовались поисковые базы данных PubMed, Medline, статьи, посвященные опыту медицинских тьюторов в онлайн-образовании. Поиск проводился по ключевым словам "медицинское образование онлайн", "самостоятельное онлайн обучение", "медицинское образование на основе компетенций тьютера".

Исследование проведено на уровне средних курсов медицинского университета за 2023-2024 гг. Всего в исследовании участвовали 109 человека, они были поделены на группы, одна группа проходила 6 месячные проблемно-ориентированное курсы (Группа 1, вначале и в конце проведены экзаменационные тесты, N=75), вторая группа не проходила курсы (Группа 2, N=34). Статистическая обработка результатов исследования для оценки межгрупповых различий осуществлялась с использованием критерия χ 2 для межгрупповых различий оценивали, значимость количества и сроков госпитализаций, а также койко-дней, представлены в виде M±m оценивается интервально. В качестве критической величины достоверности различий принят уровень значимости 0,05. Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Microsoft Excel.

Гендерные характеристики пациентов в общей структуре распределились следующим образом: 98 женщины (89,9%) и 11 мужчин (10,1%), средний возраст

24,2±2,4 лет. (преобладает женский пол, p=0,03, статистически значимой разницы по возрасту не получено).

Соответствие принципам этики. Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской декларации. Информированное согласие не применимо.

Результаты и обсуждение

Ряд исследований внедряет проблемно-ориентированное обучение с помощью электронного обучения для инженерных дисциплин [5, 6] и сообщает об успешных достигнутых результатах внедрения в процесс преподавания и процессе обучения.

По мнению А. Ахмада [7], достижения студентов, использующих PBL на экзаменах, которые в основном проводятся на бумаге, не уступают студентам традиционных методов, и в то же время они лучше справляются с практическими занятиями. С другой стороны, Хайрия и др. [8] доказали, что общие навыки обучающихся также могут быть улучшены с помощью проблемно-ориентированного подхода. Сравнительное исследование, проведенное Hsieh и Knight [9] на студентах первого курса инженерного факультета Университета Тихоокеанского университета, доказало, что это эффективный метод, позволяющий преодолеть разрыв между практикой и теорией.

Взаимное обучение на равных определяется как обучение на равных, при котором студенты-преподаватели и студенты-студенты находятся на одном и том же году обучения, а роли преподавателя и студента регулярно меняются. Тен Кейт и Дурнинг определили три параметра, с помощью которых можно охарактеризовать взаимное обучение в высшем образовании: расстояние в академическом уровне между преподавателем и учащимся; размер группы учащихся и формальность учебного взаимодействия [10]. Для целей данного обзора формальные программы определяются как те, которые включены в учебный план по медицине. Внеклассные программы или программы под руководством студентов являются неформальными.

Обзор литературы выявил три типа инициатив по развитию преподавательских навыков студентов-медиков: программы обучения с помощью сверстников, обучающие семинары и программы по работе с населением [11, 12]. Все инициативы, помимо прочих преимуществ, улучшили самооценку навыков преподавания участников. Однако во многих исследованиях ощущался заметный недостаток обратной связи с преподавателями по поводу эффективности преподавания.

Обучение с помощью сверстников чрезвычайно распространено в медицинском образовании. Исследование, проведенное в 2008 году в медицинских учебных заведениях США, показало, что все учебные заведения используют своих студентов как преподавателей или репетиторов в той или иной форме [13]. Более того, 87,9% медицинских вузов использовали студентов-медиков в качестве репетиторов специально для студентов, нуждающихся в дополнительной академической помощи [14].

Некоторые из этих отчетов также показывают, что студенты считают, что преподаватели-сверстники создают более сильную атмосферу группового обучения, обеспечивают более эффективную обратную связь и являются более доступными, чем их коллеги-преподаватели [15]. Преимущество преподавателей-сверстников перед преподавателями-преподавателями, по-видимому, связано с когнитивной и социальной конгруэнтностью, которую они разделяют со своими студентами [16].

При анализе результатов исследования выявлены основные проблемы, так отчеты о результатах обучения студентов с помощью коллегиального преподавания в медицинском образовании не все были полностью положительными. В некоторых исследованиях сообщалось об обеспокоенности по поводу адекватности знаний преподавателей- сверстников и надежности их преподавания. Кроме того, в одном из отчетов отмечалось, что некоторые студенты предпочитают, чтобы их обучали преподаватели факультета [17]. Фактически, субъективные самооценки студентов-медиков, участвующих в этих обучающих программах, представляли собой единственное измерение результатов в большинстве рассмотренных исследований. К сожалению, эти субъективные результаты не всегда коррелируют с объективными изменениями. Этот недостаток объективности ограничивает силу выводов всех рассмотренных исследований. Объективные структурированные учебные встречи в настоящее время используются только на уровне ординаторов и профессорско-преподавательского состава. Их использование на уровне медицинских школ не рассматривалось в литературе. Как и объективные структурированные клинические экзамены, они также являются дорогостоящими и требуют много времени организации.

Отсутствие концентрации внимания и снижение заинтересованности должно в первую очередь компенсироваться системностью в обучении и современными знаниями. Неэффективное взаимодействие студентов с преподавателями приводит к

потере концентрации внимания возникающее при онлайн и офлайн занятии. Эта проблема решается в первую очередь активностью задач и предлагаемых кейсов, и системной разнообразных заданий. Так, например подача материала с помощью поддержки информационного ассистента или задания связанные с этапностью выполнения. Следовательно, одним из наиболее важных факторов успеха проблемно-ориентированное обучение в рамках электронных учебных курсов является создание информационной системы/среды, в которой все участники процесса могут легко и эффективно общаться. Для этого необходима институциональная стратегия, гарантирующая, что все участники смогут без проблем координировать свои действия друг с другом в рамках данной среды обучения.

Для увеличения участия и вовлеченности, во время онлайн-лекции следует учитывать следующее: сохранение оценок за каждое сообщение/вопрос, минимальное и эффективное сообщение. Творческий и конструктивный пост повысит вовлеченность и участие студента. Мини-задания после каждой лекции усилят механизм обратной связи. Для лучшего понимания и вовлечения студентов в процесс обучения на платформах доступны некоторые инструменты видеоигр. Эти инструменты улучшают мыслительный процесс, планирование, быстрое реагирование, решение проблем и навыки анализа. Виртуальные кейсы позволяют задавать открытые вопросы и интерпретировать данные и принимать соответствующие решения.

Для оценки разработанной методологии представляло интерес оценить качество внедренных образовательных программ по выше представленным методикам (таблица 1). В соответствии с целями исследования учащиеся были поделены не 2 группы.

Таблица 1. Результаты теста среди участников программы

Группа	**Входные данные, %**	**Выходные данные, %**
Группа 1 (N=75)	42,09	87,34
Группа 2 (N=34)	41,37	52,01

При анализе динамики структуры верных ответов выявлено, что вводный тест среди учащихся показал средние результаты (Группа 1, 42% правильных ответов, Группа 2, 41% соответственно). К выпускному тесту процента положительных ответов возрос почти в 2 раза и составил 87% (p=0,054).

Среди студентов, прошедших дополнительные курсы, почти половина отмечают субъективно положительные результаты относительно решения практических задач.

Часть исследуемых в настоящее время реализует проектную деятельность, связанную с участием в конкурсах и исследовательских работах. Однако отмечается, что крайней необходимой мерой в развитии гибридных подходов образования является обратная связь, как со стороны преподавателей, так и со стороны студентов.

Выводы

Были определены три типа инициатив по развитию навыков преподавания у студентов-медиков: программы обучения с помощью сверстников, семинары по преподаванию и информационно-просветительские программы. Все инициативы улучшили самооценку навыков преподавания, включая повышение уверенности в себе, улучшение организационных навыков, улучшение коммуникативных навыков. Представляется возможным реализовать программу внедрения инициатив и оптимизировать как оценку преподавательских навыков участников программы (для включения значимой обратной связи от студентов и преподавателей), так и механизмы оценки программы (для включения объективных показателей), присутствует некоторые негативное отношение преподавателей к системе электронного обучения. С другой стороны, грамотная реализация кейсов проектно-ориентированное обучение облегчит систему образования и прогресса в гибридной системе. В этой исследовательской работе мы не смогли ответить на вопрос, приводят ли программы преподавания в медицинской школе к долгосрочным изменениям в преподавательской деятельности.

Подход, ориентированный на решение практического вопроса, начинается с проблемы, и эта проблема становится основным фокусом, из которого каждый прогресс, план и работа, сделанная студентами направлена на решение проблемы. Гибридное обучение один лучший методов обучения и подготовки студентов различных специальностей для развития и совершенствования навыков XXI века.

Список литературы:

1. Hill AG, Yu T-C, Barrow M, Hattie J. A systematic review of resident-as-teacher programmes. Med Educ 2009; 43:1129-40
2. Hasna, Abdallah M. (July, 2009). Problem Based Learning in Engineering Design. Paper presented at the SEFI 36TH Annual Conference, European Society for Engineering Education (Aalborg, Denmark).

3. Barrows, H. S. & Tamblyn, R. M. (1980). Problem-based Learning: An Approach to Medical Education, Springer, New York.
4. Dandavino M, Snell L, Wiseman J. Why medical students should learn how to teach. Med Teach 2007; 29:558-65
5. Duch, B.J., Groh, S.E., & Allen, D.E. (2001). The Power of Problem-Based Learning, Sterling, VA: Stylus.
6. Zaidatun Tasir et al. (2005, December). Effective Strategies for Integrating E-learning in Problem-based Learning for Engineering and Technical Education. Paper presented at the Proceedings of the 2005 Regional Conference on Engineering Education, Johor, Malaysia.
7. Ahmad, A. (2006, March). A First Attempt of Problem Based Learning (PBL) in Microelectronic Course for undergraduate Computer Engineering at KUiTTHO. Paper presented at the Proc. of 7th World Congress on Engineering Education, Budapest, Hungary.
8. Khairiyah Mohd. Yusof et al. (2006). Promoting Problem-Based Learning (PBL) in Engineering Courses at the Universiti Teknologi Malaysia. Global Journal of Engineering Education, 9(2)
9. Hsieh, Cynthia & Knight, Lorrie (2008). Problem-Based Learning for Engineering Students: An Evidence-Based Comparative Study. The Journal of Academic Librarianship, 34(1), 25–30.
10. Ten Cate O, Durning S. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. Med Teach 2007; 29:546-52.
11. Генеральный медицинский совет. Tomorrow's Doctors. Результаты и стандарты медицинского образования для студентов старших курсов. Лондон: GMC 2009
12. Frank JR. CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Лучшие стандарты. Лучшие врачи. Лучший уход. Оттава, ОН: Королевский колледж врачей и хирургов Канады, 2005
13. Soriano RP, Blatt B, Coplit L et al. Teaching medical students how to teach: a national survey of students- as-teachers programmes in US medical schools. Acad Med 2010; 85:1725-31
14. Soriano RP, Blatt B, Coplit L et al. Teaching medical students how to teach: a national survey of students- as-teachers programmes in US medical schools. Acad Med 2010; 85:1725-31

15. Kassab S, Abu-Hijleh MF, Al-Shboul Q, Hamdy H. Преподавание под руководством студентов в проблемно-ориентированном обучении: результаты обучения и восприятие студентов. Med Teach 2005; 27:521-6
16. Ten Cate O, Durning S. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. Med Teach 2007; 29:546-52.
17. Bulte C, Betts A, Garner K, Durning S. Студенческое преподавание: взгляды студентов - ближайших преподавателей и учащихся. Med Teach 2007;29:583-90

© Устинов А.Л., Арзамасцев Е.А.

УДК 316.624.3

ФЕНОМЕН МАССОВОГО И ИНДИВИДУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ИСТОРИИ НА ПРИМЕРЕ СРЕДНЕВЕКОВОЙ ИНКВИЗИЦИИ

Устинов А.Л.[1], Арзамасцев Е.А.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. В статье рассматривается феномен массового насилия на примере средневековой инквизиции. Авторы делают акцент на структурности насилия и влиянии идеологии, мировоззрения на приемлемость насилия в обществе. Историко-психологический анализ позволяет понять феномен насилия в обществе.

Ключевые слова: средневековье, инквизиция, структурализм, насилие, Лакан, Жижек.

THE PHENOMENON OF COLLECTIVE AND INDIVIDUAL VIOLENCE IN HISTORY IN THE MEDIEVAL INQUISITION

Ustinov A.L.[1], Arzamascev E.A.[1]

[1]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article examines the phenomenon of mass violence through the case study of the medieval Inquisition. The authors emphasize the structural nature of violence and the influence of ideology and worldview on its societal acceptability. A historical-psychological analysis helps elucidate the phenomenon of violence in society.

Keywords: middle ages, inquisition, structuralism, violence, Lacan, Žižek.

Введение

Феномен массового насилия давно интересует многих исследователей (Эрих Фромм, Ханна Арендт, Стэнли Милгрэм и т.д.). Многие из них в процессе исследования этого вопроса делали упор на внутренние психофизиологические процессы (прорыв либидо, когнитивные искажения, нарушения в работе центральной нервной системы и пр.), однако были и те, кто уделяли внимание и социокультурным факторам, которые могли приводить к вспышкам насилия. Можно сказать, что насилие – это следствие некоего

нарушения в работе психики, центральной нервной системы или социальных отношений.

Однако стоит отметить тот факт, что в различные исторические эпохи определенные формы насильственных отношений были естественной частью социальных отношений, из-за чего они не воспринимались как нечто неправильное (рабовладельческое общество и феномен рабовладения). Отсюда следует, что возможной причиной насилия является не только некие нарушения в работе психики, центральной нервной системы или социальных отношений, но и сама логика социальных отношений, социокультурных рамок, которые внутри себя содержат скрытый процесс насилия.

В наши дни современный человек с европейским, гуманистически-правовым сознанием осудил бы различные проявления системного насилия, которое было в различные временные эпохи (например, инквизиция в Средневековье), но при этом он мог не осудить современные проявления насилия (различные войны на Ближнем Востоке), что опять же указывало бы на различные представления о «нулевой точке действия» в различные исторические периоды, превышение которой являлось бы в сознании человека проявлением насилия.

Все эти рассуждения указывают на сложность феномена насилия, на его включенность в социальные отношения, социальные институты.

Цель работы

Понять структуру насилия, его роль в социальных отношениях, в социальных институтах и определить причины поддержки или осуждения насилия людьми на примере средневековой инквизиции.

Материалы и методы

Материалом и исследовательской базой послужили работы исследователей в области средневековой инквизиции. Для анализа социальных отношений использовались структуралистский, психоаналитический подход, воплощенный в структурном психоанализе Жака Лакана. Методологической основой работы стали методы анализа, историко-системный, ретроспективный и синхронный методы исторического анализа.

Результаты и обсуждение

Как было сказано выше, насилие обладает более глубокой включенностью в социальные процессы, чем это может показаться на первый взгляд. Словенский философ Славой Жижек сравнивает насилие с айсбергом, где наверху виднеется индивидуальное, субъективное насилие, но остальная часть «айсберга» спрятана от взгляда. В целом, Жижек выделяет три формы насилия:

1) Субъективное (очевидные акты агрессии);

2) Системное (насилие, создаваемое институтами и сложившейся системой отношений);

3) Символическое (скрытое давление языка, идеологии и социальных норм) [1].

Прежде всего стоит начать с символического насилия. Любое установление норм и правил является, по Жижеку, насильственным. Господин указывает подчиненному, как тому стоит поступать в различных ситуациях, как и что ему желать и т.д. Говоря языком психоанализа, создается фантазм (рамка желания), которая помогает субъекту ориентироваться в мире. [2].

Установление символического порядка – это установление некой «нулевой точки действия», области (около) нейтральных на взгляд субъекта действий. Эту задачу в Средние века выполняла Церковь, которая определяла, как должен жить и поступать в различных ситуациях человек, определяла рамки хорошего и плохого поведения, то есть создавалась идеология, которая предопределяло поведение человека. И человек, будучи носителем идеологии, без внешнего принуждения следовал определенным нормам.

В рамках христианского мировоззрения страдание нормализовывалось. Страдание являлось тем способом бытия, который мог привести к спасению. Также крайне благородным делом было распространение христианства и борьба с противниками Христа, и Церковь определяла, какие можно использовать инструменты и способы для этой благой цели [3, 4, 5], что могло приводить к переводу (на наш современный взгляд) насильственных и ужасных действий в область «нулевой точки действия». Люди могли спокойно донести на того, кто казался им «нечистым», хотя их никто не заставлял. Созданная Церковью ценностная «матрица» давила на субъектов, заставляя их делать те или иные действия.

Однако для поддержания идеологии нужны носители идеологии. Главным носителям идеологии как раз и являлась Церковь. Для поддержания порядка и

структуры власти должны были существовать институты и социальные процессы, которые бы сохраняли целостность системы. Если говорить про современный мир, то концепция свобод и прав человека защищается государством, которое может использовать для защиты репрессивные методы. В Средние же века для сохранения сложившегося порядка была создана инквизиция, которые проводила публичные казни (аутодафе), порядок проведения которых был «бюрократически» расписан до мелочей. [3, 4, 5] Через эти казни поддерживался авторитет Церкви и также уничтожались элементы, которые могли навредить порядку. Становится понятно, что проводимые практики не были каким-то эксцессом, а являлись следствием внутренней логики существующей системы, то есть были проявлением системного насилия.

В свою же очередь для проведения различных процессов нужны были исполнители. Говоря о казнях, одну из главных ролей играл палач. Именно он приводил приговор в исполнение. Возвращаясь к ситуации с доносами, мы видим опять же свободное действие единичного субъекта, направленное против другого человека, то есть происходило субъективное насилие.

Первая инквизиция появилась еще в 1184 году как реакция на зарождение и рост популярности катаристских идей на юге Франции. Оформился институт инквизиции при папе Григории IX (1227–1241), когда он наделил полномочиями по преследованию ереси монахов нищенствующих орденов — доминиканцев и францисканцев.

Расцвет инквизиции в Европе пришелся на XIII–XVI века. Наибольшего развития этот институт достиг в католических странах (Испания, Италия и Португалия).

Принято выделять следующие особенности процесса инквизиции:

1. Дознание начиналось с тайного доноса или публичного обвинения, чаще всего было тайным.

2. Обвиняемому не предъявляли конкретных обвинения, требуя от него «чистосердечного признания во всех преступлениях против веры».

3. Для получения признательных показаний применялись пытки, хотя в теории их нужно было прекращать при угрозе жизни подозреваемого.

4. После вынесения приговора обвиняемый передавался светским властям и подвергался наказанию в соответствии с законами страны, в которой он проживал (сожжение, повешение, четвертование, пожизненное заключение и др.).

Выводы

Из всего выше сказанного становится ясно, что феномен насилия структурно делится на несколько уровней:

1) Идеология насильно формирует представление о мире, ценностные ориентиры и институты;

2) Институты для поддержания своего порядка могут проводить различные репрессивные мероприятия;

3) Эти мероприятия будут осуществляться за счёт людей.

Для борьбы с насилием крайне важно бороться не только с его индивидуальными проявлениями, но и с самой системой, которая это насилие создает. Говоря про наше время и, в частности, про бытовое насилие, нужно понимать, что для решения этой проблемы нужно бороться также и с системой, и мировоззрением, которое нормализует проявления насилия и сводит их к «нулевой точке действия».

Средневековая инквизиция породила совершенно особый феномен насилия, которое воспринималось в общественном сознании как что-то вполне нормальное и естественное, а процессы сожжений еретиков проходили как целые шоу, собиравшие на площадях большие толпы людей. Такое восприятие порождает особое отношение к такому феномену – как некое веселье, развлечение, и одновременно порождает неуверенность средневекового сознания, иррациональность мышления средневекового человека.

Список литературы

1. Жижек С. О насилии. — М.: Европа, 2010. — С. 11–59.
2. Устинов А.Л. Арзамасцев Е.А, Улыбушев Т.И. Олимпийские игры и их влияние на сознание человека // Системная интеграция в здравоохранении. – 2024. – Т. 66, №5 – С. 5–11.
3. Ли Г.Ч. История инквизиции. Современная версия / Генри Чарлз Ли; пер. А.В. Башкирова; под ред. С.Г. Лозинского. — М.: Эксмо, 2007. — 512 с.
4. Лозинский С.Г. История инквизиции в Испании. — СПб.: Лань, 1994. — 472 с
5. Бейджент М., Ли Р. Инквизиция / пер. с англ. А.Б. Овалова. — М.: Эксмо, 2006. — 320 с.