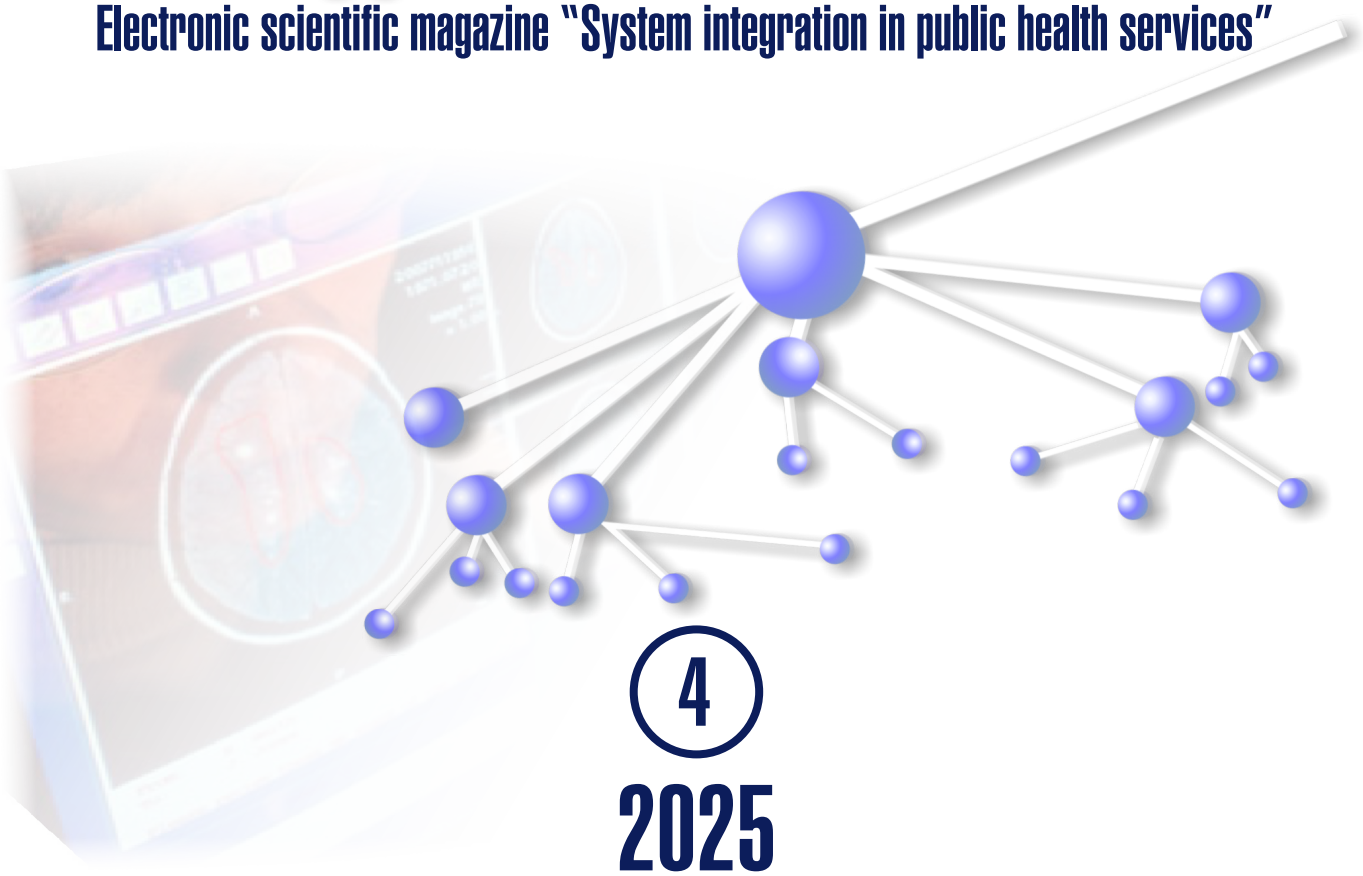
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
З 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



4
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

№ 4 (70) 2025

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

Уважаемые читатели!



Поздравляем Вас с наступающим Новым 2026 годом, желаем крепкого здоровья, счастья, творческих и научных успехов, а главное – мирного неба над головой в Новом году. Представляем очередной, последний в уходящем году выпуск сборника «Системная интеграция в здравоохранении», в котором представлены последние научные достижения как молодых ученых, так и мастодонтов медицинской, психологической, педагогической науки.

Год уходящий был годом новых научных поисков, ярких и интересных исследований, открытий и побед. Но это и был год тяжелых потерь. 14 ноября на 82-м году жизни нас покинул выдающийся советский и российский ученый, педагог, профессор, доктор физико-математических наук, ведущий специалист по системотехнике, зав. Кафедрой технической физики Уральского федерального университета им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина Сергей Людвигович Гольдштейн, инициатор создания электронного научного журнала «Системная интеграция в здравоохранении», вице-президент регионального уральского отделения Международной академии информатизации, президент Свердловских отделений МАНПО и МАНОИ. Член объединенного ученого совета по математике, информатике и механике при Президиуме УрО РАН, награжден медалями ВДНХ СССР за аппаратуру и методы управления для электротехнологий, основоположник научно-инженерного направления по системно-интеллектуальной и аппаратно-информационной поддержке нечетких технологий. Сергей Людвигович был постоянным автором нашего журнала, за 2008–2025 гг. в «Системной интеграции в здравоохранении» им было опубликовано 88 статей по актуальным проблемам системотехники и в здравоохранении. В 1981 году создал научно-учебную лабораторию «Системотехники высокотемпературных электротехнологических объектов» с набором установок для натурного эксперимента и комплексом оборудования для моделирования и управления, поддержанные вычислительными мощностями автоматизированных систем. В 1990 г. совместно со Станиславом Степановичем Набойченко впервые на Урале открыл новое направление в Уральском политехническом институте (УГТУ-УПИ) по подготовке системотехника в здравоохранении. Основные результаты работы Сергея Людвиговича связаны с пятью областями деятельности: аппаратура и способы исследования электротехнологий и управления ими; моделирование нечётких технологий; системотехника нечётких технологий; системы знаний для нечётких технологий и управление знаниями; системно-интеллектуальные и компьютерно-информационные аспекты подготовки кадров в вузе. Памяти Сергея Людвиговича посвящается данный выпуск сборника.

Выпуск представлен тремя разделами: актуальные проблемы психологии, актуальные проблемы экономики здравоохранения и актуальные проблемы истории медицины. В первый раздел вошли работы по психологическому консультированию женщин с

аутодеструктивным поведением, проблемам профессиональной дезадаптации молодых специалистов, по конструированию поведения младших школьников и по инструментам диагностики суицидального риска. Второй раздел представлен трудами по проблемам прогнозирования деятельности медицинских организаций, формированию их финансовой отчетности и проблемам повышения экономической эффективности деятельности лечебных учреждений. Третий раздел представлен работой по организации оспопрививания на Урале на рубеже XIX-XX вв. Уже традиционным стал раздел «Читальный зал», в котором анализ ключевых проблемных аспектов гипоксиллии при преподавании хирургии студентам-педиатрам, а также подводятся итоги применения игровых и дискуссионных форм работы со студентами Медицинского университета при изучении социально-гуманитарных дисциплин.

Леонардо да Винчи говорил: «Плох тот ученик, который не превосходит учителя». Мы все – в известной степени ученики Сергея Людвиговича. Превзойти такого Учителя – задача архисложная, и до ее воплощения, конечно, еще очень далеко. Но хочется верить, что авторы сборника приложат все усилия, чтобы поднимать свой профессиональный и исследовательский уровень.

Надеемся, что этот выпуск позволит глубже познакомиться с актуальными проблемами современных исследований в психологии, истории медицины и здравоохранении и вызовет интерес читателей, и в новый год мы войдем с новыми актуальными и интересными исследованиями.

Доктор медицинских наук, врач высшей категории,
главный врач ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Дугина Елена Александровна

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ

Гервасьева Е.В., Садовникова О.Н.
ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЖЕНЩИН С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ 6

Набойченко Е.С., Русакова К.М.
СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 23

Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ИЛИ ЗАЧЕМ НУЖНЫ НАСТАВНИКИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ?.....37

Берсенёва Л.В.
ИГРА БЕЗ ПРАВИЛ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ "НЕПОСЛУШНОГО" КОНСТРУИРОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ 57

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федосеева О.Б., Перминова И.М., Борзунова Т.И., Хайбуллин А.Э.
БАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СПРОСА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 88

Мустафина О.В., Федосеева О.Б., Шарипов А.Ф.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ БУХГАЛТЕРСКОЙ (ФИНАНСОВОЙ) ОТЧЕТНОСТИ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ..... 96

Дмитриева С.Л., Борзунов И.В., Шарипов А.Ф.
ПЛАНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 103

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Пономарева О.Н., Устинов А.Л., Попова А.В.
ОСПОПРИВИВАНИЕ В ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ НА РУБЕЖЕ XIX–XX ВЕКОВ.....112

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П., Набойченко Е.С.
ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПОСКИЛЛИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИИ В ИНСТИТУТЕ ПЕДИАТРИИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....120

Устинов А.Л., Винокуров Д.С.
ДИСКУССИОННЫЕ И ИГРОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОГО ЦИКЛА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ИЗДЕРЖКИ 131

© Гервасьева Е.В., Садовникова О.Н.

УДК 740

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЖЕНЩИН С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Гервасьева Е.В.[1], Садовникова О.Н.[2]

[1] ***ФГАОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»***, *г. Екатеринбург, Российская Федерация,*

[2] ***ФГАОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»***, *г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Резюме. Проблема аутодеструктивного поведения женщин является актуальной в современной психологии и требует глубокого анализа. В статье представлены психоаналитические подходы к пониманию данного феномена (З. Фрейд, М. Кляйн, А. Фрейд, У. Бион, О. Кернберг и др.), раскрывающие роль влечения к смерти, агрессии и ранних объектных отношений. Особое внимание уделяется связи саморазрушительных тенденций с внутренними конфликтами, нарушением идентичности и травматическим опытом. Основная цель исследования – теоретическое обоснование психоаналитического подхода к консультированию женщин с аутодеструктивным поведением.

Ключевые слова: психоанализ, аутодеструктивное поведение, влечение к смерти, агрессия, суицидальные тенденции, самоповреждение, внутренние конфликты, объектные отношения, идентичность, консультирование женщин.

THEORETICAL JUSTIFICATION OF THE PSYCHOANALYTICAL APPROACH IN PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF WOMEN WITH SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR

Gervasyeva E.V.[1], Sadovnikova O.N.[2]

[1] *Ural State Pedagogical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

[2] *Ural State Pedagogical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

Summary. The problem of women's self-destructive behavior is highly relevant in modern psychology and requires thorough analysis. The article presents psychoanalytical approaches to understanding this phenomenon (S. Freud, M. Klein, A. Freud, W. Bion, O.

Kernberg, and others), revealing the role of the death drive, aggression, and early object relations. Special attention is given to the connection between self-destructive tendencies, inner conflicts, identity disturbances, and traumatic experiences. The main purpose of the study is the theoretical justification of the psychoanalytical approach to counseling women with self-destructive behavior.

Key words: psychoanalysis, self-destructive behavior, death drive, aggression, suicidal tendencies, self-harm, inner conflicts, object relations, identity, counseling women.

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что аутодеструктивное поведение было и остаётся явлением, содержащим множество малоизученных аспектов, исследуемым специалистами различных областей науки, особенно таких, как психиатрия, психология, социология, педагогика и других.

Изучение аутодеструктивного поведения у людей в последние годы приобретает всё большую актуальность в связи широким распространением данного явления, как в России, так и в мире, в целом.

Аутодеструктивное поведение можно определить как комплекс действий или бездействий, осуществляемых индивидом в отношении себя, которые отходят от установленных социальных норм и приводят к нанесению значительного вреда его психическому и физическому здоровью, социальной адаптации и даже жизни. Это поведение включает в себя не только сознательные поступки, направленные на саморазрушение, в том числе суицидальные акты, но также и действия с неосознаваемыми последствиями, которые могут не иметь явной цели лишения себя жизни, но ведут к значительному самоповреждению. Оно включает широкий спектр проявлений: от самоповреждающего поведения и суицидальных попыток до деструктивных зависимостей и форм агрессии, направленной на самого себя.

Для женщин проблема аутодеструктивного поведения имеет особую актуальность, поскольку именно у них чаще проявляются трудности, связанные с формированием идентичности, спецификой объектных отношений и влиянием ранних психотравмирующих переживаний. Проблема требует комплексного анализа не только на уровне поведенческих проявлений, но и в контексте бессознательных процессов, что делает психоаналитический подход особенно значимым.

Основы понимания деструктивности личности были заложены в трудах З. Фрейда, который в ряде работ («Печаль и меланхолия», 1917; «По ту сторону принципа удовольствия», 1920) разработал концепцию влечения к смерти, связывая её с агрессивными импульсами и механизмами суицидального поведения. Его идеи нашли дальнейшее развитие у М. Кляйн (1948), показавшей, что конфликт между инстинктами жизни и смерти формирует фундаментальную тревожность младенца и определяет особенности дальнейшего психического развития. Анна Фрейд (1946) в своих работах уделяла внимание механизмам психологической защиты и их роли в становлении аутодеструктивных тенденций у детей и подростков.

Важный вклад в разработку психоаналитических представлений о саморазрушении внесли и другие исследователи. У. Бион (1962) описывал самоповреждение как проявление атак на связь (attacks on linking), отражающих сопротивление психики процессу контейнирования и осмысления травматического опыта. К. Меннингер (1938) выделил триаду бессознательных стремлений — умереть, убить и быть убитым, рассматривая их как основу суицидальных импульсов. Э. Фромм (1973) в «Анатомии человеческой деструктивности» предложил дифференцировать доброкачественную и злокачественную агрессию, подчёркивая влияние культурных и социальных факторов. А. Грин (1983) разработал концепцию «мертвой матери», связывая саморазрушение с фиксацией на травматической утрате и неспособностью её символизировать.

Современные исследователи продолжают развивать психоаналитический взгляд на проблему. Так, О. Кернберг (1975) интерпретировал самоповреждения и суицидальные тенденции как следствие нарушенной идентичности при пограничных личностных расстройствах. Д. Анзье (1995) акцентировал внимание на телесных аспектах психического развития, где кожа и ранние сенсорные переживания становятся основой символизации и формирования образа тела. М. Хирш (2000) рассматривал аутодеструкцию как следствие действия травматического интроекта, превращающегося в внутренний объект-преследователь. У. Заксе (2004) обозначил различие между суицидальными и самоповреждающими действиями, указывая на их разные динамические функции.

Актуальность психоаналитического подхода к исследованию аутодеструктивного поведения женщин заключается в том, что он позволяет выйти за пределы описания симптоматики и объяснить глубинные бессознательные механизмы.

Психоанализ рассматривает саморазрушение не только как поведенческий акт, но и как результат сложных внутренних конфликтов между Эросом и Танатосом, между Я и Сверх-Я и Оно, между реальным и внутренне переживаемым объектом. Это делает возможным глубинное понимание мотивов и динамики деструктивного поведения, а также открывает перспективы разработки эффективных стратегий консультирования и психотерапии.

Таким образом, обращение к психоаналитической традиции (Фрейд, 1917; 1920; Кляйн, 1948; Бион, 1962; Меннингер, 1938; Фромм, 1973; Грин, 1983; Кернберг, 1975; Анзье, 1995 и др.) является не только теоретически обоснованным, но и практически необходимым шагом в исследовании аутодеструктивного поведения женщин и в разработке психотерапевтических подходов к работе с данной категорией клиентов.

Цель работы

Теоретическое обоснование психоаналитического подхода к пониманию и консультированию женщин с аутодеструктивным поведением, а также выявление глубинных психологических механизмов, лежащих в основе данного феномена.

Материалы и методы

В качестве основного материала исследования использованы труды классиков и представителей современного психоанализа, посвящённые проблеме аутодеструктивного поведения и деструктивных влечений (З. Фрейд, 1917, 1920; М. Кляйн, 1948; А. Фрейд, 1946; У. Бион, 1962; К. Меннингер, 1938; Э. Фромм, 1973; А. Грин, 1983; О. Кернберг, 1975; Д. Анзье, 1995; М. Хирш, 2000; У. Заксе, 2004 и др.). Анализировались ключевые концепции, посвящённые природе влечения к смерти, механизмам агрессии, особенностям объектных отношений и формированию идентичности в контексте женской психологии. Методологической основой исследования является психоаналитический подход, позволяющий рассматривать аутодеструктивное поведение не только как симптом или поведенческую реакцию, но и как проявление бессознательных конфликтов и глубинной динамики личности.

В работе применены методы:

1. теоретический анализ классических и современных психоаналитических концепций;

2. сравнительно-аналитический метод, позволивший сопоставить различные подходы к пониманию феномена;

3. обобщение научных данных для выявления закономерностей и интеграции психоаналитических идей в целостное теоретическое обоснование.

Результаты и обсуждение

Психоаналитические объяснения аутодеструктивного поведения являются чрезвычайно сложными, нередко запутанными, неоднозначными и даже противоречивыми. Тема деструктивности и влечения к смерти неоднократно поднималась и обсуждалась в психоаналитической среде.

З. Фрейд на протяжении всей своей жизни развивал теорию влечений. Эволюция его взглядов на этот вопрос прослеживается в ряде его работ, что привело к формулировке первой и второй дуалистических теорий влечений. Первая дуалистическая теория, окончательно изложенная в работе «Влечения и их судьбы», противопоставляла инстинкт самосохранения, направленный на защиту индивида, и половое влечение, нацеленное на продолжение рода [1]. Однако исследования нарциссизма, мазохизма и агрессии выявили противоречия в этом противопоставлении. Неудовлетворённость первой теорией и интерес к теме смерти, проявившийся у Фрейда после 1920 года, привели к пересмотру его идей. Еще задолго до введения понятия «влечения к смерти» он описывал в 1881 году случай Анна О., которая в течение нескольких суток отказывалась от еды, била окна в своем доме и пыталась осколками стекла вскрыть себе вены [2]. В 1901 году в своей работе «Психопатология обыденной жизни» З. Фрейд вспоминает о случае 1898 года, когда один из его пациентов покончил с собой из-за неизлечимой болезни половых органов [3].

В своей работе «Печаль и меланхолия» З. Фрейд закладывает основы понимания суицидальных наклонностей, подчеркивая, что за актом полного разрушения «Я» скрывается агрессия, направленная на неудовлетворяющий объект, которая впоследствии интернализуется и укореняется в «Я». Фрейд утверждает, что обвинения, которые суицидальный человек высказывает в адрес самого себя, на самом деле адресованы объекту, хотя граница между субъектом и объектом сильно размыта. Ключевым механизмом здесь является интроекция разочаровывающего объекта, его поглощение и последующая идентификация с ним. В любовных отношениях человек частично проецирует свое «Я» на объект любви, но в большей степени ассимилирует этот объект в свое «Я», стремясь к метафорическому слиянию с ним. Эго, насыщенное объектом, обогащается за счет этой интеграции. Потеря такого важного объекта,

реальная или лишь предвосхищаемая, вызывает сильный внутренний конфликт между Сверх-Я и ослабленным Я, связанным с этим объектом. Сверх-Я становится жестокой карающей силой, которая обвиняет и терзает Я, подталкивая его к саморазрушительному поведению, от нанесения себе повреждений до суицида. Фрейд называет это «нарциссической идентификацией» [4].

Открытие самого деструктивного влечения принадлежит Сабине Шпильрейн. Однако сам термин «влечение к смерти» в ее работе «Деструкция как причина становления» в качестве концепта не фигурирует, но уже в дневниках, письмах и других документах он уже употребляется именно как концепт. Так, например, в дневнике С. Шпильрейн есть запись о том, что она пишет работу о «влечении к смерти» [5]. Фрейд объединяет эти разрозненные взгляды С.Шпильрейн, а также других исследователей (Адлер, Юнг, Штекель и др.) в одну связную теорию.

Основные положения второй дуалистической теории были сформулированы в работе «По ту сторону принципа удовольствия». Согласно новой теории, влечение к смерти (агрессивность) противопоставлялось влечению к жизни, которое включало сексуальные инстинкты и инстинкты самосохранения. «Если мы примем как не допускающий исключения факт, — писал Фрейд, — что всё живущее вследствие внутренних причин умирает, возвращается к неорганическому, то мы можем сказать: целью всякой жизни является смерть, и обратно — неживое было раньше, чем живое… Некогда какими-то совершенно неизвестными силами пробуждены были в неодушевлённой материи свойства живого… Возникшее тогда в неживой перед тем материи напряжение стремилось уравновеситься: это было первое стремление возвратиться к неживому» [6].

Идея влечения к смерти не нашла однозначного принятия среди учеников Фрейда, лишь постепенно психоаналитики начали развивать ее в своих трудах, все чаще находя подтверждения такого драйва проявления на практике. Психоаналитики вернулись ко второй теории влечений уже после смерти Фрейда.

Теория влечения к смерти занимает важное место в работах британского психоаналитика Мелани Кляйн, которая развила идеи Фрейда, придав им новое значение в контексте раннего детского развития и формирования психики.

Кляйн считала, что влечение к смерти — это одна из фундаментальных сил, действующих в психике с самого рождения. Одним из базовых положений ее теории является конфликт, исходящий из изначальной борьбы между инстинктами жизни и

смерти. Этот конфликт является врожденным и проявляется с момента рождения. Рождение само по себе – это сокрушающая травма, которая дает начало постоянно сопутствующей тревожности в отношениях с окружающим миром. Согласно её теории, агрессивные импульсы и стремление к деструкции — это проявления влечения к смерти, и они играют ключевую роль в раннем развитии ребёнка. Эти импульсы порождают страх разрушения, который является основой для многих психических процессов, особенно для формирования механизмов защиты.

Кляйн предложила концепцию параноидно-шизоидной позиции — одной из ранних фаз развития, в которой младенец проецирует свои агрессивные и разрушительные импульсы на внешние объекты, воспринимая их как опасные и преследующие. В этой позиции младенец испытывает сильный страх за свою жизнь, что связано с внутренним влечением к смерти. Этот страх формирует его отношение к внешнему миру и ведёт к расщеплению объектов на «хорошие» и «плохие», что помогает защититься от тревоги и агрессии.

Позже ребёнок переходит к следующей фазе — депрессивной позиции, где он начинает интегрировать «хорошие» и «плохие» аспекты объектов и осознаёт, что разрушительные импульсы направлены на тех, кого он также любит. Это вызывает чувство вины и стремление к репарации, что, по мнению Кляйн, является важным шагом в психическом развитии и формировании здоровых отношений.

Таким образом, влечение к смерти в теории Мелани Кляйн не только проявляется через агрессию, но и играет важную роль в развитии детской психики, в формировании механизмов защиты, вины и стремления к восстановлению разрушенных связей [7].

Анна Фрейд в своей работе «Детский психоанализ» рассматривает природу взаимосвязей между сосуществующими в детской психике фантазиями избиения и мечтами (милыми историями). Инстинктивные влечения постоянно оказываю стимулирующее для психики воздействие на нее. Фантазии об избиении являются удовлетворением сексуальных желаний, в то время как детские мечты (милые истории) выступают в качестве вместилища для вытесненных влечений. В фантазии родителей А. Фрейд находит ту же закономерность: подавленная чувственная борьба находит свое выражение в мечтах об избиении, ее антагонистом выступает симбиотическое слияние с ребенком [8].

В теории Уилфреда Биона аутодеструктивное поведение тесно связано с его концепциями влечения к смерти и атак на связь (attacks on linking). Неблагоприятное окружение и неблагоприятная врожденная предрасположенность, по его мнению, способствуют появлению в психике психотических реакций, которые могут выражаться во враждебном отношении к психическому аппарату, сознанию, а также внутренней и внешней реальности, хотя это может и не создавать препятствий развитию нормальной личности и не проявляться в поведении [9].

Однако если эти факторы чрезмерны и оказываются доминирующими в психике младенца, в частности, вследствие чувств ненависти и зависти, младенец будет не в состоянии использовать опыт проективной идентификации даже с матерью, наделенной способностью воображения. «Зависть, возбуждаемая грудью, дающей любовь, понимание и мудрость, создает проблему, которая разрешается путем разрушения альфа-функции» [10]. Аннулирование альфа-функции, в свою очередь, влечет за собой распад заполнение психики «странными объектами» – бета-элементами, отмеченными следами Я и Сверх-Я. Это может привести к тому, что человек будет избирать деструктивный способ избегания фрустрации и боли путем нападок на ту часть психического аппарата, которая способна их воспринимать. Аутодеструктивное поведение в теории Биона можно понимать как неосознаваемый процесс, где внутренние разрушительные импульсы (влечение к смерти) направлены на психику индивида, разрушая его способность к адаптации, мышлению и эмоциональной интеграции. Этот процесс осложняется тем, что индивид активно сопротивляется контейнированию и осмыслению собственного опыта, выбирая деструктивный путь разрушения, вместо интеграции негативных аспектов опыта в свою личность.

Точку зрения о роли агрессии в суицидальном поведении отстаивал и Карл Меннингер. Меннингеру принадлежит взгляд на самоубийство, согласно которому в душе истинного самоубийцы сходятся воедино три желания – желание умереть, желание убить и желание стать жертвой (быть убитым). При этом первоосновой всех этих желаний Меннингер однозначно считал агрессию. Так, в частности он писал: «…скрупулезный анализ глубинных мотивов самоубийства подтверждает гипотезу о нескольких факторах … толкающих человека на крайность. К ним относятся: 1) импульсы, исходящие из природ-ной агрессивности, проявленной как желание убить;2) исходящие из агрессивности импульсы, трансформированные сознанием в

желание быть убитым;3) стечение обстоятельств, когда примитивные инстинкты саморазрушения и желание убить проявляются во взаимодействии с более сложными мотивировками, что значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению» [11].

Необходимо отметить тот факт, что во многих психоаналитически ориентированных теориях личности агрессия выступает одним из основополагающих звеньев типологии. Разные виды агрессии и разрушительности, а также их предпосылки рассматривает в своей работе «Анатомия человеческой деструктивности» Эрих Фромм, выделяя доброкачественную (разрушение или ущерб в условиях отсутствия злого умысла; врожденный механизм, являющийся неотъемлемым компонентом инстинкта самосохранения) и злокачественную (наличие злонамеренности; результат культурных и социальных влияний) агрессию [12].

Андре Грин, французский психоаналитик и один из значимых теоретиков современной психоаналитической мысли, уделял большое внимание теме саморазрушения в психике человека. В своих работах он развивал идеи о том, что саморазрушение связано с определенными аспектами внутренних конфликтов и процессов, происходящих в бессознательном. Грин ввел концепцию "мертвой матери", которая возникает в психике индивида как следствие травматических потерь или переживаний. Это может быть утрата материнского объекта или связи с ним, например, из-за депрессии, эмоциональной недоступности, что приводит к тому, что ребенок ощущает пустоту и отсутствие жизненности в психическом мире. "Мертвая мать" становится источником депрессии и саморазрушения.

Если человек не может должным образом символизировать травматический опыт или потерю, это может привести к фиксации на самих этих переживаниях. Неспособность переработать и символически интегрировать травму способствует развитию деструктивных тенденций, направленных как на внешний мир, так и на себя. В некоторых случаях саморазрушение выступает как неосознаваемая попытка справиться с глубинными психическими страданиями. Человек может стремиться разрушить части своей личности, связанные с болезненным опытом, пытаясь таким образом избавиться от боли [13].

Современные психоаналитики утверждают, что происхождение самоповреждающих тенденций в психике человека во много зависит от качества эмоциональной связи с первичными объектами любви.

Если функция отзеркаливания отсутствует или повреждена, это может привести к формированию такой психической организации, в которой внутренние переживания представлены крайне слабо, что приводит к необходимости искать иные формы компенсации физического опыта. К ним относятся, например, самоповреждение или поведение, враждебное по отношению к другим.

Нарушение этой функции запускает отчаянный поиск альтернативных способов контейнирования вызванных им мыслей и интенсивных переживаний. Ребенок интернализует в свое самоощущение психику другого, вместе с ее искаженным, отсутствующим или негативным его образом. Этот образ становится тем зерном, из которого впоследствии вырастает потенциально преследующий объект, находящийся в Я, однако остающийся ему чуждым и неассимилированным. Возникает отчаянное стремление к сепарации в надежде обрести автономную идентичность или существование.

Внутренний объект-преследователь также можно назвать травматическим интроектом, который после своего отделения проецируется на тело. Когда имеет место непоследовательное представление об объектах как думающих и чувствующих существах, тогда их можно в какой-то мере контролировать, держать на дистанции или, наоборот, приближать за счет телесных ощущений [14]. Саморазрушение становится выходом из дилеммы: Освобождение Я от Другого путем разрушения Другого внутри этого Я. Это означает, что в первичной символической деятельности телесные ощущения, по крайней мере частично, представляют своего рода материнскую заботу – и что, в патологическом случае, самоповреждение может определяться как присутствием «матери», так и освобождением от травматически неадекватной внутренней «матери».

М. Хирш считает, что внутренний объект-преследователь также можно назвать травматическим интроектом, который после своего отделения проецируется на тело. «Когда имеет место непоследовательное представление об объектах как думающих и чувствующих существах, тогда их можно в какой-то мере контролировать, держать на дистанции или, наоборот, приближать за счет телесных ощущений». Саморазрушение становится выходом из дилеммы: «Освобождение Я от Другого путем разрушения Другого внутри этого Я. Это означает, что в первичной символической деятельности телесные ощущения, по крайней мере частично, представляют своего рода материнскую заботу – и что, в патологическом случае, самоповреждение может

определяться как присутствием «матери», так и освобождением от травматически неадекватной внутренней «матери». Для него эта мысль является ключевой для понимания деструктивных телесных проявлений, когда поврежденное, страдающее, зудящее, кровоточащее, а также сексуально возбужденное тело создает те ощущения, которые обеспечивают иллюзию присутствия материнского объекта [15].

С точки зрения М. Хирша, Я в каждой из разных форм саморазрушения всегда различно: при суицидальных тенденциях Я *сливается воедино* с плохим, злым, а также утерянным объектом (подразумеваемом как представление об объекте). Центральный механизм здесь – интроекция разочаровывающего объекта, его принятие-в-себя, и последующая идентификация в различных формах. Динамика самоповреждающего поведения, напротив, основывается не на процессах интроекции и слияния, а на *диссоциации* Я. Его части, обычно телесное Я, отделяются от всего остального, воспринимаясь и используясь как внешний объект. Поскольку агрессия может быть направлена только против отдельной части самости, Я может сохранять свою целостность. Очевидно, именно это имеется в виду, когда говорят о профилактике суицида через самоповреждение. В диссоциированной части Я находится изначально травматичный, разочаровывающий объект – и одновременно образ-представление детского жертвенного Я в первичной нарциссической идентификации, который, впрочем, заметно локализуется лишь в одной части Я и не идентичен всему Я [15].

Ульрих Заксе рассматривает феномен самоповреждения и его сложную связь с суицидальными тенденциями. Заксе утверждает, что самоповреждение может выполнять функцию "профилактики суицида". В его понимании, физическая боль от самоповреждения может действовать как механизм снятия или уменьшения эмоционального напряжения, которое могло бы привести к суицидальной попытке. Таким образом, самоповреждение становится своеобразной альтернативой суициду — способом справляться с невыносимыми чувствами, не доходя до более радикальных действий. Самоповреждение выступает и как способ управления интенсивными эмоциональными состояниями, такими как тревога, гнев, стыд или чувство пустоты. Физическая боль становится средством "разрядки" внутреннего напряжения, которое иначе может перерасти в деструктивное поведение или суицидальные импульсы. Одной из важных тем в книге является различие между самоповреждением и суицидом. Хотя на первый взгляд эти феномены могут казаться схожими, Заксе утверждает, что динамика и функции у них разные. Самоповреждение, по его мнению,

направлено на сохранение жизни через разрядку напряжения, в то время как суицидальная попытка имеет иную цель — прекращение жизни. Однако он также признает, что эти формы поведения могут пересекаться в клинической практике, особенно среди подростков и людей с пограничным расстройством личности. Заксе отмечает, что самоповреждение часто связано с ранними травматическими переживаниями и нарушениями в отношениях привязанности. В его понимании самоповреждение может быть выражением бессознательной агрессии, направленной как на себя, так и на внешние объекты. Это может включать в себя чувство вины, стыда или стремление к самонаказанию [16].

Самоповреждение по Отто Кернбергу относится к концепции в рамках его теории пограничных личностных расстройств (ПРЛ) и связано с внутренней динамикой человека, находящегося в состоянии крайней эмоциональной нестабильности. Кернберг исследовал такие проявления в контексте нарушений идентичности и механизмов защиты, которые свойственны людям с пограничными расстройствами личности. Кернберг указывал на то, что у людей с ПРЛ присутствует нарушенная идентичность. Это проявляется в сильной дезинтеграции "Я", когда человек не способен удерживать стабильное ощущение себя. В результате этого внутреннего хаоса самоповреждение может быть использовано как попытка почувствовать себя реальным, подтвердить своё существование через физические ощущения, когда эмоциональная реальность кажется размытой или невыносимой. Пограничные личности склонны к расщеплению, когда они видят мир в крайностях: "хорошее" и "плохое". Самоповреждение может возникать как реакция на невозможность интегрировать положительные и отрицательные аспекты своего опыта. Когда "плохие" чувства кажутся всепоглощающими, самоповреждение может служить способом выразить или справиться с этой невыносимой внутренней болью.

В рамках модели Кернберга, самоповреждение часто является реакцией на крайние эмоциональные состояния, такие как интенсивная тревога, злость или депрессия. Из-за сложности в управлении эмоциями, самоповреждение становится своего рода "разрядкой", способом справиться с невыносимыми чувствами.

Люди с пограничными расстройствами нередко испытывают глубоко укоренённое чувство вины или стыда. Самоповреждение может быть способом само-наказания за воспринимаемую "плохость" или провалы в отношениях, что связано с внутренним переживанием ненависти к себе. Оно может приносить временное ощущение контроля

или искупления в глазах человека. Чувство всемогущества и независимости, даже триумфа, описывается у Отто Кернберга: «У многих пациентов с тенденциями к самоповреждению, которые, нанося себе боль (порезами, ожогами и т.д.), пытаются таким образом избавиться от разного рода напряжения, иногда наблюдается очевидное стремление обрести эту власть над телом и гордость от возможности саморазрушения, своего рода чувство всемогущества и гордости от того, что его удовлетворение не зависит ни от кого больше»[17].

Самоповреждение также может использоваться как способ воздействия на значимых других. Оно может стать формой коммуникации, когда человек не способен выразить свои потребности, страхи или злость вербально. Таким образом, самоповреждение может сигнализировать окружающим о внутреннем кризисе и необходимости помощи.

Подход Дидье Анзье интересен тем, что он основывает развитие психики на телесных ощущениях, где кожа играет ключевую роль. Эти телесные ощущения, как внешние, так и внутренние, в процессе взаимодействия с первичным объектом (матерью) приобретают новое значение. Анзье выделяет четыре этапа символизации: сначала ребенок воспринимает психические явления как нечто жидкое или газообразное, способное растекаться; затем возникает способность переносить отсутствие, хотя мысли о нем все еще нуждаются в поддержке и контейнере, а внутреннее и внешнее остаются двумерными; далее формируется внутреннее пространство объектов, доступ к проективной идентификации и трехмерности, а финальная стадия приводит к установлению объектных отношений.

Эти стадии могут проходить в произвольном порядке, и на каждом этапе могут возникнуть затруднения. Неспособность почувствовать целостность границ тела может мешать различать сами объекты и их представления, как, например, если ядро личностных переживаний не отделено от симбиотических отношений с матерью. Еще один важный элемент для развития символизации — звуковая оболочка. По Анзье, младенец не просто переходит от жестов к звукам, наполняя их смыслом, а проходит два параллельных процесса, которые необходимо учитывать и преодолевать на пути к символизации. Ссылаясь на теорию привязанности Джона Боулби [18], Анзье связывает контакт с матерью через привязанность с формированием базового доверия, которое позволяет исследовать мир. Это доверие важно для дальнейшей сепарации от матери, поскольку его отсутствие делает разлуку с ней невыносимой,

мешая формированию понятия отсутствия и способности к символизации. Кожа в этом контексте остается важным каналом для физического контакта и направлением материнского внимания. Запечатлеть образ людей, отсутствие которых невыносимо, на коже можно, например, с помощью татуировки, однако при ссоре или расставании тату на коже мо- жет стать объектом атаки или агрессии [19].

Н. Мак-Уильямс в своих работах было уделено внимание роли психологических защит в процессе формирования саморазрушающего поведения, как пример, химическую зависимость она считает формой проявления изоляции. Также ею были приведены примеры использования отрицания признания химической зависимости, усвоения форм саморазрушающего поведения по механизму идентификации.

Если делать акцент на психологическом состоянии людей с саморазрушающим поведением, то можно выделить следующие причины его формирования:

- отсутствие смысложизненных ориентаций;
- неумение ставить перед собой цели и их реализовывать;
- неумение общаться и приобщать себя к группе (неосознание своей групповой роли, несформированность коммуникативной компетенции, и т.д.);
- отсутствие должного внимания со стороны семьи, родителей, супруга;
- акцентуации характера (например, демонстративность, когда хочется выделиться, чтобы тебя заметили) [20].

Выводы

Аутодеструктивное поведение женщин представляет собой сложный и многомерный феномен, связанный с глубинными бессознательными процессами, конфликтами между влечениями жизни и смерти, нарушениями идентичности и особенностями объектных отношений.

Теоретический анализ показал, что в психоаналитической традиции (З. Фрейд, 1917, 1920; М. Кляйн, 1948; А. Фрейд, 1946; У. Бион, 1962; К. Меннингер, 1938; Э. Фромм, 1973; А. Грин, 1983; О. Кернберг, 1975; Д. Анзье, 1995; М. Хирш, 2000; У. Заксе, 2004 и др.) данная проблема рассматривается как результат сложного взаимодействия бессознательных импульсов, ранних травматических переживаний и нарушенной динамики объектных отношений.

Психоаналитический подход позволяет не только глубже понять внутренние механизмы саморазрушительных тенденций, но и рассматривать их в контексте индивидуальной истории личности, её эмоциональных связей и особенностей

психического развития. Это обосновывает высокую актуальность применения психоанализа в консультировании женщин с аутодеструктивным поведением.

Практическая значимость исследования заключается в том, что выявленные механизмы и психодинамические закономерности могут быть использованы для разработки эффективных стратегий психотерапевтической помощи. Работа с бессознательными конфликтами, реконструкция объектных отношений, формирование более интегрированной идентичности и символизация травматического опыта открывают перспективы снижения деструктивных тенденций и восстановления психического равновесия.

Таким образом, психоаналитическое понимание аутодеструктивного поведения женщин не только расширяет теоретическую базу современной психологии, но и обладает важным прикладным потенциалом в практике психологического консультирования и психотерапии.

Список литературы:

1. Фрейд З. Влечения и их судьба— М.: ЗАО ЭКСМО-Пресс , 1999 .- 432 с.
2. Фрейд З., Брейер Й. «Исследования истерии» Перевод Сергей Панкова – ВЕИП.: Санкт-Петербург, 2005. – (Серия: Собрание сочинений в 26 томах) – ISBN: 5-88787-024-9
3. Фрейд, З. Психопатология обыденной жизни / З. Фрейд ; переводчик О. Л. Медем. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 144 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-20311-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/557936 (дата обращения: 22.09.2025).
4. Фрейд З. Печаль и меланхолия – Москва; Минск // Основные психологические теории в психоанализе / З. Фрейд. – Москва : АСТ ; Минск : Харвест, 2006. – С. 176-193.
5. Шпильрейн С. Психоаналитические труды. — Ижевск: ERGO, 2008.
6. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия: перевод со 2-го немецкого издания / Зигмунд Фрейд ; с вступ. ст. М. В. Вульф. — Москва : Современные проблемы. Н. А. Столляр, 1925. — 110 с. : 17 см — (Научная библиотека современных проблем).

7. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайман П. Развитие в психоанализе. [Электронный ресурс] URL: https://www.psychol-ok.ru/lib/klein/rvp/rvp_06.html (дата обращения 22.09.2025).
8. Фрейд А. Введение в детский психоанализ; Норма и патология детского развития; "Я" и механизмы защиты / Анна Фрейд. – Минск: Поппури, 2004. – 448 с. – Тираж 8000 экз. – 23,52 усл. печ. л. – ISBN 985-483-181-7.
9. Бион У. Р. Внимание и интерпретация. – СПб.: ВЕИП, 2010. – 192с.
10. Бион У. Р. Научение через опыт переживания. – М.: Когито – центр, 2008. – 128 с.
11. Меннингер К. Война с самим собой. Серия: Психология XX век Издательство: М.: Эксмо-Пресс, 480 страниц; 2001 г.
12. *Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности*: Перевод / Авт. вступ. ст. П. С. Гуревич. — М.: Республика, 1994. — 447
13. Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа / под. ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. – СПб. : Питер, 2005. – С. 333-361.
14. Хирш М. Тело как объект психоанализа [Электронный ресурс] // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. – 2017. – № 1. [Электрон. науч. журн.] URL: https://psyjournal.ru/articles/telo-kak-obekt-psihoanaliza (дата обращения: 22.09.2025).
15. Хирш М. Это мое тело… и я могу делать с ним что хочу. - М.: Когито–Центр, 2018 – 381 с.
16. Заксе Ульрих Аутодеструктивное поведение. Психодинамика – Психотерапия. Травма, диссоциация и ее лечение. Издательство Vandenhoeck & Ruprecht, Гёттинген 1994. - 6. издание 2002.
17. Кернберг, О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / Отто Ф. Кернберг; Пер. с англ. и науч. ред. А. Ф. Ускова. — Москва : Независимая фирма "Класс", 1998. — 364,[3] с. : 21 см — (Библиотека психологии и психотерапии).; ISBN 5-86375-103-7 (В пер.).
18. Дж. Боулби Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В.В.Старовойтова —2-е изд. — М.: Академический Проект, 2004.— 232 с. —(Руководство , практического психолога).

19. Анзьё, Д. Я-кожа; пер. с фр. под науч. ред. С .Ф . Сироткина, М .Л. Мельниковой. — Ижевск : ERG O , 2011. —XXXIV , 302 с. — (Серия «Психоанализ ergo»).
20. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе Издательство Класс, 592

© Набойченко Е.С., Русакова К.М.

УДК 159.9.072.53

СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Набойченко Е.С.[1], Русакова К.М. [1]

[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье представлен обзор современных методов диагностики суицидального риска. Рассматриваются клинико-психологические подходы, психометрические шкалы и опросники, нейробиологические индикаторы и инновационные цифровые технологии. Проведен сравнительный анализ эффективности и ограничений каждого из подходов. Подчеркивается необходимость комплексного использования диагностических инструментов с учетом их специфики, контекста применения и культурной адаптации. Представленные материалы имеют практическую значимость для специалистов в области клинической психологии, психиатрии и профилактики суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, диагностика, суицидальный риск, психометрия, психическое здоровье.

MODERN TOOLS FOR ASSESSING SUICIDE RISK: A LITERATURE REVIEW

Naboychenko E.S.[1], Rusakova K.M.[1]

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

Summary. This article provides a comprehensive review of modern tools used to assess suicide risk. It examines clinical and psychological approaches, psychometric scales and questionnaires, neurobiological indicators, and innovative digital technologies. A comparative analysis of the effectiveness and limitations of each approach is conducted. The review highlights the necessity of using a combination of diagnostic tools, considering their specificity, context of application, and cultural adaptation. The presented materials have practical value for professionals in clinical psychology, psychiatry, and suicide prevention.

Keywords: suicide, assessment, suicide risk, psychometrics, mental health.

Введение

Суицидальное поведение представляет собой сложную медико-социальную проблему, остающуюся одной из наиболее острых и актуальных в современном обществе. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире 720 тысяч человек заканчивают жизнь самоубийством[33], при этом, количество незавершенных суицидов превышает это число минимум в 20 раз.[6] Суицид входит в тройку ведущих причин смерти лиц в возрасте от 15 до 29 лет.[33] В последнее время, число совершаемых суицидальных попыток в России продолжает увеличиваться.[2] По данным ВОЗ, в России, среди взрослого населения на 100 тыс. человек совершается 20 попыток, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раз. Особенно резкий рост уровня самоубийств отмечается у трудоспособных мужчин.[6]

На сегодняшний день, в практике оценки суицидального риска применяются как клинико-психологические методы, так и стандартизированные психометрические инструменты. Несмотря на распространённость этих подходов, нередко отмечаются трудности, связанные с их применением, а также ограниченная адаптация к культурно-специфическим аспектам.[8] Это снижает их диагностическую чувствительность в ряде регионов. Одновременно усиливается интерес к разработке инновационных методов, основанных на цифровых технологиях: машинном обучении, анализе данных, нейросетевых алгоритмах.[3] Эти подходы демонстрируют высокую прогностическую точность, но сопровождаются рядом нерешенных вопросов — в частности, связанных с этикой, правовыми аспектами, защитой персональных данных и валидностью интерпретаций.

Таким образом, систематизация современных методов диагностики суицидального риска является актуальной научной и практической задачей. Подобный анализ позволит определить наиболее применимые в российских условиях подходы к раннему выявлению лиц группы риска, а также сформулировать предложения по оптимизации профилактической работы в образовательной, медицинской и социальной сферах.

Цель работы

Проанализировать современные подходы к анализу суицидального риска, с целью обобщения данных, представленных в литературных источниках.

Материалы и методы

Исследование выполнено в формате нарративного обзора научной литературы, направленного на анализ современных методов диагностики суицидального риска. Поиск публикаций осуществлялся в базах данных PubMed, ScienceDirect, Scopus, Web of Science и НЭБ за период с 2020 по 2025 гг. с использованием ключевых слов «суицид», «суицидальное поведение», «суицидальный риск», «диагностика», suicide, suicidal behavior, suicide risk assessment, psychometric scales, neurobiological markers, artificial intelligence. В обзор включались отечественные и зарубежные рецензируемые публикации, содержащие описание и анализ клинико-психологических, психометрических, нейробиологических и цифровых методов оценки суицидального риска.

Результаты и обсуждение

В вопросе профилактики самых разнообразных расстройств и болезной существует аксиома — она невозможна без своевременной диагностики. Однако сложная, многофакторная природа суицидальности требует интеграции различных диагностических подходов. Современная практика располагает множеством валидированных методов, но их диагностическая эффективность во многом зависит от контекста применения, квалификации специалиста и доступности ресурсов. В связи с этим, возникает необходимость в систематизации имеющихся инструментов и критической оценке их потенциала. Далее рассмотрены основные группы методов, используемых в диагностике суицидального риска.

Клинико-психологические методы. Данные методы традиционно включают клиническое интервью и наблюдение, на основании которых формируется экспертное заключение. В процессе обследования специалист собирает информацию о наличии суицидальных мыслей, планов, попытках в анамнезе и факторов риска. Несмотря на существование стандартизированных инструментов, которые мы рассмотрим ниже, клиническое интервью является центральным элементом диагностики. Оно позволяет установить доверительный контакт, что с большей долей вероятности, приведет к самораскрытию пациента [8]. К преимуществу данного метода также относится гибкость и вариативность. Клиническое интервью легко адаптировать для каждого конкретного человека, что позволяет более точно оценивать контекст суицидальных мыслей.

В то же время, данные методы отчасти субъективны, их результаты могут зависеть от навыков, опыта и личностных особенностей специалиста. Для повышения

надежности результатов стали использовать структурированные и полуструктурированные интервью. [8]. Так, например, в некоторые диагностические интервью, такие как SCID (Structured Clinical Interview for DSM) [23], MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) [31], были включены модули, диагностирующие суицидальные мысли и склонность к рискованному поведению [9].

В последние годы разработаны специальные методики, ориентированные именно на выявление суицидального риска. Так, Дж. Манном и соавт. представлено расширенное интервью для сбора подробного суицидального анамнеза Columbia Suicide History Form [24] (на основании нее, позже будет разработана шкала C-SSRS). Существуют также протоколы, рекомендуемые для применения при подозрении на суицидальный риск. Так, рекомендуемый Американской ассоциацией суицидологии, протокол Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T), включает 5 шагов:

1) Определение факторов риска: обращается внимание на те факторы, которые можно изменить, чтобы снизить риск;

2) Определение защитных факторов, их поддержка и усиление;

3) Исследование суицидальных мыслей, планов, поведения и намерений;

4) Выбор вмешательства для уменьшения риска;

5) Оформление документации: оценка риска, обоснование, вмешательство и последующее наблюдение [32].

Данная система позволяет комплексно оформить полученную информацию при оценке риска.

Помимо неструктурированных методик, существуют также структурированные опросники — анкеты. Например, опросник LINE (Linehan Risk Assessment & Management Protocol), представляющий собой чек-лист для оценки факторов остро возникшего суицидального кризиса [21].

Отдельно следует упомянуть инновационные подходы к клиническому интервью. Так, например, Галынкер и соавт. предложили учитывать субъективное переживание врача при общении с суицидальным пациентом. Данное предложение легло в основу концепции “Суицидального кризисного синдрома”, распознавание которого строится на интуитивном ощущении угрозы у самого эксперта, при взаимодействии с обследуемым. В нарративно-кризисной модели акцент делается на анализе истории обследуемого, его “нарратива” о жизненных трудностях, и одновременном

отслеживании у пациента признаков эмоционального кризиса, которые могут предшествовать попытке [14]. Данный подход требует от специалиста высокой квалификации и опыта, тем не менее, авторы высказывают предположения, что он повышает доверие и улучшает диагностику.

Разумеется, клинико-психологические методы не могут использоваться как самостоятельный инструмент диагностики. Пациенты не всегда готовы раскрываться врачу из-за страха недобровольной госпитализации, общественных установок относительно данной темы, или страха осуждения. Оптимальным методом оценки является сочетание данной группы методов с инструментами, представляющими более объективный результат, такими можно считать психометрические шкалы и опросники.

Психометрические шкалы и опросники. Психометрические шкалы остаются одним из наиболее распространенных инструментов первичной оценки суицидального риска. Они имеют ряд преимуществ, таких как стандартизированность, простота применения, доступность, скорость проведения. Немаловажным является возможность количественно оценить выраженность суицидальных мыслей, намерений или факторов риска. В недавнем систематическим обзоре было рассмотрено около 20 различных инструментов для оценки суицидального риска [9].

Несмотря на то, что единого "золотого стандарта" в диагностике суицидальности не существует, в исследовании, представленном Е. Андреотти и соавт., отмечено, что наиболее часто авторы применяют шкалу суицидальной идеации Бека (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI) и Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицидальных намерений (C-SSRS).[9] Так, в выборке из 206 научных работ BSI упоминалась в 6,3% случаев, а C-SSRS – в 4,4%, тогда как остальные инструменты – существенно реже.[9] BSI — инструмент, разработанный А. Беком и соавт., в основе которого лежит опросник шкалы суицидальной идеации. Он включает 19 утверждений, оцениваемых по градуированной шкале; суммарный балл отражает выраженность суицидальных мыслей и желаний.[10] Отмечено, что шкала хорошо валидирована и обладает высокой внутренней надежностью. Она применяется в клинической практике для мониторинга динамики суицидальных мыслей, у пациентов с депрессией и другими психическими расстройствами. Тем не менее, BSI фокусируется преимущественно на текущих мыслях и не учитывает отдельные поведенческие аспекты. C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) — структурированная клиническая шкала, оценивающая

как суицидальные идеи, так и суицидальные попытки. Полная версия содержит до 18 вопросов. В практических целях часто используют сокращенные версии. C-SSRS позволяет отдельно измерять тяжесть суицидальной идеации и суицидальное поведение.[26] Шкала показала способность прогнозировать последующие суицидальные попытки как у уже склонных к суициду пациентов, так и у лиц без суицидальной истории. Достоинствами данных шкал является стандартизация терминологии и критериев суицидальности, благодаря чему они активно используются как в научных исследованиях, так и в практической деятельности.

Среди других инструментов, применяющихся для диагностики и оценки суицидального риска можно отметить: Шкалу суицидальных намерений Аарона Бека (Beck Suicide Intent Scale, SIS). Она представляет собой 15-пунктовый инструмент, обычно применяемый для оценки степени намерения у пациентов после суицидальной попытки.[11] Модифицированную шкалу суицидальных намерений представил Миллер и соавт. (MSSI). Она включает 18 пунктов и обладает повышенной валидностью по сравнению с оригинальной SIS [22]. Опросник SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised) это краткий скрининговый инструмент, включающий всего 4 пункта. SBQ-R охватывает разные измерения суицидальности: 1. наличие суицидальных мыслей/попыток в прошлом; 2. частота возникновения суицидальных мыслей; 3. угроза возникновения попытки самоубийства; 4. субъективная вероятность суицидального поведения в будущем [25].

В клинической практике нередко используется опросник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — шкала для скрининга депрессии, включающая вопрос №9 о наличии мыслей о собственной смерти или самоповреждении. Положительный ответ на этот пункт считается индикатором суицидального риска и требует дальнейшего углубленного опроса [18].

Отдельно следует упомянуть, методики, разработанные отечественными авторами. Например, разработанная Г.В. Старшенбаумом “Шкала суицидального риска” включает 28 вопросов, сгруппированных по трем критериям: постоянные факторы риска, переменные факторы и противосуицидальные (защитные) факторы.[7] По результатам диагностики результат интерпретируется по уровням риска. Также применяются “Опросник суицидальной готовности” (ОСР) А. Г. Шмелева (1992 г.), или в модификации Т. Н. Разуваевой (1993 г.). Опросник состоит из 29 утверждений и нацелен на выявление суицидальных мыслей и намерений, а также аффективных

состояний [5]. Опросник оценки суицидальности (ООС), созданный В. Полдингером и Дж. Вайдером в адаптации для военных, основан на концепции пресуицидального синдрома Э. Рингеля и позволяет за короткое время выявить наличие суицидальных тенденций [4].

Однако, следует отметить, что немаловажную роль в точности результатов опросников играет искренность обследуемого. Отмечается также, что шкалы фиксируют состояние на момент опроса и могут не уловить быстрых изменений настроения [8]. Наконец, большинство опросников акцентируют либо на идеацию, либо на факторы риска, и не охватывают всю полноту факторов суицидальности [9].

Нейробиологические методы. Современные исследования в области нейронаук открывают перспективы изучения и поиска биологических маркеров суицидального поведения. К нейробиологическим методам диагностики относят функциональную и структурную нейровизуализацию мозга, электрофизиологические исследования, а также молекулярно-генетические и нейроэндокринные маркеры, которые потенциально могли бы указывать на повышенный суицидальный риск.[29] Данные методы, в настоящее время, используются в основном в исследовательских целях. Однако, накопленные знания уже позволяют лучше понимать, какие биологические маркеры потенциально могли бы указывать на повышенный суицидальный риск, а также наметить пути к наиболее объективной диагностике риска. На сегодняшний день, в исследованиях отмечены следующие инструменты нейробиологической диагностики:

Нейровизуализация (МРТ, фМРТ). Многочисленные исследования показывают, что при суицидальной идеации и особенно у лиц, совершавших попытки, наблюдаются отличия в активности и связности определенных нейронных сетей мозга [12]. В частности, дисфункция выявлена в сети пассивного режима работы мозга (DMN), отвечающей за самореферентные размышления: у пациентов с активными суицидальными мыслями отмечены нарушения связи в DMN по данным фМРТ и ЭЭГ [12]. Повышенная функциональная связь между лобными и теменными областями может отражать патологическое застревание на суицидальных мыслях [27]. Пока что ни один конкретный нейровизуальный биомаркер не обладает достаточной специфичностью для индивидуального прогноза. Однако, в перспективе, комбинации фМРТ-показателей могут лечь в основу объективной диагностики [15]. Следует помнить, что широкому клиническому применению фМРТ препятствуют высокая

стоимость и трудоемкость, поэтому актуальны поиски более доступных нейробиологических маркеров.

Энцефалография (ЭЭГ). Метод ЭЭГ дешевле и доступнее МРТ, поэтому, он исследуется как потенциальный инструмент объективного выявления суицидальных состояний. Данные ЭЭГ показывают некоторые отличия в мозговой активности суицидальных пациентов. Например, в покое у депрессивных пациентов с суицидальными мыслями зафиксировано снижение мощности бета- и гамма-ритмов по сравнению с нормой.[30] Авторы предполагают, что ЭЭГ может стать доступным и объективным методом скрининга суицидальных состояний [12]. Однако, как и в случае с МРТ, необходимы дальнейшие исследования для валидации данных методов.

Генетические и биохимические маркеры. В данных исследованиях особое внимание привлекают кандидатные гены, связанные с серотонинергической системой. В частности вариации генов фермента синтеза серотонина TPH1 и TPH2 ассоциированы с повышенным риском суицидальных попыток [17]. Также изучены гены дофаминовой, гипоталамо-гипофизарно-адреналовой систем, нейротрофические факторы (например, BDNF) – некоторые аллели чаще встречаются у совершивших суицид людей.[13] Современный обзор Джонстона и соавт., 2022 г. отмечает, что за последние 5 лет накопилось множество данных по биомаркерам суицида, но пока они не достигают применения в клинический практике [16]. Разумеется, данные методы могут позволить качественно повысить уровень объективной диагностики, однако на сегодняшний день они остаются достаточно дорогостоящими, а их внедрение в клиническую практику недостаточно обосновано.

Цифровые технологии и искусственный интеллект. Современная цифровая эпоха предоставляет нам новые инструменты сбора и анализа данных, которые также находят свое применение в области диагностики суицидального риска. Они включают анализ данных социальных сетей, использования машинного обучения для прогнозирования суицидальных действий [19]. Данные подходы к диагностике еще изучаются, но уже демонстрируют обнадеживающие результаты в научных исследованиях [19]. Так, например, анализ социальных медиа и интернет-активности, позволяет прогнозировать суицидальные действия по записям в социальных сетях, поисковым запросам, публикациям в блогах. Методы языковой обработки и машинного обучения позволяют автоматически выявлять тексты с признаками суицидальной идеации.

Исследование 2018 г. продемонстрировало алгоритм SAIPH (Suicide Artificial Intelligence Prediction Heuristic), способный по истории постов пользователя предсказать возникновение у него суицидальных мыслей в будущем [28]. В данный момент, существует огромное множество исследований, демонстрирующих потенциал применения искусственного интеллекта в диагностике суицидального риска. Отмечается, что они позволяют осуществлять непрерывный мониторинг за каждым отдельным человеком, эффективны для раннего предупреждения рисков, и могут помочь значительно облегчить диагностику специалистам. Однако, как и в любой инновации, существует множество проблем, которые еще предстоит решить исследователям. В частности, речь идет о вопросах приватности и этики, а также юридической ответственности за результаты диагностики.

Несмотря на высокий потенциал всех рассмотренных методов, каждый из них имеет как сильные стороны, так и определенные ограничения. Для лучшего понимания возможностей и ограничений различных подходов к диагностике суицидального риска, ниже представлена обобщающая таблица (Таблица 1), в которой сравниваются ключевые группы методов по сфере их применения и выявленным ограничениям.

Таблица 1

Сфера применения и ограничения методов диагностики суицидального риска

Метод диагностики	**Сфера применения**	**Ограничения**
Клинико-психологический	1. Ситуации явного суицидального кризиса 2. Углубленное обследование пациентов с факторами риска 3. Формирование клинического заключения и плана вмешательства	1. Зависимость от честности пациента. 2. Риск ложноположительных результатов при формальном подходе 3. Узкая фокусировка: оценивается в основном идеация, без учета ситуативного контекста

Психометрические шкалы и опросники	1. Массовый скрининг для оценки суицидального поведения. 2. Быстрая оценка риска у обратившихся пациентов (первичный прием) 3. Мониторинг динамики суицидальных мыслей (повторное заполнение)	1. Результаты зависят от субъективной оценки эксперта. 2. Трудоемкость и длительность 3. Не все пациенты готовы в открытую говорить о данной теме.
Нейробиологические методы	1. Научные исследования для выявления биомаркеров суицидального поведения 2. Оценка долговременного биологического риска у пациентов с тяжелыми расстройствами 3. Уточняющая диагностика в специализированных центрах	1. Недоступны в рутинной практике, вследствие дороговизны и отсутствия оборудования. 2. Нет четких пороговых критериев, т.к. большинство биомаркеров неспецифичны для суицида
Цифровые технологии и искусственный интеллект	1. Непрерывное наблюдение за пациентами высокой группы риска после выписки 2. Раннее оповещение при обнаружении сигнала опасности	1. Требует согласия пациента и соблюдения конфиденциальности (возможны отказы и юридические ограничения) 2. Высокий процент ложных тревог – риск “усталости” от

	3. Дополнительная помощь врачу	сигналов и потери доверия к системе 3. Сложности интерпретации: медицинский персонал должен дополнительно обучаться работе с выводами ИИ

Выводы

Диагностика суицидального риска — это сложная многоуровневая задача, которая требует применения различных методов, подходов и инструментов. Анализ литературы показал, что наиболее надежные результаты достигаются путем использования комплексной стратегии. При этом нам необходимо понимать особенности каждого конкретного метода, ведь ошибка в диагностике суицидального поведения может стоить слишком дорого для пациента. Современные вызовы в области психического здоровья диктуют необходимость не только совершенствования существующих эметодов, но и внедрения инновационных решений. Практическая значимость проведенного обзора заключается в возможности определить наиболее перспективные диагностические подходы, способные повысить эффективность раннего выявления суицидального риска и, как следствие, своевременно среагировать на кризисное состояние человека. Именно это становится ключом к построению действенной профилактической системы, способной адаптироваться к изменяющимся условиям современной социальной среды.

Список литературы

1. Банников, Г. С., Вихристюк, О. В., Галынкер, И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. — 2020. — Т. 28, № 1. — С. 8–24. — https://doi.org/10.17759/cpp.2020280102.
2. Верещагина, Н. В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: автореф. дис. … канд. мед. наук. — Новосибирск, 2003. — 20 с.
3. Гашкаримов, А. Р., Гашкаримова, А. Р., Гашкаримова, А. Р. Использование методов машинного обучения в диагностике и прогнозировании клинических особенностей

шизофрении: нарративный обзор // Консорциум психиатрии. — 2023. — Т. 3, № 3. — С. 45–60. — DOI: 10.17759/cp.2023030304.

4. Гуренков, Т. Н., Голубева, О. Ю., Тарасова, А. А. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения. — М., 2009.
5. Разуваева, Т. Н. (сост.). Диагностика личности. — Шадринск: Исеть, 1993.
6. Самохин, Д. В. Клиника и профилактика суицидального поведения в молодом возрасте: дис. … канд. мед. наук: 14.01.06. — М., 2015.
7. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психология. — М.: Когито-Центр, 2005. — 564 с.
8. Чистопольская, К. А., Журавлёва, Т. В., Ениколопов, С. Н., Николаев, Е. Л. Вопросы диагностики суицидального риска: где, когда и как // Консультативная психология и психотерапия. — 2023. — Т. 31, № 2. — С. 8–27. — DOI: 10.17759/cpp.2023310202.
9. Andreotti, E. T., Ipuchima, J. R., Cazella, S. C., Beria, P., Bortoncello, C. F., Silveira, R. C., Ferrão, Y. A. Instruments to assess suicide risk: a systematic review // Trends Psychiatry Psychother. — 2020. — Vol. 42, № 3. — P. 276–281. — DOI: 10.1590/2237-6089-2019-0092.
10. Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1979. — Vol. 47, No. 2. — P. 343–352. — DOI: 10.1037/0022-006X.47.2.343.
11. Beck, R. W., Morris, J. B., Beck, A. T. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale // Psychological Reports. — 1974. — Vol. 34, No. 2. — P. 445–446. — DOI: 10.2466/pr0.1974.34.2.445.
12. Chin Fatt, C. R., et al. Active suicidal ideation associated with dysfunction in default mode network using resting-state EEG and functional MRI — Findings from the T-RAD Study // Journal of Psychiatric Research. — 2024. — DOI: 10.1016/j.jpsychires.2024.06.016.
13. Dwivedi, Y. Brain-Derived Neurotrophic Factor and Suicide Pathogenesis // The International Journal of Neuropsychopharmacology. — 2012. — Vol. 15, No. 8. — P. 1037–1052. — DOI: 10.1017/S1461145711001523.
14. Galynker, I. The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. — New York: Oxford University Press, 2017. — 344 p.
15. Gao, M., Wong, N. M. L., Lin, C., et al. Multimodal brain connectome-based prediction of suicide risk in people with late-life depression. — 2023.

16. Johnston, J. N., Caruncho, H. J., Henter, I. D., Campbell, D., et al. Suicide biomarkers to predict risk, classify diagnostic subtypes, and identify novel therapeutic targets: five years of promising research // The International Journal of Neuropsychopharmacology. — 2021. — Vol. 25, No. 3. — DOI: 10.1093/ijnp/pyab083.
17. Khalil, M., Kalyoncu, A., Bellon, A. Genetics of Suicide // Genes (Basel). — 2025. — Vol. 16, No. 4. — Article 428. — DOI: 10.3390/genes16040428.
18. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure // Journal of General Internal Medicine. — 2001. — Vol. 16, No. 9. — P. 606–613. — DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
19. Lejeune, A., Berrouiguet, S. Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Article 8988272. — DOI: 10.3389/fpsyt.2022.8988272.
20. Lejeune, A., Le Glaz, A., Perron, P. A., et al. Artificial intelligence and suicide prevention: a systematic review // European Psychiatry. — 2022. — Vol. 65, No. 1. — P. 1–22. — DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.8.
21. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Ward-Ciesielski, E. F. Assessing and Managing Risk With Suicidal Individuals // Cognitive and Behavioral Practice. — 2012. — Vol. 19, No. 2. — P. 218–232. — DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001.
22. Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., Dow, M. G. The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and Validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1986. — Vol. 54, No. 5. — P. 724–725. — DOI: 10.1037/0022-006X.54.5.724.
23. Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., Parnas, J. Diagnostic reliability of a structured psychiatric interview in first-admission psychiatric patients // Psychiatry. — 2012. — № 10 (WPA special issue). — P. 182–185.
24. Oquendo, M. A., Halberstam, B., Mann, J. J. Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments // In: First, M. B. (ed.) Standardized Evaluation in Clinical Practice. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 2003. — P. 103–130.
25. Osman, A., Bagge, C. L., Guitierrez, P. M., et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples // Assessment. — 2001. — Vol. 5. — P. 443–454.
26. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With

Adolescents and Adults // American Journal of Psychiatry. — 2011. — Vol. 168, No. 12. — P. 1266–1277. — DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.

27. Ren, Y., Li, M., Yang, C., et al. Suicidal risk is associated with hyper-connections in the frontal-parietal network in patients with depression // Translational Psychiatry. — 2025. — Vol. 15, Article 49. — DOI: 10.1038/s41398-025-03249-y.
28. Roy, A., Nikolitch, K., McGinn, R., et al. A machine learning approach predicts future risk to suicidal ideation from social media data // NPJ Digital Medicine. — 2020. — Vol. 3, Article 78. — DOI: 10.1038/s41746-020-0287-6.
29. Schmaal, L., van Harmelen, A.-L., Chatzi, V., et al. Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies // Biological Psychiatry. — 2020. — Vol. 87, No. 2. — P. 106–118. — DOI: 10.1016/j.biopsych.2019.08.017.
30. Shamsi, F., Azadinia, F., Vafaee, F. Association of resting-state EEG with suicidality in depressed patients: a systematic review // BMC Psychiatry. — 2025. — Vol. 25, Article 24. — DOI: 10.1186/s12888-024-06464-x.
31. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10 // Journal of Clinical Psychiatry. — 1998. — Vol. 59, Suppl. 20. — P. 22–33.
32. U.S. Department of Health and Human Services. SAFE-T: Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage. — HHS Publication No. (SMA) 09-4432. — Rockville, MD: SAMHSA, 2009. — 2 p. — URL: https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/safetcard.pdf (дата обращения: 25.05.2025).
33. World Health Organization. URL: https://www.who.int (дата обращения: 21.05.2025).

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

УДК 316.454.54

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ИЛИ ЗАЧЕМ НУЖНЫ НАСТАВНИКИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ?

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

[1] ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург, Россия

[2] МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства (институт)», г. Екатеринбург, Россия

[3] ФГАОУ «Уральский федеральный университет имени Первого президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного в августе-сентябре 2024 г. и посвященного изучению состояния и перспектив развития наставничества среднего медперсонала в государственном здравоохранении Свердловском области (n=1122). Проанализированы ведущие страхи молодых специалистов, способствующие развитию профессиональной дезадаптации и последующему возможному разочарованию в выбранной профессии. На основе экспертных интервью показаны возможности наставничества в преодолении страхов «новичков», их успешной адаптации в медсестринских коллективах, закреплении на рабочих местах и создании условий для длительной работы в государственных медицинских организациях.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, профессиональная дезадаптация молодых специалистов, психоэмоциональное напряжение и негативная реакция коллег, роль и возможности наставничества.

PROFESSIONAL MALADJUSTMENT OF YOUNG PROFESSIONALS, OR WHY ARE MENTORS NEEDED IN PUBLIC HEALTHCARE?

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

[1] Sverdlovsk Regional Medical College, Yekaterinburg, Russia

[2] Yekaterinburg Academy of Contemporary Art (Institute), Yekaterinburg, Russia

[3] Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the results of an applied sociological study conducted in August-September 2024 and dedicated to studying the state and prospects for the development of mentoring of mid-level medical personnel in the public healthcare of the Sverdlovsk region (n=1122). The leading fears of young professionals that contribute to the development of professional maladjustment and subsequent possible disappointment in the chosen profession are analyzed. Based on expert interviews, the potential of mentoring to overcome the fears of "newcomers", facilitate their successful integration into nursing teams, ensure their retention in their positions, and create conditions for long-term employment in public healthcare organizations is demonstrated.

Keywords: nursing personnel, professional maladjustment of young professionals, psycho-emotional stress and negative reactions of colleagues, the role and opportunities of mentoring.

Введение

Одними из наиболее значимых проблем российского здравоохранения, требующих как принятия соответствующих организационных мер, так и детального научного осмысления, являются проблемы сохранения кадрового потенциала врачебных и медсестринских коллективов и сокращения масштабов оттока специалистов из государственных медицинских организаций.

По данным Минздрава РФ [1], в конце 2024 г. дефицит врачей в первичном звене составил 23 тыс., а среднего медперсонала – 75 тыс. чел.; и это при том, что за период 2018-2023 гг. количество штатных должностей названных специалистов сократилось соответственно на 45 тыс. и 163 тыс. единиц. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [2], обеспеченность специалистами среднего звена – медсестрами и акушерками – в пересчете на 10 тыс. населения сократилась в России в 2015-2022 гг. на 25% – с 93,9 до 70,4 чел. (в среднем по миру в 2022 г. – 37,7). Учитывая же радикальные изменения в структуре населения, а именно – рост удельного веса пациентов пожилого и старческого возраста, в первую очередь нуждающегося в долговременном медсестринском уходе и сопровождении, указанная отрицательная динамика вызывает серьезную тревогу.

Целый ряд публикаций отечественных исследователей посвящен изучению профессиональной адаптации на рабочих местах как важнейшей составляющей социального самочувствия специалистов среднего звена с акцентом на изучении

факторов, ей содействующих. Например, О.Д. Воробьева (2015) [3] подчеркивает важность составления индивидуальных планов адаптации молодых специалистов, ориентированных на «максимально быстрое освоение профессиональных компетенций»; Качанов Д.А. и соавт. (2019) [4] акцентируют внимание на влиянии производственных факторов на психофизиологическую адаптацию медработников; Е.Ю. Антохин и соавт. (2010) [5], А.С. Кузнецова и соавт. (2021) [6] – на изучении стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий) как важнейших форм адаптационных процессов и реагирования на стрессовые ситуации; И.В. Федотова и соавт. (2020) [7] – на оценке показателей нервно-эмоционального напряжения в зависимости от особенностей профессиональной деятельности молодых специалистов; Н.В. Ванюхина и соавт. (2022) [8] – на анализе показателей тревожности и жизнестойкости среднего медперсонала как индикаторов профессионально-трудовой адаптации в экстремальных ситуациях (на примере пандемии новой коронавирусной инфекции); и др.

В то же время, куда меньше внимания уделяется «оборотной стороне» медали, а именно анализу того, что *дезадаптирует* молодого специалиста, приходящего на работу в государственную медицинскую организацию после окончания колледжа, и *содействует* его «успешному» выгоранию, разочарованию в выбранной профессии и, в результате, возможному впоследствии уходу из здравоохранения. При этом, на наш взгляд, нельзя просто поменять «плюс» на «минус» и из факторов адаптации вывести их противоположности – факторы дезадаптации, имеющие в первую очередь психоэмоциональную природу своего возникновения.

К тому же, средний медперсонал достаточно редко привлекает к себе внимание в качестве объекта изучения: отдельными примерами тому могут служить публикации, посвященные анализу влияния профессиональных стрессов и особенностей психосоматизации медицинских работников [9, 10], взаимообусловленности заболеваемости и синдрома профессионально-психологической дезадаптации [11], влиянию личностных особенностей и смысложизненных ориентаций [12, 13], возможностей психологической коррекции состояния дезадаптации [14] и др. И все же при том что, согласно подсчетам Е.А. Попинако (2022) [15], удельный вес диссертационных исследований по научной специальности 14.00.00 Медицина, проведенных в 2001-2022 гг. и посвященных проблемам дезадаптации, составил 27,27% от общего числа, уступив только психологии (45,45%), сами медицинские

работники выступали в качестве субъектов дезадаптации лишь в 2,2% (наибольшей же популярностью пользовались обучающиеся – 31,1%, подростки – 24,4%, дети и студенты – по 8,9%).

Цель работы

Анализ страхов, провоцирующих процессы профессиональной дезадаптации молодых специалистов на рабочих местах, и возможностей внедрения наставничества среднего медицинского персонала в организациях государственного здравоохранения.

Материалы и методы

При написании статьи использованы материалы онлайн-опроса среднего медицинского персонала государственных организаций здравоохранения (n=1122), в том числе 27 главных медсестер, проведенного в августе-сентябре 2024 г., и структурированных интервью с главными медицинскими сестрами, работающими в екатеринбургской городской больнице (И1) и центральной районной больнице одного из малых городов Свердловской области (И2). Методы: одномерный и сравнительный анализ, интерпретативный анализ экспертных интервью. Исследование проведено по Плану государственного задания Министерства здравоохранения Свердловской области (2024 год).

Результаты и обсуждение

Респондентам, принявшим участие в исследовании, был задан вопрос о том, какие препятствия возникают на пути успешной адаптации молодых специалистов среднего звена, пришедших на работу в медицинскую организацию, с предложением выбрать все возможные варианты из готового списка утверждений (рис. 1).



Рис. 1. Препятствия на пути адаптации новых сотрудников (в % от общего числа опрошенных; n=1122; опрошенные могли выбрать неограниченное число вариантов ответа)

Итак, исходя из результатов, полученных в ходе исследования, очевидно, что в сознании молодых специалистов здравоохранения присутствуют 3 группы комплексных страхов, выраженных в постоянном психоэмоциональном напряжении, во многом определяющих поведение на рабочем месте в первые дни и месяцы работы, нарушающих процесс профессиональной адаптации и, при этом, выступающих в своеобразном взаимозависимом единстве, а именно:

1. Страхи – реальные или гипотетические, но вызванные особенностями взаимодействий внутри медсестринских коллективов по поводу неизбежно допускаемых «новичками» ошибок и возможных негативных реакций на них со стороны «старших» коллег;

2. Страхи, провоцируемые естественным и вполне объяснимым осознанием молодым работником недостаточности собственного практического опыта, когда знания и умения, полученные в ходе обучения в медицинском колледже, сталкиваются с текущими реальными требованиями к квалификации специалиста, предъявляемыми уже в период самостоятельной профессиональной деятельности;

3. Страхи, связанные со спецификой взаимодействий с пациентами и их близкими, отражающей особенности как типа и профиля медицинской организации, так и «нозологических проявлений» больных людей в совокупности клинических, лабораторных и инструментальных признаков, характеризующих конкретные заболевания и их последствия.

Первая группа – постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное со страхом допустить ошибку и получить негативную реакцию со стороны коллег – является ведущей; на нее обращает внимание почти половина опрошенных (48%). Одновременно каждый 4-й участник опроса (23%) отмечает настороженное и недружелюбное отношение к «новичкам» внутри медсестринских коллективов, каждый 5-й (19%) – конфликтные отношения, возникающие при взаимодействии молодых специалистов с коллегами, а каждый 6-й (16%) обращает внимание на то, что «новичку» попросту нет возможности обратиться за советом в сложной ситуации к своему непосредственному руководителю.

На вторую группу страхов, препятствующих благоприятной адаптации молодых специалистов на рабочем месте, – постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное с недостаточностью опыта, – указывают чуть меньшее число участников опроса – 43%. Однако при этом показательным является наблюдаемое противоречие

в оценках причин отсутствия опыта: с одной стороны, почти трое из 10-ти опрошенных отмечают недостаточный уровень профессиональной подготовки выпускников колледжей (28%) и отсутствие личной заинтересованности со стороны самих работников овладевать «практическим опытом» (31%), но, с другой стороны, такая же доля респондентов (31%) сетует на отсутствие помощи «новичкам» со стороны коллег по работе.

В результате возникает своеобразная триада: «мало опыта» → «страх ошибки» → «негодование коллег». Наличие указанных страхов в целом может свидетельствовать как о недостаточной сформированности организационной культуры, так и о неблагоприятном морально-психологическом климате, подчас присутствующем в некоторых медсестринских коллективах.

Наконец, третья группа страхов проецируется постоянным психоэмоциональным напряжением, связанным с работой с пациентами и общением с их близкими, – хотя на нее обращает внимание только треть участников опроса (32%), это вовсе не означает, что она не столь важна по значимости по сравнению с особенностями взаимодействий внутри коллективов средних медицинских работников либо с недостатком практического опыта у молодых специалистов.

Страхи перед пациентами и их социальным окружением могут иметь разную природу возникновения. С одной стороны, они могут возникать из-за напряженного режима работы среднего медперсонала – физических нагрузок, переработок и т.п. (на это обращают внимание 29% респондентов), недостаточной технической оснащенности рабочего места (17%), непонимания требований, предъявляемых к результатам работы (15%), или по причине недостаточно четко прописанных должностных обязанностей (12%).

Однако, с другой стороны, развитие таких страхов свидетельствует о наличии пробелов в профессиональной подготовке специалистов на уровне средних медицинских учебных заведений. К примеру, согласно нашему исследованию [16], проведенному весной 2024 г. с целью оценки психологической готовности студентов медицинского колледжа к систематической работе с пациентами пожилого и старческого возраста, выяснилось, что при достаточно высокой самооценке опрошенными своей «теоретической» готовности взаимодействовать со «стариками», выраженной в обладании необходимыми знаниями для оказания квалифицированной помощи, значительная группа студентов – почти 2/5 – сомневается в своих

способностях эффективно действовать «на практике» при возникновении экстремальных ситуаций и в том, что их знаний в этих случаях будет достаточно, а каждый 5-й вообще не уверен в том, что готов сделать все возможное при оказании помощи пожилым пациентам.

Однако при этом, как заметила в интервью одна из наших информанток – главная медицинская сестра екатеринбургской городской больницы (*далее в статье – И1*), подчас возникают ситуации, когда никто не хочет заниматься адаптацией или помощью «новичку», и тому приходится все выяснять самостоятельно: «*Бывает так, что в больнице никто не хочет этим заниматься, никому это неинтересно и ничего этого не надо! Вот тебя поставили на это место и вот, как ты хочешь, так ты и делай. Разбирайся сам…».* С другой стороны, сами молодые специалисты могут оказаться неготовыми к работе, требующей не только огромной персональной ответственности, но и необходимости постоянно меняться, «*быть в курсе событий*»: «*У нас все время что-то происходит, мы все время что-то делаем…, и многие не настроены на это. Они* [молодые специалисты] *говорят – сел, занимаешься своей вот* [работой]*, ну вот, грубо говоря, сел и все, и ты не встаешь. Потом встал, рабочий день закончился, и ты ушел. Ну вот сколько я работаю, по этой причине ушло два человека. То есть конкретно, они проработали два-три месяца, поняли, что не справляются, не хотят, устают. Ну, им не нравится*».

Итак, можно наблюдать, что страхи и стрессовые ситуации, выраженные в постоянном психоэмоциональном напряжении, подстерегают молодого работника как внутри коллектива, так и при общении с пациентами. И, что показательно, «боятся» *в первую очередь* первых, но не вторых. Естественно, что, оказавшись один на один со страхами, не получая своевременной и дружеской помощи со стороны коллег и руководителей медсестринских коллективов, вчерашние выпускники медколледжа испытывают разочарование в выбранной профессии и нередко вообще покидают сферу здравоохранения, полагая, что «*это – не моё*».

При этом налицо очень высокий сформированный запрос молодых специалистов именно на помощь трудовых коллективов и их руководителей в преодолении трудностей адаптации на рабочем месте. Так, по данным нашего исследования [17], проведенного в начале 2023 г., наиболее востребованными для сотрудников государственных медорганизаций со стажем работы *менее одного года* являются: 1) возможность обращаться за помощью к коллегам (79% опрошенных); 2)

доброжелательные отношения в коллективе (67%); 3) получение помощи от непосредственного руководителя (50%).

Очевидно, что молодой специалист, пришедший на свое первое место работы, может столкнуться со сложными ситуациями в первые же дни самостоятельной трудовой деятельности: как отметила другая наша информантка – главная медицинская сестра центральной районной больницы (*далее в статье – И2*), «*у нас пришла медицинская сестра в хирургическое отделение, а вечером поступил тяжелый пациент, и она растерялась. Она села и заплакала. И, конечно, вот в такой момент у нас всегда должен быть человек, который ее поддержит, подскажет, поможет и наставит, подскажет, что сделать*».

Следует заметить, что трудности общения с пациентами в целом составляют серьезную проблему не только для молодого специалиста, но и для опытного «стажиста»: *«Он* [пациент] *тебя может в коридоре… обозвать всеми словами, которые знал и не знал, но ты ему при этом должен помочь. …Нельзя срываться, как бы ты ни хотел, ты должен говорить спокойно, объяснять…, потому что, да, человек больной, он хочет что-то, а не получает его, начинает агрессию… проявлять. Помочь человеку, который по какой-то причине даже может и тебе неприятен, или ты ему неприятен, – мы должны это сделать. Это больной человек, он пришел за помощью, мы ему должны оказать эту помощь, мы должны сделать все, чтобы ему помочь и облегчить его и страдания, и боль, и чтобы у него был какой-то результат от нашей помощи*» (И1).

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости целенаправленной и тщательно спланированной работы по «вхождению» новичков в медицинскую организацию, и здесь важным является не только внедрение наставничества как организационной формы адаптации и назначение наставников, но и формирование общих установок на доброжелательность и поддержку внутри коллектива в целом на основе создания отношений «*аутентичной дружбы*» [18], базирующейся, в первую очередь, на коммуникации.

Наши информантки по этому поводу сообщают, что «*все друг с другом разговаривают, все друг другу помогают. Нету такого, чтобы… тебя бросили, и ты один плаваешь, плаваешь, плаваешь, выгребешь-не выгребешь... Нет, такого нет, очень приятно, когда люди находят дружеское общение на работе. А, соответственно, они будут держаться за эту работу, потому что им комфортно* [и] *даже если тебе не помогут, но тебе скажут, где посмотреть, что увидеть и где прочитать*» (И1); «*все*

отделение всегда… новеньких поддерживает. …У нас чек-листы разработаны на разные направления, потому что деятельность разная. Например, если мы берем фельдшера в предрейсовый кабинет, там один вид деятельности. Если медицинская сестра в терапевтическое отделение, там другой вид деятельности» (И2).

Важным фактором адаптации является знакомство с коллективом и налаживание коммуникаций в разных подразделениях больницы: «*Ежегодно мы проводим… традиционное мероприятие "Добро пожаловать". Новенькие обычно у нас осенью приходят… как раз по завершению медицинских колледжей, и мы проводим такое теплое дружеское торжественное мероприятие*» (И2). А затем: «*…Каждый вторник, с часу до двух, проходит линейка. Собираются и врачи, и медсестры – и "узкие", и участковые. …Все разговаривают после линейки или до линейки, узнают какие-то новости, там приказы, еще что-то. И все знают, к кому обратиться. Мы, например, за помощью к медсестре-неврологу обратились. Она там сказала, что так, как-то вот так вот, будет вот так вот. Все ясно-понятно.* […] *Когда уже не могут какие-то проблемы решить, это точно такое же личное отношение. Кто-то кому-то не нравится, кто-то с кем-то не нашел общество. Без этого ведь тоже никак. Все разные. Тогда уже обращаются к нам… – к старшим, да*» (И1).

При этом важнейшим показателем качественной адаптации являются хорошие взаимоотношения в коллективе («*доброе, позитивное отношение…, что мы поможем, мы не откажем,* [и] *это чувство общности, коллективизма, как бы, от нас его не убирали*»), которые, в первую очередь, должны видеть пациенты, что напрямую отражается в отсутствии жалоб на отношение медперсонала к получателям медицинской помощи – больным и их близким: «*Очень приятно, когда не жалуются именно на отношения. Таких жалоб, ну, очень мало…, что медсестра со мной не поговорила, от меня отмахнулись, мне не оказали помощь, …не поддержали в какой-то вот ситуации, не объяснили… Вот таких жалоб – их очень мало. И это огромный результат. И когда медсестра… не срывается, а все-таки пытается донести до пациента…, который проявляет эту агрессию, они не встречают ее в ответ, это тоже огромный результат. Очень надо стараться, чтобы не проявить агрессию*» (И1).

В то же время, молодому специалисту крайне важно самому сообщать о своих трудностях и просить помощи: «*Главное – разговаривать, главное – общаться. Ну, кто тебе поможет, если ты будешь сидеть, молчать и ничего не говорить? Ну, никто же не придет. …Будешь просить о помощи – тебе будут помогать, будешь спрашивать – будут*

отвечать. Можно "вариться в своем соку", можно закрыться в кабинете, но [тогда] *ты будешь один и будешь карабкаться сам*» (И1).

При этом, как отмечают наши информантки, недавних студентов учить гораздо легче, чем опытных специалистов, пришедших на работу из другой медорганизации или переехавших из другого региона, которых приходится переучивать: «*Когда приходят студенты, их надо учить. А те, которые приходят из другой больницы, либо с другого какого-то профиля, их надо переучивать. И вот тут бывает, что старый опыт иногда мешает тому, чего требует руководство данного отделения. А молодые, которые студенты, у них еще ничего нет за плечами, поэтому их надо научить. И тут уже в зависимости от этого самого студента, как он осваивает – быстро это понимает или не быстро*» (И2).

Тем не менее, ключевую роль в процессе адаптации должен играть наставник, которого вместе с подопечным в первые рабочие дни ставят в одну смену, чтобы было удобнее работать вместе – у наставников обычный рабочий день, но он в течение дня обучает новичка, помогает ему в работе: «*Каждый все равно свои деятельности выполняет, не освобождается ни от чего. В первый день проводится… маршрутизация по больнице, потому что у нас много подразделений, больница состоит из нескольких корпусов…. Если, например, медсестру ставим в процедурный кабинет, то знакомим с процедурным кабинетом, с рабочим местом, где что лежит, где что взять и куда обратиться, если вдруг что-то стало непонятно. Ну, простые, банальные даже, вещи, вот сестринская комната, где шкаф, где у нас хранится спецодежда, где должна будет храниться верхняя одежда, куда можно принести и положить с собой тормозок с едой. Ну, это тоже важно, это такие простые элементарные вещи, но они очень важны в работе*» (И2); «*спрашиваем, устраивает ли его график работать, потому что поликлиника работает с 8.00 до 20.00. И первая-вторая смена, это не всегда будешь первым работать... Показываем саму поликлинику, где что находится, по пути там* [с кем-нибудь] *знакомится, видит кого-то… Когда человек приходит, садится рядом с компьютером, видит, что делает* [участковая] *медсестра, как она работает, как она выходит на участок, как она ходит на вакцинацию*» (И1).

В тех медицинских организациях, где наставничество существует только на неформальном уровне, в первый день знакомят новичка с тем, к кому будет прикреплен новый сотрудник: «*Я представляю, что вот это наша новая медсестра; она будет работать на таком-то участке… с таким-то доктором, представляю…*

[участковую] *медсестру, говорю, что вы будете с ней работать… сегодня с такого-то по такое-то время, завтра я вам уже скажу, с кем вы дальше будете работать: "Помогаете, сидите там, ходите с ней в поликлинику и всё. Вы учитесь у нее, а она учит вас, учительница – ученику"; вот в таком вот плане. Мы стараемся* [сделать] *так, чтобы… молодой специалист все-таки обучался с утра, потому что работают все кабинеты – диспансеризация, вакцинация, процедурная, чтобы человек видел это все, мог в эти кабинеты сходить. И поэтому не обязательно, что это будет все время один человек. Она может два дня с этим человеком, три дня – с этим человеком, потом уйти в кабинет вакцинации, просидеть в кабинете диспансеризации. В* [итоге] *получается, что человек вливается в коллектив очень быстро, он со всеми знакомится, он со всеми общается, он знает эту работу, коллектив знает его, а он знает коллектив. И человек изучает в таком режиме работы повседневной, когда он понимает, что он будет работать вот так каждый день. …А тут он полностью обучается, видит всех*» (И1).

Важным аспектом в адаптации является обучение работе с документацией, и наставник – формальный или неформальный – должен быть готов помогать наставляемому в любое время: «*Работа с документацией, конечно, то есть какие журналы, как, что, где, чего, как заполняется, то есть наставник все равно постоянно смотрит за наставляемым, помогает ему, объясняет, повторяет, то есть он всегда может ему позвонить, хоть днем и ночью, и спросить – как и чего; и вот он всегда все подскажет. Наставник сам должен быть на высоте и сам должен владеть всем. Направление здравоохранения – это такая отрасль, которая развивается в настоящее время семимильными шагами. Приказы постоянно обновляются и, соответственно, надо, чтобы наставник-то в первую очередь владел информацией актуальной*» (И2).

Очевидно, что не всякие сотрудники, даже имеющие солидный стаж работы в здравоохранении, годятся для исполнения ролей наставников; ими не должны становиться «*по приказу*» те, кто только готов передавать свои опыт и знания молодым специалистам, но те, кто, с одной стороны, обладает соответствующими *педагогическими* способностями («*у нас в каждом подразделении есть специалисты, которым присвоен статус "опоры", "авторитета", и они у нас являются наставниками…, которые готовы сотрудничать, готовы передавать свои знания, …есть какие-то педагогические направления деятельности*» – И2), а с другой – желанием постоянно учиться и обновлять собственные профессиональные и коммуникативные навыки: «*Хорошо бы были бы какие-то тренинги, занятия, может групповые, может*

индивидуальные, …именно по наставничеству, чтобы делиться, чтобы я вот в своем соку вот тут варюсь, у меня вот так вот, а у кого-то может быть интересное что-то, и мне это надо, я бы с удовольствием это тоже бы внедрила, а кто-то, наоборот, от меня что-то бы взял, типа кухонных столов (?), вот [чтобы] *они бы были,* [чтобы] *собирались, разговаривали, пусть там в какой-то период раз… Кто что умеет, кто что наработал. Просто даже между собой поговорить*» (И1).

Инициаторами и организаторами обучающих мероприятий для наставников должны стать, с одной стороны, медицинские колледжи («*много направлений получается обучения, …надо учить и отношению к пациенту, правилам общения, тут много направлений... разных абсолютно, то есть направления наставничества разные получаются; обучающие курсы… наш колледж должен разместить на портале непрерывного медицинского образования,* [тогда] *я думаю, мы… активно проучим своих наставников*» – И2), а с другой – местные отделения Российской ассоциации медицинских сестер (РАМС): «*Забыли, что есть такое слово "Ассоциация медицинских сестер". Молодежь не знала это слово, а опытные уже просто забыли, что она все еще существует. И сейчас Ассоциация начала очень активно работать, проводить мероприятия различные. И, конечно, это очень хорошо..., про медсестер помнят, что-то проводится, о них заботятся, какие-то образовательные модули, обмен мнениями, обмен опытом, практиками…*» (И1).

Кроме этого, важнейшим условием назначения наставником является желание самого сотрудника: «*На каждого новенького стараемся закрепить наставника, чтобы процесс адаптации проходил,* [но] *первее всего – желание человека быть наставником. И, конечно, мы оцениваем его навыки в работе, его умения, ну и также учительский талант, это немаловажно. Старшая медсестра все равно знает всех своих сотрудников, и она может адекватно оценить, кто может быть наставником, а кто – нет*» (И2); «*не все* [могут быть наставниками]*. Кто-то просто не умеет... учить. Он будет учиться от другого человека, а сам не умеет учить. Ему и самому некомфортно это. Я же знаю этих людей, я уже к нему не поведу никого. Но человек сам… будет прекрасно работать, он будет учиться у другого, но вот он сам не может. Для него это тяжело. Он будет работать, но вот объяснять другому он не сможет*» (И1).

На вопрос о том, как же привлечь в наставничество опытных работников, наши информантки проявили полное единодушие, выявив две составляющие.

Во-первых, «*очень банально – деньги. …Понимаете, мы все же работаем за деньги,*

нам никто ничего не дал бесплатно. И если бы была какая-то поощрительная система для наставников, то, конечно, это был бы огромный плюс. Может быть какой-то процент зарплаты, [но] *все же любят… конкретность, ну, я думаю о трех тысячах* [в месяц]*, хотя бы вот было бы… вот за этого человека – за одного; я знаю, что я в него вкладываю знания, вкладываю свои умения, я его сопровождаю потом, ну даже пусть вот этот месяц я его сопровождаю, но я понимаю, что мне это вернется в виде материального стимула, да, я не просто так это делаю, не на голом энтузиазме*» (И1); «е*сли молодой специалист прижился у нас и отработал 3 года, то* [его наставнику] *в декабре-месяце выплачивается стимулирующая выплата – 10 тысяч рублей. Вот в прошлом году* [2023 г. – прим. авт.] *у нас первый был такой опыт. У нас получили такие выплаты 3 человека. И один из них даже за двоих получил 20 тысяч к Новому году; поэтому это тоже очень подстегнуло…*» (И2).

Во-вторых, моральные поощрения, так как «*не всегда финансовая поддержка – это итог всего, главное – интерес чтобы был у людей*» (И2). Одним из стимулов к работе является участие в конкурсах наставников различного уровня – от внутрибольничных до региональных и всероссийских: «*Очень важно такое признание, что ты работаешь, тебя признают как специалиста, как профессионала, пусть это не будет какое-то первое-второе-третье место, ты участвовал, ты смог, ты это сделал. Это тоже преодоление себя…, не знаю, выйти на сцену, что-то сказать, куда-то пойти там, с кем-то поговорить. Это же тоже не каждый хочет и может это сделать*» (И1). Кроме этого, необходимы «*праздничные, "наградительные" мероприятия… То есть твой труд заметен. Тебя заметили, тебя поощрили. Тот же концерт. Это тоже вот такой большой плюс, когда замечают обычных, не руководящих работников, обычную медсестру, обычную санитарочку*» (И1); *«как стимул… грамота какая-то. А самому наставнику, когда получает этот статус, вручается удостоверение. Обычно это на… конференции такой всеобщей для среднего медицинского персонала.* [Все] *видят…, что этот человек уважаем в коллективе – наставник, поэтому подрастающее поколение стремится, чтобы им тоже было это звание присвоено*» (И2).

Важнейшим атрибутом наставнической деятельности является четкое планирование, измеряемое не только днями, неделями или месяцами работы молодого специалиста («*между наставником и наставляемым заключается… соглашение и составляется индивидуальный план на 6 месяцев. И уже по этому плану идет контроль за адаптацией сотрудников: каждый месяц наставник заполняет… чек-лист, в котором*

он ставит уровень освоения, насколько [молодой специалист] *уже готов работать самостоятельно и так далее, и мы в течение всего этого времени видим, как вообще происходит процесс адаптации, …видим, что – нет, сотрудник тут не освоился, и вот в течение всего полугода мы за ним смотрим… и уже через полгода смотрим, влился ли новый сотрудник в коллектив или что-то не пошло не так; если по итогам подведения всех обучающих мероприятий человек где-то еще не успел освоиться, мы можем продлить наш цикл*» – И2), но и учитывающее личные качества наставников: «*Самое сложное – войти в этот ритм, распределить свое время так, чтобы все успеть, все сделать, не оставить что-то на потом… Каждому свой план, своя скорость, свой темперамент, и каждый делает так, как ему удобно. Мы же все разные, так невозможно сказать, что ты вот так приходи, вот это вот делай… Кто-то делает это с утра, кто-то делает это после основной работы*» (И1).

Главная цель наставничества – в удержании ценных кадров, *«чтобы оставить сотрудников, закрепить на местах своей организации, чтобы никуда не потерять кадры драгоценные*» (И2); «*ты уже понимаешь, что твоя работа приносит результат, что люди остались работать, что они не стали бегать искать что-то другое. Их устраивает и моральный коллектив, и материальная составляющая, и сам функционал этой работы; …они работают*» (И1). Важнейшая задача работы наставников – научить своих подопечных самостоятельной работе, умению самостоятельно принимать решения: «*Уже через полгода…* [молодой специалист] *должен сам принимать все решения, сам делать, и чтобы это какой-то приносило результат*» (И2).

Здесь следует заметить, что аналогичные выводы были получены при анкетировании главных медицинских сестер 27 медорганизаций Свердловской области: так, отвечая на вопрос, в чем главное назначение наставничества, свыше половины указали, что, с одной стороны, необходимо «сформировать у наставляемого уверенность в собственных силах и заинтересованность в успешном профессиональном росте», а с другой – «оказывать постоянную поддержку наставляемому, объективно и доброжелательно оценивать достигнутые успехи, пусть и очень небольшие».

Что же касается функций наставников, то, помимо обучения молодых специалистов умениям «самостоятельно и качественно выполнять возложенные обязанности», руководители медсестринских коллективов называли: 1) «быть терпимым к ошибкам и промахам наставляемого и привить ему любовь к профессии»; 2) «помочь

закрепиться в выбранной профессии, специальности»; 3) «выявить и совместно устранить допущенные ошибки в работе»; 4) «обучить эффективным методам работы и общения с пациентами и их близкими»; 5) «помочь быстрее и в полной мере усвоить нормы и правила поведения в организации».

В целом, по мнению участников исследования, именно от наставника – формального, назначенного по приказу, или неформального – зависит то, какой след первые годы работы в медицинской организации оставят в памяти молодого специалиста: «*Я думаю, что каждый наставник оставляет определенный след у молодого специалиста, и этот след на всю жизнь*» (И2); «*и они прекрасно ладят, они друг другу помогают, потом общаются, все друг с другом перезваниваются*» (И1).

В ходе исследования были выявлены значительные препятствия, затрудняющие успешную адаптацию молодых специалистов в государственном здравоохранении и ухудшающие качество их работы уже в первые годы профессиональной деятельности.

В рамках совершенствования процесса адаптации молодых сотрудников необходимо планомерное развитие системы наставничества посредством организации регулярного сопровождения и поддержки со стороны опытных специалистов, способствующих быстрому освоению практических навыков и уменьшению профессиональных «страхов».

Не менее важными представляются, с одной стороны, формирование благоприятного психологического климата внутри медсестринских коллективов через проведение тренингов и семинаров по улучшению межличностных коммуникаций, развитию командного духа и созданию атмосферы доверия и взаимопомощи, а с другой – психологическая поддержка молодых специалистов посредством создания служб психологической помощи для снижения тревожности и стресса на начальных этапах их трудовой деятельности.

Наконец, необходимыми мерами по снижению ощущения профессиональной дезадаптации молодых специалистов являются их обучение эффективным методикам общения с пациентами и их семьями и регулярный мониторинг мнений пациентов, позволяющий своевременно выявлять проблемы, возникающие не только при оказании медицинской помощи, но и в оценках внутреннего психологического климата в медсестринских коллективах.

Выводы

Исследование позволило выявить 3 группы комплексных страхов, оказывающих

существенное воздействие на успешность адаптации молодых специалистов среднего звена в медицинских организациях:

1. «Страхи перед ошибками» – постоянное психоэмоциональное напряжение, вызванное страхом совершить ошибку и столкнуться с негативной реакцией коллег, которое сочетается как с настороженностью по отношению к «новичкам» и конфликтами внутри медсестринских коллективов, так и с недостаточной поддержкой руководителей в сложных ситуациях.

2. «Страхи недостаточности опыта» – психологическое давление, обусловленное отсутствием достаточного практического опыта, возникающее в силу разных причин – от недостаточного уровня профессиональных компетенций и отсутствия желания учиться и развивать практические навыки до дефицита психологической поддержки и наставничества со стороны опытных коллег.

3. «Страхи перед пациентами» – эмоциональное напряжение и стрессы, возникающие вследствие взаимодействия с пациентами и их близкими и вызванные как «нозологическими» особенностями больных людей, так и пробелами в профессиональной подготовке специалистов на уровне средних медицинских учебных заведений.

Выводы подчеркивают необходимость создания позитивной атмосферы взаимодействия в сестринских коллективах для повышения эффективности процесса адаптации молодых специалистов. Существенное воздействие на преодоление страхов может оказать как планомерное и тщательно продуманное внедрение системы наставничества среднего медицинского персонала с соответствующим отбором и обучением наставников, так и меры по формированию дружественной молодым специалистам организационной культуры в медсестринских коллективах, обеспечивающей условия для преодоления барьеров адаптации, повышающей мотивацию и снижающей риски ухода из профессии.

В рамках эффективного решения названных проблем предлагаем ряд практических рекомендаций, направленных на создание условий, способствующих успешной адаптации молодых специалистов:

1. Для преодоления «страхов перед ошибками» необходимо формирование благоприятной среды воспринимаемой поддержки, помогающей снизить уровень стресса и тревожности молодых специалистов за счет проведения регулярных тренингов по развитию коммуникативных навыков, способствующих улучшению

взаимопонимания между коллегами и снижению конфликтов, а также обеспечение адекватной поддержки непосредственными руководителями в сложных ситуациях.

2. Для преодоления «страхов недостаточности опыта» необходимо планомерное внедрение системы наставничества, включающей в себя тщательный подбор и обучение наставников и обеспечивающей поддержку и развитие молодых специалистов, а также организация периодических курсов повышения квалификации и тренингов для развития профессиональных навыков и уверенности в себе.

3. Для преодоления «страхов перед пациентами» необходимо как улучшение качества подготовки специалистов среднего звена в медицинских колледжах, так и проведение тренингов по эффективному взаимодействию и развитию навыков эмпатии в работе с пациентами и их семьями, включая изучение особенностей поведения пациентов с различными заболеваниями

Реализация названных рекомендации требует комплексного подхода, включающего участие всех уровней медицинской организации – от руководства до непосредственных исполнителей.

Список литературы

1. В России зафиксировали рекордную утечку специалистов со средним медобразованием // Медвестник. 20.07.2025 г. https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-zafiksirovali-rekordnuu-utechku-specialistov-so-srednim-medobrazovaniem.html
2. Nurses and midwives. Density of nursing and midwifery personnel (per 10,000 population). Official estimate updated April 30, 2025 // World Health Organization. https://data.who.int/indicators/i/B54EB15/5C8435F.
3. Воробьева О.Д. Адаптация выпускников средних специальных учебных заведений в медицинских организациях // Пермский медицинский журнал. 2015. Т. XXXII. № 2. С. 81-85.
4. Качанов Д.А., Манюшина В.М., Соловых Т.С., Чернова К.А., Мкртчян Г.В. Влияние производственных факторов на состояние организма медицинских работников // Международный научно-исследовательский журнал. 2019. № 11(89). Ч. 1. С. 130-134. DOI: https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.89.11.023
5. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Байдавлетова Э.Т., Друзь В.Ф., Чалая Е.Б., Бомов П.О. Копинг-поведение у медсестер психиатрической и соматической клиник // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2010. № 39-1. С. 5-

14.

6. Кузнецова А.С., Гущин М.В., Титова М.А. Трудовой стресс и проактивные копинг-стратегии среднего медицинского персонала на начальном этапе пандемии COVID-19 // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2021. № 2. С. 199-236. DOI: 10.11621/vsp.2021.02.10
7. Федотова И.В., Васильева Т.Н., Блинова Т.В., Умнягина И.А., Ляпина Ю.В., Некрасова М.М., Страхова Л.А., Зуев А.В. Оценка показателей нервно-эмоционального напряжения у персонала медицинских центров в зависимости от особенностей их профессиональной деятельности // Медицина труда и промышленная экология. 2020. № 60(10). С. 650-657. https://doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-10-650-657
8. Ванюхина Н.В., Семенова-Полях Г.Г., Старовойтова С.Ю., Филатова-Сафронова М.А. Динамика тревожности и жизнестойкости в деятельности медицинских работников в продолжительных условиях коронавирусной инфекции // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2022. Т. 32. Вып. 1. С. 57-66. DOI: 10.35634/2412-9550-2022-32-1-57-66
9. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями. Здравоохранение Российской Федерации. 2020. Т. 64. № 5. С. 278-286. https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286
10. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № S2. С. 1197-1201. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201.
11. Гольменко А.Д., Ильин В.П., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л. Гипотеза взаимообусловленности заболеваемости медицинских работников и синдрома профессионально-психологической дезадаптации // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2016. Т. 1. № 6(112). С. 39-43.
12. Гафарова Н.В. Влияние личностных особенностей на социальную и профессиональную дезадаптацию на примере исследования медицинских работников // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2011. № 42(259). С. 84-90.

13. Папко Е.В. Смысложизненные ориентации в профилактике психического здоровья медицинских работников в связи с пандемией COVID-19 // Психолог. 2023. № 5. DOI: 10.25136/2409-8701.2023.5.39152
14. Раевский А.А., Ивашев С.П., Миронова А.П. Определение мишеней психологической коррекции состояния дезадаптации медицинских работников, оказывающих стационарную медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15. № 2. С. 42-51. DOI: 10.14529/jpps220204
15. Попинако Е.А. Профессиональная дезадаптация как предмет современных научных исследований // Российский девиантологический журнал. 2022. № 2(2). С. 139-150. DOI: 10.35750/2713-0622-2022-2-139-150
16. 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
17. 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.
18. 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

© **Берсенёва Л.В.**

УДК 159.9.072.432

ИГРА БЕЗ ПРАВИЛ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ "НЕПОСЛУШНОГО" КОНСТРУИРОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Берсенёва Л.В.[1]

[1] ***Севастопольский государственный университет*** *(ФГБОУ ВО СевГУ), Севастополь, Российская Федерация*

Резюме. Введение. Повышенное внимание к психологическому благополучию младших школьников и развитию навыков XXI века требует интеграции игровых, экспериментальных и нестандартных форм обучения. Цель исследования – обоснование психологического потенциала методики «непослушного» конструирования и определение её эффективности в условиях современной образовательной среды. Материалы и методы. Исследование включало теоретический анализ психолого-педагогической литературы, обзор зарубежных моделей творческого образования (Reggio Emilia, Cardboard Play City, STEAM-лаборатории), а также проектирование и внедрение заданий «непослушного» формата в рамках программы «ИНЖЕНЕРиЯ: путешествуй от будущего к прошлому с любимым конструктором». Эмпирическая часть опиралась на наблюдение за учащимися начальных классов (n = 86) с применением диагностического чек-листа, позволившего отследить изменения в эмоциональном и поведенческом состоянии детей. Статистическая обработка включала качественный анализ –сбор экспертных мнений педагогов, а также сравнительный анализ результатов показателей психологического состояния до и после занятий с использованием углового преобразования Фишера (φ*-критерий). Результаты исследования. Полученные данные показали, что участие в занятиях по «непослушному» конструированию оказывает значимое влияние на психологическое состояние младших школьников. По результатам сравнительного анализа были зафиксированы достоверные положительные изменения по всем ключевым показателям: уровень эмоционального состояния повысился с 2.10 до 2.56 (φ* = 6.149), поведенческие реакции – с 2.05 до 2.58 (φ* = 6.586), речевая активность – с 2.00 до 2.51 (φ* = 6.457), а самооценка – с 0.67 до 0.84 (φ* = 5.767). Эти результаты подтверждают, что занятия способствуют снижению учебной тревожности и страха ошибки, усиливают эмоциональную вовлечённость, инициируют рост речевой

и коммуникативной активности, развивают метапредметные навыки. Методика стимулирует креативное и дивергентное мышление, укрепляет доверие к собственному воображению и способствует формированию позитивного отношения к учебному процессу. Заключение. Методика «непослушного» конструирования представляет собой инновационную педагогическую технологию, обеспечивающую психологически безопасную образовательную среду за счет свободы фантазии, допустимости ошибки и элементов игровой неопределённости. Исследование подтверждает её эффективность в развитии универсальных учебных действий, формировании эмоционального комфорта и субъектной позиции младшего школьника. Полученные результаты подтверждают целесообразность дальнейшей масштабной апробации и интеграции подхода в программы начального общего образования.

Ключевые слова: непослушное конструирование, младшие школьники, психологическая безопасность, игра, креативность, учебная тревожность, начальная школа, гибкость мышления, эмоциональное развитие, конструктор.

GAME WITHOUT RULES: THE PSYCHOLOGICAL POTENTIAL OF "NAUGHTY" CONSTRUCTION OF YOUNGER STUDENTS

Berseneva L.V.[1]

[1] *Sevastopol State University (FGBOU VO SevSU), Sevastopol, Russian Federation*

Summary. Introduction. Increased attention to the psychological well-being of younger schoolchildren and the development of 21st century skills requires the integration of playful, experimental and non-standard forms of learning. The purpose of the study is to substantiate the psychological potential of the "naughty" construction technique and to determine its effectiveness in a modern educational environment. Materials and methods. The research included a theoretical analysis of psychological and pedagogical literature, a review of foreign models of creative education (Reggio Emilia, Cardboard Play City, STEAM labs), as well as the design and implementation of tasks in a "naughty" format within the framework of the program "ENGINERiYA: travel from the future to the past with your favorite designer." The empirical part was based on the observation of primary school students (n = 86) using a diagnostic checklist, which made it possible to track changes in the emotional and behavioral state of children. Statistical processing included a qualitative analysis – the collection of expert opinions from teachers, as well as a comparative analysis of the results of psychological state indicators before and after classes using the Fisher

angular transformation (φ* criterion). The results of the study. The data obtained showed that participation in classes on "naughty" construction has a significant impact on the psychological state of younger schoolchildren. According to the results of the comparative analysis, significant positive changes were recorded in all key indicators: the level of emotional state increased from 2.10 to 2.56 (φ* = 6.149), behavioral reactions – from 2.05 to 2.58 (φ* = 6.586), speech activity – from 2.00 to 2.51 (φ* = 6.457), and self-esteem – from 0.67 to 0.84 (φ* = 5.767). These results confirm that classes help reduce learning anxiety and fear of error, enhance emotional engagement, initiate an increase in speech and communication activity, and develop meta-subject skills. The technique stimulates creative and divergent thinking, strengthens trust in one's own imagination and promotes the formation of a positive attitude towards the learning process. Conclusion. The method of "naughty" construction is an innovative pedagogical technology that provides a psychologically safe educational environment due to freedom of imagination, error tolerance and elements of game uncertainty. The study confirms its effectiveness in the development of universal learning activities, the formation of emotional comfort and the subjective position of a primary school student. The results obtained confirm the expediency of further large-scale testing and integration of the approach into primary education programs.

Key words: naughty construction, primary school students, psychological safety, play, creativity, academic anxiety, primary school, flexibility of thinking, emotional development, construction set

Введение

Современная система образования переживает этап глубоких трансформаций, обусловленных как внешними вызовами, так и внутренней необходимостью переосмысления целей и методов обучения. В условиях ускоряющегося технологического прогресса, роста неопределённости и нестабильности социального контекста особую значимость приобретает формирование у школьников навыков XXI века – креативности, гибкости мышления [1], способности к инициативному действию в нестандартной ситуации [26].

Эти приоритеты находят отражение в международных стратегиях, таких как Цель 4 Повестки дня ООН в области устойчивого развития до 2030 года, направленная на обеспечение всеохватывающего и справедливого качественного образования и содействие обучению на протяжении всей жизни [48]. В докладе ЮНЕСКО *Futures of*

Education подчёркивается необходимость переосмысления форматов обучения с акцентом на воображение, эксперимент, игру и эмоциональную безопасность [47]. Совет Европы в рамках Рамки компетенций для демократической культуры выделяет среди приоритетных задач развитие у учащихся креативного и дивергентного мышления, инициативности, способности к сотрудничеству и самовыражению [38]. Подобные ориентиры поддерживаются и в позиции Международной ассоциации университетов (МАУ), акцентирующей внимание на гуманизации и психоэмоциональной устойчивости образования в эпоху глобальных вызовов [41].

Однако в реальной школьной практике нередко доминируют стандартизированные подходы, чрезмерно ориентированные на контроль, репродуктивность и исключение ошибки как конструктивного элемента познания. Это приводит к снижению учебной мотивации, росту тревожности, страха перед неудачей и ограничению познавательной инициативы – особенно в младшем школьном возрасте, когда формируются ключевые установки личности в отношении учёбы [27] и творчества [7].

Президент Российской Федерации В. В. Путин в своём послании Федеральному Собранию от 21 февраля 2023 года особо подчеркнул: «Обеспечение технологического суверенитета – важнейшее условие устойчивого развития страны, её безопасности, конкурентоспособности и независимости» [28]. Это заявление приобретает особую актуальность в контексте начального образования, так как именно в детском возрасте закладываются фундаментальные установки мышления, способствующие будущей инженерной инициативе, технологическому воображению и готовности к решению новых задач. Поддержка технологического суверенитета начинается не в лабораториях и исследовательских институтах, а в детской аудитории, где ребёнок впервые сталкивается с возможностью – или ограничением – мыслить свободно, пробовать новое, ошибаться и учиться на собственных открытиях. Именно поэтому задачи раннего инженерного образования сегодня входят в стратегические приоритеты образовательной системы России [28].

Цель работы

Психолого-педагогические исследования показывают, что младший школьный возраст (6–10 лет) представляет собой критический период формирования когнитивных установок, отношения к ошибке [14] и эмоциональной устойчивости [50]. В это время особенно важны условия, при которых ребёнок может действовать в контексте игры, эксперимента, неопределённости. Однако реалии современной школы

демонстрируют тенденцию к стандартизации, ориентации на результат и снижению доли игровой деятельности, что ведёт к росту учебной тревожности и снижению мотивации [18]. Учебный процесс зачастую становится избыточно регламентированным, что противоречит природной потребности ребёнка к исследованию, фантазии и самовыражению. Нетолерантность к ошибке, проявляющаяся в требованиях к точному воспроизведению, в системе жёсткой оценки и в педагогической критике, формирует у ребёнка страх перед ошибкой и неуспехом. Это закрепляется в виде негативного отношения к новым задачам, снижает инициативность, мешает развитию гибкого мышления и креативности. В дальнейшем такой опыт ведёт к отказу от профессиональной и гражданской активности, внутреннему отчуждению и отсутствию веры в возможность изменить свою жизненную траекторию [32].

Образовательная среда, допускающая свободу выбора, вариативность решений и терпимое отношение к ошибкам, способна компенсировать эти негативные последствия. Именно в таких условиях формируются новые когнитивные и эмоциональные стратегии, которые поддерживают развитие креативности, инициативности и адаптивности у детей, особенно в эпоху цифровизации и трансформации психики [16]. Важно подчеркнуть, что речь идёт о гибкости познавательных процессов и мышления, включающей способность переключаться между разными способами решения задач, адаптироваться к неожиданным ситуациям и находить нестандартные пути — качества, которые, по данным исследований Н.П. Бехтеревой [3], являются ключевыми для успешного обучения и развития личности.

На этом фоне возрастает значение инновационных форм учебной деятельности, способных интегрировать элементы свободы, парадокса, абсурда и личной инициативы в структуру учебного процесса. Одной из таких форм становится методика «непослушного» конструирования – авторский подход, реализуемый в рамках программы «ИНЖЕНЕРиЯ: путешествуй от будущего к прошлому с любимым конструктором», которая адаптируется под любой отечественный конструктор, доступный в конкретной школе. Это обеспечивает широкую применимость методики даже в условиях ограниченных материальных ресурсов.

Под «непослушным» конструированием понимается формат заданий, нарушающих привычную логику и правила, стимулирующих у детей креативное мышление, снижая уровень тревожности и формируя доверие к собственному воображению.

Исследования показывают, что эмоциональное благополучие и психологическая устойчивость напрямую связаны с успешностью и инициативностью школьников [27], что делает методику «непослушного» конструирования особенно востребованной для поддержки мотивации и творческого потенциала детей. Это не просто методика альтернативного творчества, а педагогически выверенный инструмент развития инженерного мышления и воображения, выстроенный в логике культурно-исторического подхода и соответствующий принципам развивающего обучения. В русле теории Д. Б. Эльконина развитие мышления ребёнка происходит через организацию содержательной, мотивирующей деятельности, в которой учебная задача обретает личностный смысл [34]. Именно такую роль играют «непослушные» задания: они нарушают шаблоны, вызывают интеллектуальное затруднение, стимулируют активное воображение и формирование внутреннего плана действий.

Подводя итог этому разделу, подчеркнем: цель нашей статьи – методологически обосновать и раскрыть психологический потенциал методики «непослушного» конструирования, определить её возможности как средства формирования креативности, эмоциональной устойчивости и субъектной позиции младших школьников в условиях современной образовательной среды. Разработка концепции «непослушного» конструирования предполагает три взаимосвязанные составляющие: методологическое обоснование, методическое обеспечение, подготовка диагностического инструментария с последующим проведением пилотного эмпирического исследования. Реализация этих задач требует обращения к ряду научных оснований, сложившихся в междисциплинарном поле психологии развития, педагогики и теории творчества.

Материалы и методы

Методологической основой методики «непослушного» конструирования служат фундаментальные исследования ученых в области психологии развития, педагогики и теории творчества.

Концепция «непослушного» конструирования исходит из понимания игры и эксперимента как ключевых форм деятельности ребёнка младшего школьного возраста, в которых формируется его субъектность, инициативность и толерантность к неопределённости. Это понимание базируется на трудах Д. Б. Эльконина, подчеркивавшего роль игры как переходной к учебной деятельности формы, активизирующей воображение и социализацию [34], и Л.С. Выготского,

рассматривавшего игру как зону ближайшего развития, способствующую формированию высших психических функций [7]. Конструктивистские теории Ж. Пиаже [6] и S. Papert [44], а также деятельностный подход Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова [9] заложили основы понимания познания как активного процесса построения знаний через взаимодействие со средой. А.В. Брушлинский отмечал чувствительность детей этого возраста к эксперименту и стремление выйти за пределы инструкции [5], а исследования М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович подтверждают необходимость учёта индивидуальных и возрастных особенностей [11]. Работы Л.И. Божович об эмоционально-личностной включённости [4] и концепция В.В. Рубцова о совместной деятельности [31] подчеркивают важность субъектности и сотрудничества.

С точки зрения развития креативности и творческого мышления методика «непослушного» конструирования опирается на труды Н.П. Бехтеревой, которая исследовала нейрофизиологические основы творческого мышления и подчёркивала значимость свободного построения ассоциативных связей: "Свободное построение ассоциативных связей – нейробиологическая основа творческого прорыва" [3, с. 64]. М.А. Холодная анализировала особенности интеллекта в образовательной среде и выделяла значимость личностной автономии как условия развития креативности: «Личная автономия в образовательной среде – необходимое условие актуализации творческого потенциала [33, с. 211]. В зарубежных исследованиях, проведенных A. Kozbelt, R. Beghetto, M. Runco подчеркивается влияние педагогического стиля на развитие креативности [42].

Необходимость принятия ошибки и снижения тревожности обоснованы работами зарубежных исследований. Так, K. Dweck доказывает, что установки на развитие (growth mindset) способствуют снижению страха ошибки и поддерживают инициативность [39, с. 37]. R. Beghetto [36] и M. Runco [45] указывают, что допуск к ошибке является ключевым условием формирования гибкости мышления. Исследованиями доказано, что дивергентное мышление является надёжным индикатором творческого потенциала и креативности [46, с. 68].

Отечественные исследования также подтверждают риски чрезмерной стандартизации образования, что **может приводить к сужению поля креативности и ограничивать возможности для самовыражения ребёнка** [10]. В противовес этому подчеркивается значимость игровых технологий,

позволяющих обеспечить личностную включенность школьников в образовательный процесс, способствующих развитию креативности и снижающих уровень тревожности [22]. Как отмечают **В.В. Морозова и Е.А. Денисова,** высокий уровень тревожности у младших школьников часто связан с несоответствием между индивидуальными особенностями ребёнка и требованиями образовательной среды [23]. В этих условиях особенно актуальны педагогические практики, включающие элементы игры, абсурда, вымысла и творческого моделирования, поскольку они способствуют формированию эмоциональной устойчивости и психологического благополучия [8]. Это согласуется с концепцией внутреннего благополучия как динамически развивающейся системы, поддерживающей устойчивость, активность и субъектность личности в образовательной среде [15].

Ключевым условием становится создание среды, в которой ошибки, отклонения от нормы и нестандартные ходы не вызывают стыда, а, напротив, рассматриваются как ресурс для развития. Такой подход соответствует требованиям ФГОС НОО, способствует формированию личностной мотивации и созданию психологически безопасной атмосферы обучения. Использование заданий с открытым финалом, отказ от жёсткой регламентации и сознательное нарушение шаблонов активизируют дивергентное мышление, формируют метапредметные навыки и позволяют осваивать нестандартные стратегии деятельности. Эти принципы особенно значимы при работе с тревожными детьми, что подчёркивается как в исследованиях В.В. Морозовой и Е.А. Денисовой [23], так и в работах Л.Б. Левиной и Т.В. Щербаковой [18].

Идея признания ребёнка полноправным участником образовательного процесса ярко выражена в модели Reggio Emilia, в которой подчеркивается, что дети обладают сотней языков, сотней рук, сотней мыслей, сотней способов мышления, игры, говорения, что свидетельствует о многогранности детской выразительности и важности проектной работы, основанной на интересах ребенка [40]. Примером такой практики служит инициатива Cardboard Play City, реализованная в рамках программы Urban95. Она демонстрирует, как использование простых материалов и включение детей в процессы городского проектирования способствуют развитию креативности и формированию чувства принадлежности и социальной значимости. В отчёте отмечено: "Когда детям дают возможность проектировать, строить и воображать свои города из картона, они развивают не только пространственное мышление, но и

уверенность в себе и свою роль в обществе" [49, с. 7]. Российский проект «Бабашки» акцентирует значимость культурной идентичности и локальных ресурсов в создании конструктивной среды для детей [24]. По данным исследования З.М. Нурулаевой, участие в проекте «Бабшки» стимулирует самостоятельную игровую активность, развивают мелкую моторику, воображение и коммуникативные навыки» [24, с. 145]. В исследованиях О.В. Ефимова [12] и А.И. Жирковой [13] подчёркивается, что STEAM-подход способствует формированию навыков будущего, таких как критическое мышление, коммуникация и креативность. По мнению А.И. Жирковой, «STEAM позволяет интегрировать различные виды деятельности и создавать условия для реализации детской инициативы» [13, с. 154]. Наконец, психолого-педагогические исследования подчёркивают влияние когнитивных стилей и уровня цифровой компетентности на учебную мотивацию младших школьников, что требует гибкого и персонализированного подхода к образовательной среде [25].

Создание образовательной среды, ориентированной на свободу воображения, допуск ошибки и эксперимент, требует осознанного педагогического проектирования. Такая среда ориентирована на практику открытого исследования, в которой каждая детская идея признаётся как значимая и достойная реализации. Это, в свою очередь, предъявляет высокие требования к педагогу: необходимы навыки совладающего поведения и готовность задействовать личностные ресурсы для формирования атмосферы доверия, поддержки творческого самовыражения и укрепления психологической устойчивости детей [19].

Разработка подобной среды невозможна без опоры на принципы гибкого педагогического дизайна (flexible pedagogy), позволяющего адаптировать образовательный процесс к индивидуальным особенностям детей. В этом контексте идеи J. Biggs и D. Laurillard усиливют адаптивность методики: J. Biggs подчёркивает активную позицию ученика как условие эффективного обучения [37], а D. Laurillard указывает на необходимость адаптации среды к потребностям учащихся [43]. Эти подходы обеспечивают применимость методики «непослушного» конструирования в разнообразных образовательных контекстах, включая инклюзивные и STEAM-направления. Психологические аспекты, связанные с удовлетворённостью учебной деятельностью, также оказывают влияние на учебную мотивацию и творческую активность [32].

Таким образом, методика «непослушного» конструирования интегрирует следующие ключевые элементы:

1. Детоцентризм, основанный на идеях Л.С. Выготского [7] и Д.Б. Эльконина [34], и реализуемый через философию Reggio Emilia [40].
2. Эксперимент и трансформация материалов, опирающиеся на деятельностный подход В.В. Давыдова, Д.Б. Эльконина [9] и А.В. Брушлинского [5], в сочетании с практикой Cardboard Play City [49].
3. Принцип открытого финала и субъектности, основанный на совместной деятельности [31] и реализованный в проекте «Бабашки» [24] и идеях S. Papert [44].
4. Междисциплинарность и креативность в рамках STEAM-подхода, подкреплённые трудами Н. П. Бехтеревой [3] и современными исследованиями [12; 13].
5. Создание безопасной среды через допуск ошибки и игровые технологии [15; 22; 23; 39].
6. Педагогическая гибкость и поддержка детской инициативы, основанные на принципах J. Biggs [37], D. Laurillard [43] и исследованиях совладающего поведения [19].

Проведённый теоретический анализ подтверждает актуальность и обоснованность методики «непослушного» конструирования как средства формирования креативности, эмоциональной устойчивости и субъектной позиции младшего школьника в условиях открытой образовательной среды. В эпоху технологического суверенитета и креативной экономики [28] данная методика отвечает ключевым вызовам начального образования: объединяет игровые [8; 10], исследовательские [2; 26] и эмоционально развивающие практики [50], эффективно поддерживает детскую субъектность [4], развивает инициативность [45], укрепляет эмоциональное благополучие [23], формирует готовность к неопределённости через педагогически обоснованный допуск к ошибке [39] и возможность экспериментировать [46].

Эмпирическая часть включала пилотное исследование методики «непослушного конструирования» в 2023 – 2024 учебном году на базе общеобразовательных школ г. Севастополь с участием учащихся начальных классов (n = 86). В ходе апробации детям предлагались специально разработанные творческие задания по методике

«непослушного» конструирования, направленные на формирование универсальных учебных действий через свободу фантазии, эксперимент и разрешение «ошибок». Основными объектами наблюдения стали: высказывания детей их эмоциональные реакции, динамика учебной активности и коммуникативного взаимодействия, демонстрируемые в процессе выполнения заданий по методике «непослушного» конструирования.

Ключевые методические решения «непослушного» конструирования интегрированы в годовые циклы программы **«ИНЖЕНЕРиЯ»** для 1 – 4 классов и реализуются через специально встроенные уроки, соответствующие возрастным особенностям детей и задачам формирования универсальных учебных действий (УУД). Эти уроки вызывают у детей эмоциональный отклик, развивают критическое и креативное мышление, учат замечать противоречия и нестандартно подходить к решению задач. Педагог на каждом этапе выступает в качестве фасилитатора, он задаёт провокационные вопросы, стимулирует обсуждение, допускает «ошибки» как ценный образовательный ресурс, что находит воплощение в циклах уроков.

1 класс. Цикл «ИНЖЕНЕР-ФАНТАЗЕР. Придумай мир будущего»

Возрастные особенности: **д**оминирует наглядно-действенное мышление, высокая потребность в игре, эмоциональная зависимость от взрослого, слабая произвольная регуляция. Дети мыслят образами, склонны к оживлению предметов и фантазированию.

Типичные УУД:

–Личностные: принятие целей, радость от результата;

–Познавательные: первичная классификация, пробное моделирование;

–Коммуникативные: элементарное взаимодействие в паре, деление функций

Пример урока: «Перевёрнутый дом»

Задание: построить дом, у которого крыша внизу, а фундамент наверху.

Педагогический прием: использование абсурда для создания эмоционального импульса.

Ребята сразу же реагируют смехом и удивлением: «Такого не бывает!» –и это именно тот эмоциональный импульс, который важен. Дальше педагог предлагает:

– А может, дом на другой планете?

– Зачем делать крышу внизу?

– Какие материалы тогда нужны?

– А если дождь пойдёт –что произойдёт?

Ход урока:

1. Обсуждение странной идеи
2. Мозговой штурм возможных объяснений
3. Построение модели
4. Сочинение истории о доме
5. Совместное обсуждение: что получилось, зачем, как улучшить

Пул вопросов:

– Что бы сказали жильцы этого дома?

– А если там живут не люди, а…?

– Что плохого в обычных домах? А как можно сделать лучше?

– Что случится, если дом будет стоять вверх ногами?

2 класс. Цикл «ИНЖЕНЕР-СОЗИДАТЕЛЬ. Воплоти идеи современности»

Возрастные особенности:

Развивается логико-действенное мышление, появляется интерес к профессиям, растёт самостоятельность, важен внешний результат и признание сверстников.

Типичные УУД:

– Регулятивные: планирование, контроль

– Познавательные: установление причинно-следственных связей

– Коммуникативные: формулирование вопросов, ведение диалога

Пример урока: «Робот-неудачник»

Задание: сконструировать полезного робота с намеренными недостатками (то-то идёт не так: глаза криво, руки в стороны, постоянно мусорит).

Педагогический прием: превращение недостатков в ресурс развития через **провокационные вопросы:**

- Почему робот мусорит? Может, он не умеет отличать мусор от полезного?
- Может, он «мусорит», потому что находит в этом пользу?
- А можно придумать, как сделать так, чтобы он превращал мусор в что-то полезное?

Ход урока:

1. Конструирование странного, неидеального робота
2. Обсуждение: что с ним не так
3. Групповая доработка и «спасение» идеи

4. Презентация: кто смог сделать из «неудачи» инновацию?

Пул вопросов:

– Какую функцию выполняет робот?

– Чем он мешает людям?

– А может, он создан не для людей, а для инопланетян?

– Что можно исправить, чтобы сделать его полезным?

3 класс. Цикл «ИНЖЕНЕР-ПЕРВООТКРЫВАТЕЛЬ. Повтори великие открытия»

Возрастные особенности:

Активное развитие логического и абстрактного мышления, растущий интерес к науке, механизмам, истории открытий.

Типичные УУД:

– Познавательные: анализ, выдвижение гипотез

– Регулятивные: постановка цели, оценка результата

– Личностные: инициативность, интерес к поиску

Пример урока: «Невидимая машина»

Задание: создать «машину», механизм которой невозможно увидеть.

Педагогический прием: **создание когнитивного диссонанса через конструирование неочевидного.**

Дети конструируют, а потом объясняют, что она делает и как, используя воображение и доводы.

Ход урока:

1. Идея: «а что, если внутри пусто?»
2. Построение корпуса
3. Придумывание невидимого механизма
4. Защита проекта: как работает? Зачем нужна?

Пул вопросов:

– Почему мы не видим, как она работает?

– А можно ли придумать механизм, который вообще не видно?

– Чем полезны невидимые технологии?

– Где такие машины могли бы использоваться?

4 класс. Цикл «ИНЖЕНЕР-ИССЛЕДОВАТЕЛЬ. Разгадай тайны прошлого»

Возрастные особенности:

Развитие самосознания, интерес к истории и познанию мира, готовность к рефлексии, умение видеть ошибки и несовпадения.

Типичные УУД:

– Регулятивные: самоконтроль, коррекция

– Коммуникативные: аргументация, презентация

– Познавательные: анализ источников, реконструкция

Пример урока: «Исторический обман»

Задание: сконструировать «древний» артефакт с ошибкой (например, мотор в «каменном веке»). Задача остальных – найти нестыковки.

Педагогический прием: инсценировка преднамеренной ошибки как инструмент критического анализа.

Ход урока:

1. Построение «древнего» объекта
2. Презентация и защита «фейковой» версии
3. Коллективный анализ: в чём ошибка?
4. Разговор об источниках ошибок в истории

Пул вопросов:

– Когда мог быть создан этот предмет?

– Почему он вызывает сомнения?

– Что в нём «неправильно»?

– Может ли такая ошибка случиться в музее?

– А зачем кто-то мог подделать историю?

Однако для подтверждения реального психолого-педагогического эффекта важно опираться не только на методические решения, но и на специально разработанные диагностические инструменты. В рамках данной работы был создан чек-лист наблюдения за динамикой психоэмоционального состояния и креативной активности младших школьников в процессе участия в уроках «непослушного» конструирования. Он включает параметры, позволяющие зафиксировать изменения в проявлениях инициативности, эмоциональной включённости, устойчивости к фрустрации, гибкости мышления и коммуникативной открытости:

Педагог может использовать шкалу интенсивности проявлений (0–3 балла), сравнивая данные до и после внедрения элементов «непослушного» конструирования.

Это позволит не только мониторить индивидуальные реакции, но и адаптировать задания под конкретный класс или группу детей.

Чек-лист для оценки психологического состояния младшего школьника до и после уроков непослушного конструирования

1. *Эмоциональное состояние*

- Проявляет положительные эмоции (улыбка, смех, оживлённая мимика)
- Уверенно входит в контакт с педагогом/детьми
- Проявляет интерес и удивление при выполнении задания
- Отсутствуют признаки тревожности (напряжённость, избегающее поведение)

2. *Поведенческие реакции*

- Активно вовлекается в задание, без внешнего принуждения
- Демонстрирует инициативу, предлагает свои идеи
- Спокойно реагирует на собственные ошибки или неудачи
- Ставит вопросы, пробует нестандартные решения

3. *Речевая активность*

- Аргументирует свою конструкцию (даже фантастическую)
- Использует описательную и эмоционально окрашенную речь
- Вступает в обсуждение с одноклассниками
- Охотно рассказывает о своей работе перед классом

4. *Внутреннее состояние (по самооценке ребёнка)*

После урока задать детям короткие вопросы:

- Тебе понравилось задание? (Да/Нет)
- Было ли трудно? (Да/Нет)
- Придумал ли ты что-то сам? (Да/Нет)
- Что бы ты ещё хотел построить? (свободный ответ)

5. Коммуникация и социальное взаимодействие

- Вовлечён во взаимодействие с партнёром/группой
- Предлагает помощь или принимает помощь от других
- Отстаивает свои идеи без конфликта
- Способен адаптировать своё поведение в командной работе

Шкала оценки интенсивности (по каждому блоку):

0 – не наблюдается

1 – слабо выражено

2 – умеренно выражено

3 – ярко выражено

Результаты и обсуждение

В ходе пилотного исследования, основанного на наблюдениях за учащимися, педагоги отметили следующие положительные эффекты внедрения методики «непослушного» конструирования:

– **Повышение эмоциональной вовлечённости.** Большинство детей демонстрировали положительные эмоции: смех, удивление, искреннюю заинтересованность, что способствовало устойчивому вниманию и желанию продолжать занятия.

– **Снижение учебной тревожности.** Дети, ранее испытывавшие затруднения и неуверенность, чувствовали себя более раскованно, охотно включались в работу, не опасаясь совершить ошибку.

– **Рост коммуникативной активности.** Заметно выросло количество инициативных вопросов, совместных обсуждений и аргументированных защит идей, особенно в групповой и парной работе.

– **Развитие гибкости мышления и творческого поиска.** Учащиеся активно выдвигали нестандартные идеи, учились выявлять противоречия в конструкциях и предлагать альтернативные решения. В сравнении с традиционными уроками это демонстрировало заметный прогресс.

– Формирование чувства успеха, рост мотивации к дальнейшему обучению. Дети получали удовлетворение от процесса и результатов работы, что укрепляло уверенность в собственных силах и стимулировало интерес к дальнейшему обучению.

– **Создание комфортной и поддерживающей учебной среды.** Методика способствовала формированию доброжелательной атмосферы, в которой каждый ребёнок чувствовал себя принятым и значимым.

Дополнительно к наблюдениям педагогов был проведён количественный анализ, основанный на результатах чек-листов, заполненных до и после участия детей в занятиях по методике «непослушного» конструирования. Оценивались четыре ключевых показателя: эмоциональное состояние, поведенческие реакции, речевая активность и внутренняя самооценка учащихся.

Проанализированные данные были сопоставлены с использованием углового преобразования Фишера для оценки статистической значимости различий (табл. 1). Все изменения оказались достоверными при уровне значимости $p < 0.05$.

Таблица 1

Средние показатели психологического состояния младших школьников до и после занятий по методике «непослушного» конструирования и результаты проверки статистической значимости по критерию Фишера (p < 0.05)

Показатели	**До (М)**	**После (М)**	**φ* (Фишер)**	**p-значение**
Эмоциональное состояние	2.10	2.56	6.149	0.000
Поведенческие реакции	2.05	2.58	6.586	0.000
Речевая активность	2.00	2.51	6.457	0.000
Внутреннее состояние (самооценка)	0.67	0.84	5.767	0.000
Коммуникация и взаимодействие	2.08	2.63	6.767	0.000

Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике по всем оценочным шкалам. Особенно выраженные изменения отмечены в эмоциональной и поведенческой сферах, что подтверждает эффективность методики в создании комфортной и мотивирующей образовательной среды. Статистическая значимость различий подчёркивает надёжность выявленных эффектов и обосновывает дальнейшее применение методики в практике начального образования.

Методика «непослушного» конструирования формирует уникальное образовательное пространство, в котором ребёнок может свободно самовыражаться, не опасаясь оценки, критики или несоответствия ожиданиям. Такая среда снижает уровень учебной тревожности, зачастую связанной с боязнью допустить ошибку или не оправдать заданные стандарты. Разрешение на нарушение привычных физических законов, создание абсурдных механизмов и фантастических существ вызывает у детей положительные эмоции –удивление, радость, смех. Эти переживания, как известно, играют ключевую роль в формировании устойчивого и позитивного отношения к обучению [30; 50].

Дети воспринимают «непослушное» конструирование именно как игру, а игровая форма деятельности, по мнению Д. Б. Эльконина, «обеспечивает высокий уровень внутренней мотивации и снижает страх ошибки» [34, с. 115]. В игровом контексте

возможна безопасная проба, допущение «неверных» решений, которые становятся основой для обсуждения и переосмысления [10; 22].

Для более глубокого понимания потенциала методики необходимо учитывать и нейропсихологические аспекты. Как отмечала Н. П. Бехтерева, «любая форма творчества отражается в мозговой активности, активируя не только лобные, но и лимбические структуры» [3, с. 94]. Это свидетельствует о том, что задания с элементами абсурда стимулируют как когнитивную, так и эмоциональную сферы, включая зоны мозга, отвечающие за воображение, регуляцию эмоций и социальные взаимодействия. При этом важно понимать, что творческая активность формируется в контексте культурно опосредованного взаимодействия. Л. С. Выготский подчеркивал: «развитие высших психических функций идёт через социализированную, культурно опосредованную деятельность» [7, с. 77].

В этом контексте особенно актуально высказывание А. А. Мелик-Пашаева, который подчёркивает, что «в педагогике искусства есть такой традиционный предрассудок: сначала надо освоить нормы, правила, то, "как это делается", а когда-то потом, на этой основе, станет возможно творчество… Освоение норм и способов необходимо, но оно с самого начала и всегда должно быть средством, а не отдельным этапом, лишённым творчества» [20, с. 4]. Именно такой подход реализуется в методике «непослушного» конструирования.

Методика также способствует социализации и укреплению субъектной позиции ребёнка через совместное обсуждение, презентацию и интерпретацию замыслов. Одним из ключевых психологических ресурсов является её инклюзивность. В условиях открытого задания дети с разным уровнем подготовки и самооценки вовлекаются в совместную деятельность на равных. Ученики с меньшими академическими достижениями получают шанс на успех, а дети с высокой учебной мотивацией – возможность выйти за рамки шаблонов [8] и реализовать нестандартные идеи [29]. Даже самые необычные или, на первый взгляд, нелепые конструкции требуют объяснения, что стимулирует развитие причинно-следственного мышления, логики [2] и речевой активности [30].

Особую актуальность методика приобретает в условиях современной школы, где зачастую преобладает ориентация на стандартизированные результаты и алгоритмизированные действия. Это, в свою очередь, может вести к формированию ригидных когнитивных стратегий как у учащихся, так и у педагогов. Многие

образовательные программы зачастую не учитывают стремительную динамику социального контекста, где востребованы гибкость мышления, способность к адаптации [19] и инновационные подходы [21]. В результате учащиеся всё чаще сталкиваются с ощущением несоответствия требованиям, особенно в условиях жёсткой конкуренции.

Безусловно, сама идея соревнования может служить стимулом к развитию, однако она должна быть организована так, чтобы не порождать тревожности и чувства несостоятельности. В образовательной практике нередко наблюдается ситуация, когда успех интерпретируется исключительно через призму победы, а проигрыш – как знак личной несостоятельности. Такая дихотомия препятствует формированию устойчивой учебной мотивации [32]. Методика «непослушного» конструирования предлагает альтернативный подход: она выравнивает стартовые условия, позволяя каждому ребёнку испытать чувство значимости и личного достижения. Это достигается благодаря открытости заданий, множественности решений и отсутствию страха ошибки как критерия оценки [39].

Развитие креативности – ещё один важный эффект методики. По мнению зарубежных исследователей, «креативность требует условий, допускающих неопределённость и нестандартность» [46, с. 70]. В «непослушном» конструировании такие условия создаются преднамеренно – через снятие ограничений, неожиданные темы и акцент на оригинальности решений. Это не только способствует развитию творческого и критического мышления, но и формирует навыки преодоления неопределённости [36; 42].

Таким образом, методика «непослушного» конструирования является не только инструментом развития когнитивных и творческих способностей, но и значимым ресурсом формирования психологически комфортной образовательной среды. Уверенность в себе, готовность к эксперименту, способность воспринимать неудачи как часть процесса, умение работать в команде и презентовать собственные идеи – все эти качества становятся важным результатом участия в подобной деятельности. Эмоционально насыщенные задания способствуют снижению тревожности и стимулируют коммуникативную активность, а возможность «озвучить» даже самую необычную идею укрепляет доверие к собственному воображению и интуиции.

Выводы

Методика «непослушного» конструирования, реализуемая в рамках программы «ИНЖЕНЕРиЯ» с использованием любого отечественного конструктора, представляет собой современную педагогическую технологию, направленную на развитие креативного потенциала младших школьников в условиях психологически безопасной образовательной среды. Введение элементов абсурда, иронии, нарушения логики и «игрового беспорядка» смещает акцент с репродуктивных форм обучения на продуктивное самовыражение, снижает уровень учебной тревожности, стимулирует гибкость и дивергентность мышления, способствует формированию эмоциональной устойчивости, активному включению детей в работу и проявлению инициативы, а также развитию коммуникативных навыков и субъектной позиции ребёнка. При этом результаты, полученные в ходе апробации, позволяют сделать предварительные выводы о положительном влиянии методики на эмоциональное состояние, инициативность и творческую активность младших школьников, однако следует учитывать ряд факторов, ограничивающих интерпретацию данных: исследование проводилось на ограниченной выборке (n = 86) отдельных школ, методы (наблюдение, анализ высказываний, интервью) обеспечивали высокую содержательную валидность, но не предполагают строгой количественной оценки динамики развития, а индивидуальные особенности педагогов могут влиять на восприятие и результаты занятий. В то же время программа «ИНЖЕНЕРиЯ» универсальна и адаптивна: использование любого отечественного конструктора снижает зависимость от конкретных поставщиков и позволяет масштабировать методику на широкий круг образовательных организаций, сохраняя права ребёнка на игру, ошибку и фантазию. Выявленные ограничения не уменьшают значимости полученных результатов, а указывают направления для дальнейшего исследования: расширение эмпирической базы, включение количественных методов оценки, лонгитюдное отслеживание эффектов и методическая поддержка педагогов позволят более полно раскрыть потенциал данной педагогической технологии.

Список литературы

1. Алимова Е. С., Закурдаева Р. И. Современные проблемы социокультурного развития младших школьников // Современные научные исследования и разработки. 2018. № 1(12[29]). С. 38–40. EDN PPGPKN.

2. Балабан Е. Г. Элементы игровых технологий в начальной школе как средство формирования познавательных и коммуникативных УУД младших школьников // Научный альманах. 2023. № 9-1(107). С. 34–38. EDN FPZZPR.
3. Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л.: Наука, 1971. 119 с.
4. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. 464 с.
5. Брушлинский А. В. Психология мышления и проблемное обучение. М.: Наука, 1983. 239 с.
6. Воробьев В. С. К 125-летию со дня рождения Жана Пиаже // Теоретическая и экспериментальная психология. 2021. Т. 14, № 2. С. 51–58. EDN YQMFKQ.
7. Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте. М.: Просвещение, 1984. 94 с.
8. Гедоло Д. С. Современные педагогические подходы в игровых технологиях в образовательном процессе начальной школы // Вестник науки. 2024. № 3(1[70]). С. 414–422. EDN HVKBPU.
9. Горбов С. Ф., и др. Основные положения образовательной системы Д. Б. Эльконина – В. В. Давыдова в свете требований ФГОС НОО // Инновационные проекты и программы в образовании. 2010. № 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-polozheniya-obrazovatelnoy-sistemy-d-b-elkonina-v-v-davydova-v-svete-trebovaniy-federalnogo-gosudarstvennogo-standarta (дата обращения: 09.07.2025).
10. Джанаева Р. З., Соколова И. Ю. Развитие креативности младших школьников средствами игровых технологий в образовательном процессе // Инновационная наука. 2015. № 5-2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-kreativnosti-mladshih-shkolnikov-sredstvami-igrovyh-tehnologiy-v-obrazovatelnom-protsesse (дата обращения: 09.07.2025).
11. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психология высшей школы: учебное пособие для вузов. Минск: Изд-во БГУ, 1981. 383 с.
12. Ефимов О. В. Использование элементов STEAM-подхода в образовательном пространстве школы // Международный журнал экономики и образования. 2024. Т. 10, № 1. С. 15–23. EDN CUZJUB.

13. Жиркова А. И. STEAM-подход как средство развития навыков будущего у младших школьников // Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации: сб. ст. XXXIV Междунар. науч.-практ. конф., Пенза, 25 дек. 2023 г. Пенза: Наука и Просвещение, 2023. С. 153–155. EDN QOVZWN.
14. Зудина Е. П., Кузнецова Е. А. Возрастные особенности младших школьников // Научный альманах. 2023. № 5-1(103). С. 60–62. EDN WHBSGN.
15. Карапетян Л. В., Глотова Г. А. Внутреннее благополучие как комплексная динамическая система // Перспективы науки и образования. 2021. № 3(51). С. 404–416. DOI: 10.32744/pse.2021.3.28.
16. Карпов А. В., Башкин М. В., Карпова Е. В., Чемякина А. В. Цифровизация как детерминанта трансформаций когнитивной подсистемы психики // Перспективы науки и образования. 2024. № 6(72). С. 45–54. EDN ABC456.
17. Ламзина О. В. Как научить детей решать инженерные задачи в начальной школе // Образ действия. 2024. № S2. С. 56–62. EDN AJCGXP.
18. Левина Т. Н., Щербакова Н. Е. Проблема повышенной тревожности младших школьников в современной школе // Молодежь. Образование. Наука. 2024. № 1(19). С. 84–87. EDN MEFXVE.
19. Ледовская Т. В., Солынин Н. Э. Структурная организация индивидуальных ресурсов совладающего поведения педагога // Перспективы науки и образования. 2024. № 6(72). С. 112–121. EDN GHI012.
20. Мелик-Пашаев А. А., Новлянская З. Н. Опыт творчества универсален. Интервью с А. А. Мелик-Пашаевым и З. Н. Новлянской // Современное дошкольное образование. 2020. № 6(102). С. 4–11. EDN JFXAEP.
21. Меньшикова О. И., Бикменева Е. Г. Особенности образования в условиях цифровизации: технологический и гуманитарный аспекты // Знание. Понимание. Умение. 2022. № 4. С. 18–29. DOI: 10.17805/zpu.2022.4.2. EDN BKNWOV.
22. Мкртчян Л. С. Место и роль игровой технологии в обучении младших школьников // Современная высшая школа: инновационный аспект. 2012. № 4. С. 195–199. EDN QAWQPP.
23. Морозова В. В., Денисова Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение младших школьников с высоким уровнем школьной тревожности // Инновационная наука. 2024. № 5-1. С. 205–209. EDN ERGRRF.

24. Нурулаева З. М. Детский строительный материал Бабашки и его польза для детей // Ямальский вестник. 2024. № 1(33). С. 145–146. EDN IIXHVZ.
25. Панферов В. Н., Сутормина Н. В., Рудыхина О. В. Когнитивно-стилевые характеристики, показатели учебной активности и успеваемости школьников с разными уровнями цифровой компетентности // Перспективы науки и образования. 2025. № 2(75). С. 35–45. EDN STU234.
26. Первова Г. М., Гутарин М. М. Метод проектов в современной начальной школе // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2019. Т. 24, № 183. С. 148–155. DOI: 10.20310/1810-0201-2019-24-183-148-155. EDN CCHVYI.
27. Печеркина А. А., Катькало К. Д., Борисов Г. И. Академическая успешность и эмоциональное благополучие школьников: теоретический обзор исследований // Перспективы науки и образования. 2024. № 6(72). С. 95–105. EDN DEF789.
28. Путин В. В. Послание Президента Федеральному Собранию 21 февраля 2023 года // Официальный сайт Президента РФ. URL: http://kremlin.ru (дата обращения: 09.07.2025).
29. Ражабова Л. Ч. Методы и средства использования STEAM-подхода для активизации детского творчества // Экономика и социум. 2024. № 12-1(127). С. 988–990. EDN FFLHQQ.
30. Романова О. В. Использование игровых технологий в начальной школе как средства формирования и развития коммуникативных универсальных учебных действий // Флагман науки. 2024. Т. 7, № 18. С. 248–250. EDN QHBFYO.
31. Рубцов В. В. Организация и развитие совместных действий у детей в процессе обучения. М.: Педагогика, 1987. 159 с.
32. Умарова Б. И. Формирование учебной мотивации слабоуспевающих учеников // Интернаука. 2024. № 9-1(326). С. 50–51. EDN GKPLHB.
33. Холодная М. А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования: учебник для вузов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2025. 334 с.
34. Эльконин Д. Б. Психология игры. М.: Педагогика, 2000. 340 с.
35. Arzikulov A. Sh. Age peculiarities of individuals of young schoolchildren // Obrazovanie i nauka v Rossii i za rubezhom. 2021. № 10(86). P. 47–53. EDN UAWSDR.
36. Beghetto R. A., Kaufman J. C. Classroom Contexts for Creativity // High Ability Studies. 2014. Vol. 25, No. 1. P. 23–34. DOI: 10.1080/13598139.2014.905247.

37. Biggs J. Teaching for Quality Learning at University: What the Student Does. 4th ed. Maidenhead: Open University Press / McGraw-Hill Education, 2011. 418 p. URL: https://books.google.com/books/about/Teaching_for_Quality_Learning_at_Univers.html?id=6LqzQgAACAAJ (дата обращения: 09.07.2025).
38. Council of Europe. Reference Framework of Competences for Democratic Culture: Volumes 1–3. Strasbourg: Council of Europe, 2018. URL: https://www.coe.int/en/web/education/competences-for-democratic-culture (дата обращения: 09.07.2025).
39. Dweck C. S. Mindset: The New Psychology of Success. New York: Random House, 2016. 284 p.
40. Edwards C., Gandini L., Forman G. The Hundred Languages of Children: The Reggio Emilia Experience in Transformation. Santa Barbara: Praeger, 2011. URL: https://www.worldcat.org/title/1002238714 (дата обращения: 09.07.2025).
41. International Association of Universities. IAU Policy Statement: Transforming Higher Education for Sustainable Futures. 2021. URL: https://iau-aiu.net/ (дата обращения: 09.07.2025).
42. Kozbelt A., Beghetto R. A., Runco M. A. Theories of Creativity // In: Kaufman J. C., Sternberg R. J. (Eds.). The Cambridge Handbook of Creativity. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. P. 20–47.
43. Laurillard D. Teaching as a Design Science. New York: Routledge, 2012. 256 p. URL: https://www.routledge.com/Teaching-as-a-Design-Science/Laurillard/p/book/9780415803878 (дата обращения: 09.07.2025).
44. Papert S. Mindstorms: Children, Computers, and Powerful Ideas. New York: Basic Books, 1980. 242 p.
45. Runco M. A. Divergent Thinking, Creativity, and Ideation // In: Kaufman J. C., Sternberg R. J. (Eds.). The Cambridge Handbook of Creativity. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. P. 413–446.
46. Runco M. A., Acar S. Divergent Thinking as an Indicator of Creative Potential // Creativity Research Journal. 2012. Vol. 24, No. 1. P. 66–75. DOI: 10.1080/10400419.2012.652929.
47. UNESCO. Reimagining our futures together: A new social contract for education. Paris: UNESCO, 2021. URL: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707 (дата обращения: 09.07.2025).

48. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. URL: https://sdgs.un.org/2030agenda (дата обращения: 09.07.2025).
49. Urban95. Cardboard Play City: Creating Urban Imaginations. 2019. URL: https://bernardvanleer.org (дата обращения: 09.07.2025).
50. Zeidner M., Matthews G., Roberts R. D. Emotional Intelligence in the Classroom // In: Emotional Intelligence: Research and Perspectives. 2013. P. 69–89.

References

1. Alimova E. S., Zakurdaeva R. I. Sovremennye problemy sotsiokul'turnogo razvitiya mladshikh shkol'nikov (Current problems of socio-cultural development of younger schoolchildren) // Sovremennye nauchnye issledovaniya i razrabotki (Modern Scientific Research and Development). 2018. No. 1(12[29]), pp. 38–40. EDN PPGPKN. (in Russ.)
2. Balaban E. G. Elementy igrovykh tekhnologii v nachal'noi shkole kak sredstvo formirovaniya poznavatel'nykh i kommunikativnykh UUD mladshikh shkol'nikov (Elements of game technologies in primary school as a means of forming cognitive and communicative universal learning actions of younger schoolchildren) // Nauchnyi al'manakh (Scientific Almanac). 2023. No. 9-1(107), pp. 34–38. EDN FPZZPR. (in Russ.)
3. Bekhtereva N. P. Neirofiziologicheskie aspekty psikhicheskoi deyatel'nosti cheloveka (Neurophysiological aspects of human mental activity). Leningrad: Nauka Publ., 1971. 119 p. (in Russ.)
4. Bozhovich L. I. Lichnost' i ee formirovanie v detskom vozraste (Personality and its formation in childhood). Moscow: Prosveshchenie Publ., 1968. 464 p. (in Russ.)
5. Brushlinskii A. V. Psikhologiya myshleniya i problemnoe obuchenie (Psychology of thinking and problem-based learning). Moscow: Nauka Publ., 1983. 239 p. (in Russ.)
6. Vorob'ev V. S. K 125-letiyu so dnya rozhdeniya Zhana Piazhe (On the 125th anniversary of Jean Piaget's birth) // Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya (Theoretical and Experimental Psychology). 2021. Vol. 14, no. 2, pp. 51–58. EDN YQMFKQ. (in Russ.)
7. Vygotskii L. S. Voobrazhenie i tvorchestvo v detskom vozraste (Imagination and creativity in childhood). Moscow: Prosveshchenie Publ., 1984. 94 p. (in Russ.)

8. Gedolo D. S. Sovremennye pedagogicheskie podkhody v igrovykh tekhnologiyakh v obrazovatel'nom protsesse nachal'noi shkoly (Modern pedagogical approaches in game technologies in the educational process of primary school) // Vestnik nauki (Science Bulletin). 2024. No. 3(1[70]), pp. 414–422. EDN HVKBPU. (in Russ.)
9. Gorbov S. F., et al. Osnovnye polozheniya obrazovatel'noi sistemy D. B. El'konina – V. V. Davydova v svete trebovanii FGOS NOO (Main provisions of the educational system of D. B. Elkonin – V. V. Davydov in light of the requirements of the Federal State Educational Standard for Primary General Education) // Innovatsionnye proekty i programmy v obrazovanii (Innovative Projects and Programs in Education). 2010. No. 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-polozheniya-obrazovatelnoy-sistemy-d-b-elkonina-v-v-davydova-v-svete-trebovaniy-federalnogo-gosudarstvennogo-standarta (accessed: 09.07.2025). (in Russ.)
10. Dzhanaeva R. Z., Sokolova I. Yu. Razvitie kreativnosti mladshikh shkol'nikov sredstvami igrovykh tekhnologii v obrazovatel'nom protsesse (Development of creativity in younger schoolchildren through game technologies in the educational process) // Innovatsionnaya nauka (Innovative Science). 2015. No. 5-2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-kreativnosti-mladshih-shkolnikov-sredstvami-igrovyh-tehnologiy-v-obrazovatelnom-protsesse (accessed: 09.07.2025). (in Russ.)
11. Dyachenko M. I., Kandybovich L. A. Psikhologiya vysshei shkoly: uchebnoe posobie dlya vuzov (Psychology of higher education: textbook for universities). Minsk: Belarusian State University Publ., 1981. 383 p. (in Russ.)
12. Efimov O. V. Ispol'zovanie elementov STEAM-podkhoda v obrazovatel'nom prostranstve shkoly (Use of STEAM approach elements in the educational space of the school) // Mezhdunarodnyi zhurnal ekonomiki i obrazovaniya (International Journal of Economics and Education). 2024. Vol. 10, no. 1, pp. 15–23. EDN CUZJUB. (in Russ.)
13. Zhirkova A. I. Steam-podkhod kak sredstvo razvitiya navykov budushchego u mladshikh shkol'nikov (STEAM approach as a means of developing future skills in younger schoolchildren) // Sovremennaya nauka: aktual'nye voprosy, dostizheniya i innovatsii (Modern Science: Current Issues, Achievements and Innovations): proceedings of the XXXIV Int. sci.-pract. conf., Penza, Dec. 25, 2023. Penza: Nauka i Prosveshchenie Publ., 2023, pp. 153–155. EDN QOVZWN. (in Russ.)

14. Zudina E. P., Kuznetsova E. A. Vozrastnye osobennosti mladshikh shkol'nikov (Age characteristics of younger schoolchildren) // Nauchnyi al'manakh (Scientific Almanac). 2023. No. 5-1(103), pp. 60–62. EDN WHBSGN. (in Russ.)
15. Karapetyan L. V., Glotova G. A. Vnutrennee blagopoluchie kak kompleksnaya dinamicheskaya sistema (Inner well-being as a complex dynamic system) // Perspektivy nauki i obrazovaniya (Perspectives of Science and Education). 2021. No. 3(51), pp. 404–416. DOI: 10.32744/pse.2021.3.28. (in Russ.)
16. Karpov A. V., Bashkin M. V., Karpova E. V., Chemyakina A. V. Tsifrovizatsiya kak determinanta transformatsii kognitivnoi podsistemy psikhiki (Digitalization as a determinant of transformations in the cognitive subsystem of the psyche) // Perspektivy nauki i obrazovaniya (Perspectives of Science and Education). 2024. No. 6(72), pp. 45–54. EDN ABC456. (in Russ.)
17. Lamzina O. V. Kak nauchit' detei reshat' inzhenernye zadachi v nachal'noi shkole (How to teach children to solve engineering problems in primary school) // Obraz deistviya (Image of Action). 2024. No. S2, pp. 56–62. EDN AJCGXP. (in Russ.)
18. Levina T. N., Shcherbakova N. E. Problema povyshennoi trevozhnosti mladshikh shkol'nikov v sovremennoi shkole (The problem of increased anxiety of younger schoolchildren in modern school) // Molodezh'. Obrazovanie. Nauka (Youth. Education. Science). 2024. No. 1(19), pp. 84–87. EDN MEFXVE. (in Russ.)
19. Ledovskaya T. V., Solynin N. E. Strukturnaya organizatsiya individual'nykh resursov sovladayushchego povedeniya pedagoga (Structural organization of individual resources of teachers' coping behavior) // Perspektivy nauki i obrazovaniya (Perspectives of Science and Education). 2024. No. 6(72), pp. 112–121. EDN GHI012. (in Russ.)
20. Melik-Pashaev A. A., Novlyanskaya Z. N. Opyt tvorchestva universal'en. Interv'yu s A. A. Melik-Pashaevym i Z. N. Novlyanskoi (The experience of creativity is universal. Interview with A. A. Melik-Pashaev and Z. N. Novlyanskaya) // Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie (Modern Preschool Education). 2020. No. 6(102), pp. 4–11. EDN JFXAEP.
21. Menshikova O. I., Bikmeneva E. G. Osobennosti obrazovaniya v usloviyakh tsifrovizatsii: tekhnologicheskii i gumanitarnyi aspekty (Features of education in the context of digitalization: technological and humanitarian aspects) // Znanie.

Ponimanie. Umenie (Knowledge. Understanding. Skill). 2022. No. 4, pp. 18–29. https://doi.org/10.17805/zpu.2022.4.2. EDN BKNWOV. (in Russ.)

22. Mkrtchyan L. S. Mesto i rol' igrovoi tekhnologii v obuchenii mladshikh shkol'nikov (Place and role of game technology in teaching primary school students) // Sovremennaya vysshaya shkola: innovatsionnyi aspekt (Modern Higher School: Innovative Aspect). 2012. No. 4, pp. 195–199. EDN QAWQPP. (in Russ.)
23. Morozova V. V., Denisova E. A. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie mladshikh shkol'nikov s vysokim urovnem shkol'noi trevozhnosti (Psychological and pedagogical support for primary school students with high levels of school anxiety) // Innovatsionnaya nauka (Innovative Science). 2024. No. 5-1, pp. 205–209. EDN ERGRRF. (in Russ.)
24. Nurulaeva Z. M. Detskii stroitel'nyi material Babashki i ego pol'za dlya detei (Babashki children's building material and its benefits for children) // Yamal'skii vestnik (Yamal Bulletin). 2024. No. 1(33), pp. 145–146. EDN IIXHVZ. (in Russ.)
25. Panferov V. N., Sutormina N. V., Rudyhina O. V. Kognitivno-stilevye kharakteristiki, pokazateli uchebnoi aktivnosti i uspevaemosti shkol'nikov s raznymi urovnyami tsifrovoi kompetentnosti (Cognitive-style characteristics, indicators of academic activity and performance of schoolchildren with different levels of digital competence) // Perspektivy nauki i obrazovaniya (Perspectives of Science and Education). 2025. No. 2(75), pp. 35–45. EDN STU234. (in Russ.)
26. Pervova G. M., Gutarin M. M. Metod proektov v sovremennoi nachal'noi shkole (Project method in modern primary school) // Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki (Tambov University Review. Series: Humanities). 2019. Vol. 24, no. 183, pp. 148–155. https://doi.org/10.20310/1810-0201-2019-24-183-148-155. EDN CCHVYI. (in Russ.)
27. Pecherkina A. A., Kat'kalo K. D., Borisov G. I. Akademicheskaya uspeshnost' i emotsional'noe blagopoluchie shkol'nikov: teoreticheskii obzor issledovanii (Academic success and emotional well-being of schoolchildren: theoretical review of studies) // Perspektivy nauki i obrazovaniya (Perspectives of Science and Education). 2024. No. 6(72), pp. 95–105. EDN DEF789. (in Russ.)
28. Putin V. V. Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu 21 fevralya 2023 goda (Presidential Address to the Federal Assembly, February 21, 2023) // Ofitsial'nyi sait

Prezidenta RF (Official website of the President of the Russian Federation). URL: http://kremlin.ru (accessed: 09.07.2025). (in Russ.)

29. Razhabova L. Ch. Metody i sredstva ispol'zovaniya STEAM-podkhoda dlya aktivizatsii detskogo tvorchestva (Methods and means of using the STEAM approach to enhance children's creativity) // Ekonomika i sotsium (Economy and Society). 2024. No. 12-1(127), pp. 988–990. EDN FFLHQQ. (in Russ.)
30. Romanova O. V. Ispol'zovanie igrovykh tekhnologii v nachal'noi shkole kak sredstva formirovaniya i razvitiya kommunikativnykh universal'nykh uchebnykh deistvii (The use of gaming technologies in primary school as a means of forming and developing communicative universal learning activities) // Flagman nauki (Flagship of Science). 2024. Vol. 7, no. 18, pp. 248–250. EDN QHBFYO. (in Russ.)
31. Rubtsov V. V. Organizatsiya i razvitie sovmestnykh deistvii u detei v protsesse obucheniya (Organization and development of joint actions in children during learning). Moscow: Pedagogika Publ., 1987. 159 p. (in Russ.)
32. Umarova B. I. Formirovanie uchebnoi motivatsii slabouspevayushchikh uchenikov (Formation of educational motivation in low-achieving students) // Internauka (Internauka). 2024. No. 9-1(326), pp. 50–51. EDN GKPLHB. (in Russ.)
33. Kholodnaya M. A. Psikhologiya intellekta. Paradoksy issledovaniya: uchebnik dlya vuzov (Psychology of intelligence. Paradoxes of research: textbook for universities) (3rd ed., rev. and exp.). Moscow: Yurait Publ., 2025. 334 p. (in Russ.)
34. El'konin D. B. Psikhologiya igry (Psychology of play). Moscow: Pedagogika Publ., 2000. 340 p. (in Russ.)
35. Arzikulov A. Sh. Age peculiarities of individuals of young schoolchildren // Obrazovanie i nauka v Rossii i za rubezhom (Education and Science in Russia and Abroad). 2021. No. 10(86), pp. 47–53. EDN UAWSDR.
36. Beghetto R. A., Kaufman J. C. Classroom Contexts for Creativity // High Ability Studies. 2014. Vol. 25, no. 1, pp. 23–34. https://doi.org/10.1080/13598139.2014.905247
37. Biggs J. Teaching for Quality Learning at University: What the Student Does (4th ed.). Maidenhead: Open University Press / McGraw-Hill Education, 2011. 418 p. URL: https://books.google.com/books/about/Teaching_for_Quality_Learning_at_Univers.html?id=6LqzQgAACAAJ (accessed: 09.07.2025).
38. Council of Europe. Reference Framework of Competences for Democratic Culture: Volumes 1–3. Strasbourg: Council of Europe, 2018. URL:

https://www.coe.int/en/web/education/competences-for-democratic-culture (accessed: 09.07.2025).

39. Dweck C. S. Mindset: The New Psychology of Success. New York: Random House, 2016. 284 p.
40. Edwards C., Gandini L., Forman G. The Hundred Languages of Children: The Reggio Emilia Experience in Transformation. Santa Barbara: Praeger, 2011. URL: https://www.worldcat.org/title/1002238714 (accessed: 09.07.2025).
41. International Association of Universities. IAU Policy Statement: Transforming Higher Education for Sustainable Futures. 2021. URL: https://iau-aiu.net/ (accessed: 09.07.2025).
42. Kozbelt A., Beghetto R. A., Runco M. A. Theories of Creativity // In: Kaufman J. C., Sternberg R. J. (Eds.) The Cambridge Handbook of Creativity. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, pp. 20–47.
43. Laurillard D. Teaching as a Design Science. New York: Routledge, 2012. 256 p. URL: https://www.routledge.com/Teaching-as-a-Design-Science/Laurillard/p/book/9780415803878 (accessed: 09.07.2025).
44. Papert S. Mindstorms: Children, Computers, and Powerful Ideas. New York: Basic Books, 1980. 242 p.
45. Runco M. A. Divergent Thinking, Creativity, and Ideation // In: Kaufman J. C., Sternberg R. J. (Eds.) The Cambridge Handbook of Creativity. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, pp. 413–446.
46. Runco M. A., Acar S. Divergent Thinking as an Indicator of Creative Potential // Creativity Research Journal. 2012. Vol. 24, no. 1, pp. 66–75. https://doi.org/10.1080/10400419.2012.652929
47. UNESCO. Reimagining our futures together: A new social contract for education. Paris: UNESCO, 2021. URL: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707 (accessed: 09.07.2025).
48. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. URL: https://sdgs.un.org/2030agenda (accessed: 09.07.2025).
49. Urban95. Cardboard Play City: Creating Urban Imaginations. 2019. URL: https://bernardvanleer.org (accessed: 09.07.2025).

50. Zeidner M., Matthews G., Roberts R. D. Emotional Intelligence in the Classroom // In: Emotional Intelligence: Research and Perspectives. 2013, pp. 69–89.

© Федосеева О.Б., Перминова И.М., Борзунова Т.И., Хайбуллин А.Э.

УДК 614.2

БАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СПРОСА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Федосеева О.Б.[1], Перминова И.М.[2], Борзунова Т.И.[3], Хайбуллин А.Э.[3]

[1]Управление организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва, Россия

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

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

Резюме. Цель исследования – проанализировать индикаторы, влияющие на показатели планирования спроса медицинской деятельности в организации здравоохранения. В статье проанализированы данные статистики о численности и структуре населения, прикрепленного к медицинской организации, форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Данные первичной медицинской документации 723 614 посещений отраженной в статистике прикрепленного населения сопоставили с регистрацией 952 016 случаев заболеваний за 2019-2024 гг. Основные тренды в структуре согласно классификации МКБ-10 обусловлены тенденцией к снижению большинства нозологий, при этом зарегистрирован рост случаев болезней органов дыхания. При планировании распределения средств и ресурсов стоит учитывать особенности половозрастного состава, а также динамику заболеваемости по нозологическим классам.

Ключевые слова: половозрастной состав, динамика отдельных классов болезней, прогнозирование спроса, планирование ресурсов, МКБ-10, экономика здравоохранения.

BASIC FUNCTIONS OF MEDICAL ORGANIZATION ACTIVITY FORECASTING: ANALYSIS OF MEDICAL SERVICES DEMAND PLANNING INDICATORS

Fedoseeva O.B.[1], Perminova I.M.[2], Borzunova T.I.[3], Khaibullin A.E.[3]

[1]Department of State Control of the Quality of Medical Care Provided to the Population of the Federal Service for Supervision of Healthcare, Moscow, Russia

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

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

Summary. The objective of this study is to analyze indicators influencing the demand planning indicators for medical activities in a healthcare organization. The article analyzes statistical data on the size and structure of the population assigned to a medical organization, Form No. 12 "Information on the number of diseases registered in patients living in the service area of the medical organization." Primary medical documentation data for 723,614 visits reflected in the statistics of the assigned population was compared with the registration of 952,016 cases of diseases for 2019-2024. The main trends in the structure according to the ICD-10 classification are due to a downward trend in most nosologies, while an increase in cases of respiratory diseases has been recorded. When planning the distribution of funds and resources, it is important to consider the characteristics of the sex and age composition, as well as the dynamics of morbidity by nosological classes.

Keywords: age and gender composition, dynamics of individual disease classes, demand forecasting, resource planning, ICD-10, health economics.

Введение

Современное здравоохранение как ключевой элемент социальной сферы экономики сталкивается с необходимостью эффективного распределения ограниченных финансовых и материальных ресурсов в условиях растущей потребности населения в медицинских услугах. Особенности половозрастного состава населения и территориально обусловленные факторы риска оказывают непосредственное влияние на структуру заболеваний, а, следовательно, на ожидаемое количество пациентов для определенных классов болезней согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [1].

Анализ медико-демографических показателей является основополагающим инструментом территориального планирования в здравоохранении, направленным на формирование условий для обеспечения доступности медицинской помощи и эффективного использования ресурсов. Половозрастная структура населения определяет не только объем, но и специфику медицинской помощи, требуемой различным группам населения. Демографически старый тип населения, характерный для многих регионов Российской Федерации, сопровождается повышением уровня хронической и множественной патологии, увеличением потребности в стационарной помощи и обслуживании на дому.

Прогнозирование спроса на медицинские услуги представляет собой комплексный процесс, включающий анализ фактического потребления, выявление закономерностей и динамики спроса, а также учет множества факторов, влияющих на потребление медицинской помощи. Эффективное прогнозирование позволяет медицинским организациям оптимизировать управление запасами лекарственных средств, планировать необходимое количество медицинского персонала и своевременно адаптироваться к изменяющимся потребностям прикрепленного населения [2,3].

В контексте экономики здравоохранения планирование деятельности медицинских организаций на основе объективных индикаторов заболеваемости и демографических характеристик обеспечивает рациональное распределение бюджетных средств [5]. Недооценка или переоценка потребности в медицинских услугах приводит либо к дефициту мощностей и снижению доступности помощи, либо к неэффективному использованию ресурсов [6-7].

Цель работы

Проанализировать значимые индикаторы, влияющие на показатели планирования спроса медицинской деятельности межмуниципального центра 2 уровня.

Материалы и методы

Дизайн исследования – ретроспективное когортное наблюдательное исследование. Данный тип исследования является оптимальным методом выявления причинных факторов и закономерностей развития заболеваний при невозможности проведения экспериментальных исследований.

Материал исследования составили данные статистики о численности и структуре населения, прикрепленного к межмуниципальной медицинской организации 2 уровня,

и форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Форма № 12 составляется всеми медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и позволяет проводить мониторинг заболеваемости по классам МКБ-10.

Данные первичной медицинской документации включали 723 614 посещений амбулаторно-поликлинических подразделений, отраженных в статистике прикрепленного населения, которые сопоставили с регистрацией 952 016 случаев заболеваний за период 2019-2024 гг. Анализ посещений проводился с учетом их структуры: посещения с профилактической целью, по поводу заболеваний, а также посещения на дому.

Методы исследования включали анализ динамики заболеваемости по нозологическим группам согласно МКБ-10, оценку половозрастной структуры прикрепленного населения, расчет интенсивных показателей заболеваемости на 100 тысяч населения и анализ структуры обращаемости в медицинскую организацию.

Статистическая обработка результатов исследования для оценки межгрупповых различий осуществлялась с использованием параметрических и непараметрических методов, в качестве критической величины достоверности различий был принят уровень значимости 0,05. Данные статистики о численности и структуре населения представлены в виде M±m и оценены интервально. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Excel, которая обеспечивает возможности описательной статистики, корреляционного анализа и построения прогностических моделей.

Результаты и обсуждения

Анализ половозрастной структуры прикрепленного населения за период 2019-2024 гг. выявил характерные для Российской Федерации демографические тенденции. Доля граждан старше трудоспособного возраста составляла в среднем 34,2±2,1%, при этом отмечалось ежегодное увеличение данного показателя на 1,8-2,5%. Доля женщин старше трудоспособного возраста превышала долю мужчин в 2,3 раза, что соответствует общероссийским тенденциям и свидетельствует о регрессивном типе возрастной структуры населения.

Общая заболеваемость населения за анализируемый период демонстрировала разнонаправленные тенденции в зависимости от нозологического класса по МКБ-10.

Среднегодовой показатель общей заболеваемости составил 131 478±8 542 случая на 100 000 населения. При анализе динамики по отдельным классам болезней выявлено снижение большинства нозологий, включая болезни системы кровообращения (на 8,3%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 6,7%), болезни эндокринной системы (на 4,2%).

Вместе с тем, зарегистрирован значительный рост случаев болезней органов дыхания (класс X по МКБ-10, коды J00-J99). Показатель общей заболеваемости болезнями органов дыхания увеличился с 38 247±1 892 до 52 315±2 164 случаев на 100 000 населения, что составило прирост 36,8%. Наибольший вклад в структуру болезней органов дыхания вносили острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (J00-J06), хронические обструктивные заболевания легких (J40-J44) и пневмонии (J12-J18).

Анализ первичной заболеваемости (впервые выявленные заболевания) показал общий прирост на 12,6% за изучаемый период. Максимальные темпы прироста первичной заболеваемости отмечались среди лиц пожилого и старческого возраста (65 лет и старше), что составило 18,4±3,2%. Данная тенденция коррелирует с увеличением доли населения старших возрастных групп в структуре прикрепленного контингента.

Структура посещений амбулаторно-поликлинических подразделений характеризовалась преобладанием посещений по поводу заболеваний – 68,7±4,3% от общего числа визитов. Посещения с профилактической целью, включая диспансеризацию, составили 22,8±2,7%, что ниже рекомендуемого уровня в 30%. Среднее число амбулаторных контактов на одного жителя в год составило 6,3±0,4 посещения, при этом для женщин старше 55 лет данный показатель достигал 8,7±0,6 посещений в год.

Территориальные особенности заболеваемости были связаны с промышленным характером городского округа. Повышенные показатели заболеваемости болезнями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, а также профессиональной патологии среди работающего населения отражают влияние неблагоприятных экологических и производственных факторов.

Прогнозирование потребности в медицинских услугах на основе выявленных трендов показало необходимость увеличения мощностей терапевтической и пульмонологической служб на 15-18% к 2026 году. Расчетная потребность в

медицинских кадрах с учетом демографического старения населения и роста заболеваемости болезнями органов дыхания требует увеличения числа должностей врачей-терапевтов на 12%, врачей-пульмонологов на 25%.

Полученные результаты демонстрируют комплексное влияние демографических и эпидемиологических факторов на формирование спроса на медицинские услуги в условиях городской многопрофильной больницы. Выявленный регрессивный тип возрастной структуры населения с преобладанием лиц старше трудоспособного возраста соответствует общероссийским тенденциям и создает предпосылки для дальнейшего роста потребности в медицинской помощи, особенно в части гериатрической службы и паллиативной помощи.

Рост заболеваемости болезнями органов дыхания на 36,8% представляет собой значимый эпидемиологический тренд, требующий пристального внимания при планировании ресурсов. Глобальная распространенность хронических респираторных заболеваний увеличилась за последние годы на 39,8%, что подтверждает актуальность выявленной проблемы. Факторами риска развития болезней органов дыхания являются курение, загрязнение воздуха и промышленные факторы, что особенно актуально для промышленных городов.

Половозрастные особенности обращаемости за медицинской помощью демонстрируют повышенную нагрузку на амбулаторно-поликлинические службы со стороны женщин старших возрастных групп. Данная категория пациентов характеризуется множественной коморбидной патологией, что требует мультидисциплинарного подхода и координации работы специалистов различного профиля.

С точки зрения экономики здравоохранения, выявленные тренды имеют непосредственное влияние на планирование финансовых ресурсов медицинской организации. Рост численности пожилых пациентов означает увеличение доходов за счет средств обязательного медицинского страхования вследствие более высоких подушевых тарифов, однако одновременно растут и затраты на оказание медицинской помощи данной категории граждан. Планирование бюджета медицинского учреждения должно учитывать как изменение структуры государственного задания, так и потребность в дополнительных медицинских кадрах, лекарственных препаратах и медицинском оборудовании.

Ограничения данного исследования связаны с ретроспективным характером сбора данных и возможными систематическими ошибками в регистрации заболеваемости. Кроме того, период наблюдения 2019-2024 гг. включал пандемию COVID-19, которая могла оказать влияние на структуру обращаемости и регистрации заболеваний.

Выводы

В результате проделанной работы проанализированы значимые индикаторы, влияющие на показатели планирования спроса медицинской деятельности межмуниципального центра 2 уровня.

Половозрастная структура прикрепленного населения характеризуется регрессивным типом с долей граждан старше трудоспособного возраста 34,2±2,1% и ежегодным приростом данного показателя на 1,8-2,5%, что определяет растущую потребность в гериатрической и паллиативной помощи.

Основным эпидемиологическим трендом является рост заболеваемости болезнями органов дыхания на 36,8% при одновременном снижении большинства других нозологических классов по МКБ-10. Данная тенденция требует перераспределения ресурсов в пользу развития терапевтической и пульмонологической служб с увеличением их мощности на 15-18%.

При планировании распределения средств и ресурсов медицинской организации необходимо учитывать особенности половозрастного состава населения, динамику заболеваемости по нозологическим классам, а также территориальные факторы риска, связанные с промышленным характером региона. Интеграция демографических и эпидемиологических индикаторов в систему планирования обеспечивает рациональное использование финансовых ресурсов и повышение доступности медицинской помощи для населения.

Прогнозирование спроса на медицинские услуги с использованием данных формы № 12 и статистических методов анализа позволяет осуществлять среднесрочное планирование потребности в медицинских кадрах, материально-технических ресурсах и финансовом обеспечении деятельности медицинской организации.

Полученные результаты имеют практическую значимость для социальной сферы экономики, поскольку оптимизация планирования ресурсов здравоохранения способствует повышению эффективности использования бюджетных средств, улучшению качества и доступности медицинской помощи населению, а также снижению экономического ущерба от заболеваемости и преждевременной смертности.

Список литературы

1. Вицелярова К. Н., Басанова К. Л. Здравоохранение как элемент социальной сферы // Концепт. 2015. № S13. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-kak-element-sotsialnoy-sfery (дата обращения: 17.10.2025).
2. Перепелица В. А., Лукашов С. А., Шапошникова О. И., Мелихов Э. В. Прогнозирование спроса населения на медицинские услуги с помощью инструментария линейных клеточных автоматов // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Общественные науки. 2006. № S6. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/prognozirovanie-sprosa-naseleniya-na-meditsinskie-uslugi-s-pomoschyu-instrumentariya-lineynyh-kletochnyh-avtomatov (дата обращения: 17.10.2025).
3. Чигрина В. П., Ходакова О. В., Тюфилин Д. С., Артамонов Г. А., Медведев В. А., Кобякова О. С., Деев И. А. Анализ динамики заболеваемости населения Российской Федерации с учётом факторов, влияющих на доступность первичной медико-санитарной помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. Т. 67. № 4. С. 275–283. DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-4-275-283. EDN: JQGEXM.
4. Омельяновский В. В., Сура М. В., Елисеева Е. В. Анализ зарубежной практики планирования сети медицинских организаций // Фармакоэкономика: теория и практика. 2022. Т. 10. № 1. С. 5–19.
5. Омельяновский В. В., Сура М. В., Рудакова А. В., Федяев К. А. Международный опыт планирования кадровых ресурсов здравоохранения // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. № 3 (37). С. 32–45.
6. Планирование и прогнозирование в деятельности организаций здравоохранения : учебно-методическое пособие / сост. Т. Н. Литвинова. Пермь : ПГМУ, 2020. 112 с.

© Мустафина О.В., Федосеева О.Б., Шарипов А.Ф.

УДК 614.2

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ БУХГАЛТЕРСКОЙ (ФИНАНСОВОЙ) ОТЧЕТНОСТИ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Мустафина О.В.[1], Федосеева О.Б[2], Шарипов А.Ф.[3]

[1]ФГБОУ ВО Уральский государственный экономический университет, кафедра бухгалтерского учета и аудита

[2]Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

[3]ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Резюме. Статья посвящена актуальным вопросам нововведений, которые возникли в результате обязательного практического применения ФСБУ 4/2023 «Бухгалтерская (финансовая) отчетность» с 01.01.2025 года. Частные медицинские организации в обязательном порядке формируют бухгалтерскую (финансовую) отчетность и возникает практическая необходимость детального исследования нововведений, обусловленных применением нового стандарта.

Ключевые слова: учетно-аналитическое обеспечение, бухгалтерский учет, бухгалтерская (финансовая) отчетность, частная медицинская организация.

CURRENT ISSUES OF FORMING ACCOUNTING (FINANCIAL) STATEMENTS BY A PRIVATE MEDICAL ORGANIZATION

Mustafina O.V.[1], Fedoseeva O.B.[2], Sharipov A.F.[2]

[1]Ural State University of Economics, Department of Accounting and Aud

[2]Federal Service for Healthcare Supervision

[3]Sverdlovsk Regional Clinical Hospital №1

Summary. The article is devoted to the current issues of innovations that have arisen as a result of the mandatory practical application of FSBU 4/2023 "Accounting (Financial) Reporting" since January 1, 2025. Private medical organizations are required to compile accounting (financial) reports, and there is a practical need for a detailed study of the innovations caused by the application of the new standard.

Keywords: accounting and analytical support, accounting, accounting (financial) statements, private medical organization.

Введение

ФСБУ 4/2023 «Бухгалтерская (финансовая) отчетность», введен Приказом Минфина от 04.10.2023 № 157Н, который заменяет два нормативных документа таких как: ПБУ 4/99 «Бухгалтерская отчетность организации», утв. приказом Минфина от 06.07.1999 № 43н; приказ Минфина от 02.07.2010 № 66н «О формах бухгалтерской отчетности организаций». Формировать отчетность по правилам нового ФСБУ должны все организации, кроме: бюджетных; Центробанка и тех, кто составляет консолидированную финансовую отчетность или отчетность не для целей Федерального закона от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете».

Цель работы

Анализ положений ФСБУ 4/2023 и разработка положений по практической реализации нововведений в практике учетно-аналитического обеспечения управления частных медицинских организаций. Достижение поставленной цели обусловило реализацию следующих задач: во-первых, выявление нововведений по ФСБУ 4/2023; во-вторых, разработка регламента внедрения новых положений в практику учетно-аналитической работы и формирование бухгалтерской (финансовой) отчетности.

Материалы и методы

При подготовке материалов представленной публикации использовались универсальны методы исследования такие как: экспериментальные — наблюдение (систематическая фиксация фактов), измерение (количественная оценка свойств объектов), сравнение (выявление сходств и различий), теоретико-эмпирические — моделирование, индукция, дедукция.

Результаты и обсуждение

Бухгалтерская (финансовая) отчетность частной медицинской организации формируется по данным, сформированным в системе бухгалтерского учета. При этом система бухгалтерского учета – базовый составной элемент учетно-аналитического обеспечения деятельности частной медицинской организации [1]. Бухгалтерская (финансовая) отчетность основной элемент метода системы бухгалтерского учета частной медицинской организации, которая составляется для разных целей: во-первых, выполнение и реализация законных требований, и представление бухгалтерской (финансовой) отчетности в государственные органы; во-вторых, информирование стейкхолдеров об имущественном и финансовом положении частной

медицинской организации, об итогах ее работы и для принятия управленческих решений стратегического и устойчивого развития [2].

Реформирование современного бухгалтерского учета связано с необходимостью приведения национальной системы бухгалтерского учёта в соответствие с требованиями рыночной экономики и международными стандартами финансовой отчётности. При этом возникает необходимость внесения существенных изменений в положения учетной политики частных медицинских организаций и разработки дополнительных регламентов по предоставлению информации стейкхолдерам.

В условиях всеобщей цифровизации учетная информация о деятельности частной медицинской организации формируется благодаря программным продуктам. Наибольшей популярностью пользуется «1С: Бухгалтерия» [3]. При формировании бухгалтерской (финансовой) отчетности руководствуются положениями предписаний учетной политикой, которые соответствуют действующим положениям по бухгалтерскому учету (ПБУ) и федеральным стандартам бухгалтерского учета (ФСБУ), а также ФЗ № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете» и другим нормативным актам регламентирующих бухгалтерский учет. Благодаря программному продукту «1С: Бухгалтерия» бухгалтерская (финансовая) отчетность заполняются на машиночитаемых бланках, рекомендованных ФНС.

Обращаем внимание на то обстоятельство, что с 01.01.2025 в практику учетно-аналитического обеспечения управления вводится новый ФСБУ 4/2023, который регламентирует положения формирования бухгалтерской (финансовой) отчетности. В зависимости от используемого налогового режима частные медицинские организации формируют соответствующую бухгалтерскую (финансовую) отчетность [4]. Достаточно подробный обзор всех нововведений в результате практического применения ФСБУ 4/2023 приведен в Информационном сообщении Минфина от 26.03.2024 № ИС-УЧЕТ-50. В представленном издании рассмотрим некоторые наиболее значимые нововведения, которые предусмотрены ФСБУ 4/2023.

В ФСБУ 4/2023 раскрывается смысл ряда бухгалтерских понятий, которые ранее подвергались дискуссионным обсуждениям (например, это такие понятия как: «раскрытие информации в бухгалтерской отчетности», «существенная информация», «актив баланса», «пассив баланса», «пояснения к бухгалтерской отчетности» и др.).

Следует обратить внимание, на то, что изменились формы отчетных бланков несмотря на то, что состав бухгалтерской отчетности остался неизменным, а состав и

наименования отчетных показателей приведены в соответствие с действующими стандартами бухгалтерского учета; также, уточнены признаки оборотных и внеоборотных активов, краткосрочных и долгосрочных обязательств и формы, входящие в состав отчетности, которые именуются «образцами», что дает частным медицинским организациям право на корректировку предлагаемых образцов отчетных форм под отраслевую специфику, но с соблюдением норм ФСБУ 4/2023 и других бухгалтерских нормативно-правовых актов.

Для целей мониторинга финансового положения теперь в отчетных формах предусмотрен минимальный список показателей вне зависимости от их существенности, что позволит заинтересованным пользователям сформировать более аналитическое заключение об имущественном и финансовом положении. Достижение такой возможности определяется показателями отчетов о финансовых результатах и изменениях капитала, которые раскрываются в соответствующих отчетах, или в пояснениях. По новому ФСБУ 4/2023 бухгалтерская (финансовая) отчетность может формироваться в двух вариантах, что предопределяется адресатом отчетности (в первом случае адресатом могут выступать государственные органы, например ИФНС для формирования государственного информационного ресурса (ГИР) или отчетность может быть адресована и прочим пользователям).

Состав бухгалтерской (финансовой) отчетности частных медицинских организаций, будет завесить от права на упрощенную отчетность. Если частная медицинская организация использует ОСНО, то представляется отчетность в составе: бухгалтерского баланса, отчета о финансовых результатах, приложений в состав, которых входят: отчет об изменениях капитала, отчет о движении денежных средств и пояснения. В другом случае, если используется УСНО, то в состав бухгалтерской отчетности включаются такие формы, как: упрощенный бухгалтерский баланс, отчет о финансовых результатах и пояснения). Еще одним актуальным вопросом с вводом ФСБУ 4/2025 для частных медицинских организаций является «...обязанность составлять промежуточную бухгалтерскую отчетность».

Правовые основы нормативно-законодательного регулирования в области вопросов формирования бухгалтерской (финансовой) отчетности не предусматривают требования ко всем хозяйствующим субъектам формировать промежуточную бухгалтерскую отчетность. Но ФСБУ 4/2023 регламентирует правила, по которым составляется промежуточная отчетность (с учетом того, что частная медицинская

организация – это прежде всего коммерческая организация) и в этом случае согласно нормам предписаний ФСБУ 4/2023 частная медицинская организация определяет набор обязательных и дополнительных сведений, а также сведений, раскрываемых с учетом уровня существенности (п. 56-57 ФСБУ 4/2023) в промежуточной бухгалтерской (финансовой) отчетности. Бухгалтерская (финансовая) отчетность согласно п. 68 ФСБУ 4/2023 визируется руководителем частной медицинской организации (или иными лицами, если это предусмотрено учредительными документами). При подписании бухгалтерской (финансовой) отчетности указывается должность подписывающего лица, далее проставляется подпись, далее прописывается расшифровка (ФИО) и указывается дата подписания. Таким образом, применение ФСБУ 4/2023 в практике учетно-аналитической работы частных медицинских организаций обусловило формирование бухгалтерской (финансовой) отчетности по новым стандартизированным положениям.

Следовательно, в рамках учетно-аналитической работы частных медицинских организаций необходимо разработать регламент (чек-лист), обеспечивающий беспроблемное применение норм ФСБУ 4/2023 так как новый стандарт не содержит переходных положений и не влечет изменений порядка ведения бухгалтерского учета и учетной политики (табл. 1).

Таблица 1

Чек -лист перехода на новые стандартизированные положения

Наименование	**Описание видов работ**	**Соблюдение критериев (рекомендации)**
Анализ положений существующей учетной политики	Выявление неактуальных положений	1) Учетно-аналитическая информация в системе бухгалтерского учета и отчетности должна формироваться с соблюдением требований федеральных и отраслевых стандартов бухгалтерского учета. 2) Соблюдение принципа нейтральности информации, то есть информация должна в
	Разработка проекта изменений по новым нормам ФСБУ	
Исследование возможностей существующего плана счетов бухгалтерского учета	Разработка нового плана счетов бухгалтерского учета с более детальной системой субсчетов и субконто	

сформировать необходимые показатели по ФСБУ 4/2023		равной мере удовлетворять потребности в информации разных групп пользователей отчетности.
Анализ учетных регистров (по счетам бухгалтерского учета)	Разработка наиболее детальных учетных регистров для формирования отчетных показателей	3) Соблюдение принципа последовательного применения содержания и формы бухгалтерской отчетности от одного отчетного периода к другому.
Принятие решения об использовании предложенных образцов отчетов и пояснений	Необходимо разработать собственные формы с учетом рекомендованных ФСБУ, но с учетом отраслевой специфики	4) В отчетности должны быть сравнительные показатели за текущий и аналогичный предшествующий периоды.
Определить состав раскрываемой информации	Определение существенной информации и несущественной информации	5) Раскрывается существенная информация, а несущественные данные можно не раскрываются. 6) Обособленное раскрытие существенной информации об отдельных объектах бухгалтерского учета

Выводы

Таким образом, ФСБУ 4/2023 вводит новые правила формирования бухгалтерской отчетности с 2025 года. Стандарт устанавливает критерии существенности информации, правила зачета показателей, минимальный перечень обязательных показателей и дифференцированные требования к оформлению. Одна из ключевых новаций — обновление состава и формы бухгалтерской (финансовой) отчетности. Теперь законодательно закреплены как обязательные, так и дополнительные формы, а также структура пояснений к отчетам. Поэтому, по мнению учетно-аналитических работников бухгалтерская (финансовая) отчетность, сформированная по новым правилам, должна быть более прозрачной, а информация — полезной для принятия решений пользователями отчетности. Стандарт, также предусматривает возможность

корректировки отчетных форм под отраслевую специфику, что позволяет частным медицинским организациям исключать неактуальные статьи или добавлять недостающие. Данные изменения обеспечат полноту и достоверность представления отчетных данных о финансово-хозяйственной деятельности частной медицинской организации.

Список литературы

1. Цифровизация учетно-аналитической информации как фактор повышения результативности региональных предприятий / И. Е. Власова, О. В. Мустафина, В. В. Колчина, С. Л. Моисеенко // Фундаментальные исследования. – 2025. – № 6. – С. 102-107. – DOI 10.17513/fr.43862. – EDN GRCLFL.
2. Теоретические и концептуальные положения конкурентоспособности, устойчивого развития и несостоятельности на предприятиях отраслевых экономик / И. В. Борзунов, В. В. Калицкая, О. В. Мустафина [и др.]. – Нальчик: Кабардино-Балкарский государственный аграрный университет имени В.М. Кокова, 2024. – 228 с. – EDN SGSGEG.
3. Assessment of the state of social and labor sphere of rural areas in the Ural Federal District / V. Kalitskaya, A. Pustuev, O. Rykalina [et al.] // E3S Web of Conferences, Yekaterinburg, 19–20 февраля 2020 года. – Yekaterinburg, 2020. – P. 06006. – DOI 10.1051/e3sconf/202017606006. – EDN SDHGHL.
4. Приказ Минфина России от 04.10.2023 N 157н "Об утверждении Федерального стандарта бухгалтерского учета ФСБУ 4/2023 "Бухгалтерская (финансовая) отчетность" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.03.2024 N 77591)

© Дмитриева С.Л., Борзунов И.В., Шарипов А.Ф.

УДК 614.2:338.2:61

ПЛАНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Дмитриева С.Л.[1], БорзуновИ.В.[1], Шарипов А.Ф.[2]

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

[2]ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Резюме. Цель исследования – определение влияния системы планирования на повышение экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях. Проведен анализ методики планирования как метода повышения экономической эффективности на примере организаций здравоохранения. В статье исследуется проблема планирования как метода повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях. Обсуждаются национальные цели для устойчивого экономического и социального развития страны. Определены основные типы эффективности применительно к сфере здравоохранения. Раскрывается проблема оценки экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения. Обосновано применение планирования как метода повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях.

Ключевые слова: национальные цели, экономическая эффективность, планирование, ресурсы, качество медицинской помощи.

PLANNING AS A METHOD OF INCREASING THE ECONOMIC EFFICIENCY OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS IN MODERN CONDITIONS

DmitrievaS.L.[1], BorzunovI.V.[1], Sharipov A.F.[2]

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

[2]Sverdlovsk Regional Clinical Hospital №1

Summary. This article examines the problem of planning as a method for improving the economic efficiency of healthcare organizations in the current context. National goals for sustainable economic and social development are discussed. Key types of efficiency as they apply to healthcare are identified. The problem of assessing the economic efficiency of healthcare organizations is explored. The aim of the study was to determine the impact of the planning system on improving the economic efficiency of healthcare organizations in the current context. An analysis of planning methodology as a method for improving economic efficiency is conducted using healthcare organizations as an example. The application of planning as a method for improving the economic efficiency of healthcare organizations in the current context is substantiated.

Key words: national goals, economic efficiency, planning, resources, quality of health care.

Введение

В указе президента Российской федерации цель увеличения рождаемости стоит на первом месте. Но, к сожалению, в последние годы происходит снижение рождаемости как в абсолютном значении (Рис. 1), так и суммарного коэффициента рождаемости, то есть числа рождений на одну женщину. В 2024 году снижение рождаемости произошло на 3,4%, а суммарный коэффициент рождаемости опустился до 1,38 ребенка на одну женщину [7, с. 4]. Это свидетельствует о глобальных демографических вызовах в современном государстве.

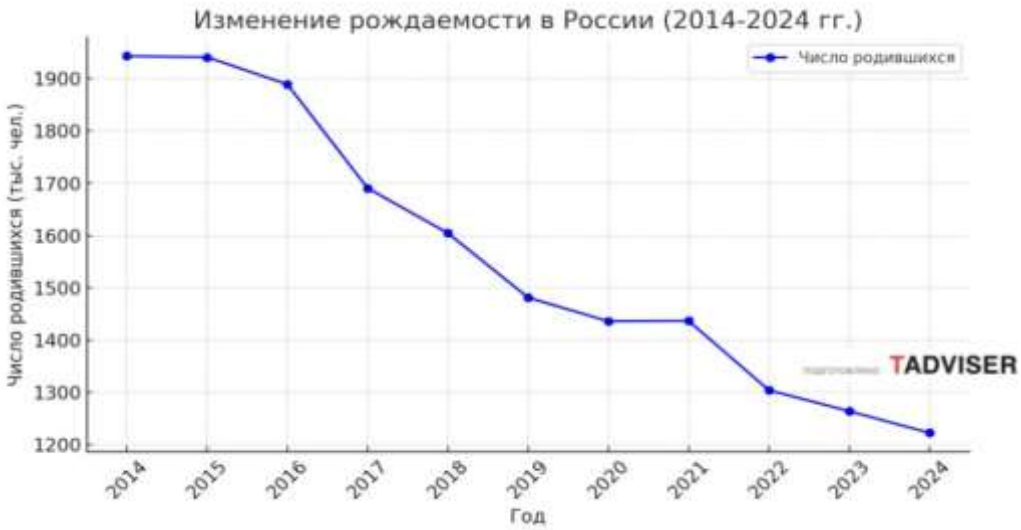


Рис 1. Изменение рождаемости в России, период 2014-2024 гг. (источник: https://zdrav.expert/index.php)

Одним из факторов снижения рождаемости служит уменьшение количества женщин репродуктивного возраста [2, с. 1540]. В Российской Федерации в настоящее время идет активно диспансеризация репродуктивного здоровья.

Цель работы

Определение влияния системы планирования на повышение экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях.

Материалы и методы

Согласно Указа президента Российской федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» от 7 мая 2024 года определены национальные цели для устойчивого экономического и социального развития страны [8, с. 2].

Одна из национальных целей направлена на сохранение здоровья населения, достижение которой возможно путем увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения, повышения рождаемости и снижения смертности.

Результаты и обсуждение

Приоритетная ценность в нашем государстве – это многодетность, которая в России является исторической традицией. В 2025 году отмечается рост количества многодетных семей на 8%. Это демонстрируют сдвиг на позитивную демографическую ситуацию и способствует увеличению рождаемости.

Еще одна из национальных целей развития государства направлена на формирование экономической устойчивости страны. Президент поставил задачу, чтобы Российская федерация вошла в четверку экономик мира по покупательской способности к 2030 году [8, с. 7].

Объединив эти национальные цели, возможно найти пути повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях: «Здоровое население – здоровая экономика».

Применительно к сфере здравоохранения можно выделить несколько типов эффективности, а именно социальный, медицинский и экономический [6, С. 2]. При выборе медицинской технологии в большинстве случаев опираются на медицинскую и социальную эффективности.

Экономическая эффективность деятельности организаций здравоохранения – это соотношение полученных результатов и понесенных затрат на их достижение. Выделяют так называемую «Триаду Донабедиана», в которой сформулированы

направления деятельности медицинской организации по качественному оказанию медицинской помощи [5, с. 92]. Это взаимосвязь структуры, процесса и результата.

А основная цель анализа экономической эффективности заключается в получении максимальных результатов при минимизации издержек или достичь наилучших возможных результатов с имеющимися ресурсами.

Одним из перспективных направлений повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях является планирование. Планирование также можно представить, как процесс определения маршрута действий, чтобы достичь желаемые результаты в будущем [4, с. 3].

Система планирования позволяет эффективно использовать ресурсы организации, повысить качество оказания помощи, увеличить производительность труда, снизить риски, а также структурировать контрольные мероприятия. Это прогнозирование целей и результатов деятельности на основе существующих экономических ресурсов [3, с. 28].

Целью исследования является определение влияния системы планирования на повышение экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях.

К задачам исследования отнесены: определение понятия планирования, основных принципов, уровней и методов планирования, изучение и анализ методики планирования как метода повышения экономической эффективности на примере организаций здравоохранения.

Планирование представляет собой процесс оптимального распределения ресурсов для организации функционирования организации на определенный период времени, повышения качества и доступности медицинской помощи, эффективное использование ресурсов.

К основным принципам планирования в здравоохранении можно отнести:

- выделение приоритетных проблем в здравоохранении;
- выявление основных направлений развития здравоохранения для сбалансированного развития;
- постановка реальных, достижимых целей при планировании;
- постоянное, регулярное проведение планирования с корректировкой задач в соответствии с изменяющими условиями;
- применение научно обоснованных методов планирования;

-получение максимальной пользы от ресурсов организации;

-анализ рационального использования ресурсов организации.

К уровням планирования в медицинских организациях относят следующие:

- стратегическое планирование – проводится для определения долгосрочных целей и комплексного развития организации на более, чем 3-5 лет;

- тактическое планирование – для определения среднесрочных целей развития на период от одного до трех-пяти лет;

- оперативное планирование – для определения краткосрочных целей относят планирование в течение одного года.

По уровню проведения планирование может быть общее, то есть на уровне всей организации и функциональное, которое проходит в конкретной области.

К методам планирования относят: аналитический, бюджетный, линейного программирования, нормативный, программно-целевой, сравнительный, экономико-математический, экспериментальный.

По направленности планирование может быть нескольких видов. При директивном планировании должно быть строгое соблюдение всех документов. При индикативном планировании выделяются определенные индикаторы. При договорном – планы реализуются в виде определенных договоров, контрактов. Предпринимательское - основано на бизнес-планировании, то есть перспективах развития.

Процесс планирования включает в себя несколько этапов.

На начальном этапе необходимо определиться с целью применения системы планирования, на основании которой сформировать главное, значимое направление работы. Поставленные цели должны быть конкретными, актуальными, достижимыми, измеримыми, имеющие ограничения по времени. На данном этапе необходимо четкое понимание определенных шагов.

Следующим этапом планирования служит постановка соответствующих задач, включающих в себя подробный структурный анализ текущей ситуации, сбор необходимой информации, составление определенной программы действий. Выявление нужных для выполнения цели и задач необходимых ресурсов, а также их источники. Определяется наиболее эффективный и реальный план действий.

Определяется группа исполнителей для достижения цели планирования. В конечном итоге обязательна фиксация результатов планирования и подведение промежуточных итогов.

Известно, что организации, которые планируют свою деятельность, функционируют более успешно, в том числе и в качественном и количественном эквиваленте. В противовес планирование выделяют понятие импровизации, которая подразумевает какие-либо спонтанные действия без предварительной подготовки.

Методику планирования как метод повышения экономической эффективности можно рассмотреть на примере функционирования в организациях здравоохранения.

В каждой медицинской организации организована комиссия по планированию для осуществления контроля за расходованием и своевременным обеспечением пациентов необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

В составе комиссии присутствует председатель в лице главного врача, члены комиссии - заместитель главного врача по медицинской части, врач-клинический фармаколог, главный бухгалтер, главная медицинская сестра, начальник информационно-вычислительного отдела, заведующий аптекой-провизор, начальник финансово-экономической службы, начальник отдела закупок. Кворум комиссии - не менее 50 % обязательного состава.

Заседания комиссии по планированию проводятся не реже одного раза в месяц. В случае необходимости по решению руководителя медицинской организации могут проводиться внеплановые заседания комиссии.

Материально ответственные лица (старшие медицинские сестры, провизор аптеки) отчитываются лицам, ответственным за предоставление свода информации по лекарственным препаратам и медицинским изделиям, об остатках лекарственных препаратов и медицинских изделий по состоянию на первое число текущего месяца.

Бухгалтер по лекарственным препаратам и медицинским изделиям и контрактная служба предоставляет лицам, ответственным за подготовку материалов и свод данных, информацию о сформированных заявках на закупку лекарственных препаратов и медицинских изделий, этапе их согласования с учредителем, этапе проведения закупки в соответствии с действующим законодательством, о контрактах, находящихся на этапе заключения.

Лица, ответственные за подготовку материалов и свод данных, предоставляют информацию на заседание Комиссии в виде отчета об остатках и среднем расходе лекарственных препаратах и медицинских изделий по медицинской организации. В отчет обязательно включаются остатки лекарственных препаратах и медицинских изделий на первое число отчетного месяца, неисполненные контакты, договоры,

остаток с учетом неисполненных контрактов, договоров, средний расход в месяц, запас с учетом неисполненных контрактов, планируемые заявки на закупку. Комиссия анализирует представленную информацию, и принимает решение о необходимости закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий.

По результатам заседания Комиссии оформляется протокол результатов заседания за подписью всех членов Комиссии. Отчет по форме Приложения № 3 выкладывается в специальную систему оперативного мониторинга «Система планирования ЛП» не позднее 15 числа каждого месяца для анализа ситуации в организации органами местного управления здравоохранения.

Кроме того, в медицинских организациях разработаны и введены в действие правила учета лекарственных препаратов и медицинских изделий в медицинской информационной системе (далее — МИС), которые направлены на осуществление оперативного анализа и контроля остатков лекарственных препаратов и медицинских изделий, расхода и списания лекарственных препаратов и медицинских изделий. Определены правила и уровни ведения складов лекарственных препаратов и медицинских изделий. К складу первого уровня относятся склады медицинских изделий лекарственных препаратов аптеки. К складу второго уровня относятся склады в структурных подразделениях, а к складу третьего уровня относятся посты медицинских сестер в структурных подразделениях. Основные функции склада: приход, перемещение, операции с остатками, ведение неприкасаемого запаса. Перемещение лекарственных препаратов и медицинских изделий на складах 1-го, 2-го, 3-го уровней оформляется в соответствии с требованиями-накладными, оформленными в МИС. Списание лекарственных препаратов и медицинских изделий на складе 3-го уровня осуществляется на пациента.

Перерасчет остатков на складах 1-го и 2-го уровня производится ежемесячно в последний рабочий день месяца в журналах предметно-количественного учета и в медицинской информационной системе с блокировкой работы подсистемы аптеки. Перерасчет остатков на складе 3-го уровня производится ежесуточно. Материально ответственные лица за склады 2-го уровня проводят соответствие книжного остатка фактическому наличию с составлением инвентаризационной ведомости ежемесячно.

Заведующий информационно-вычислительным центром предупреждает пользователей системы МИС о времени проведения перерасчета остатков или проведения инвентаризации.

Контроль за расходованием лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с Порядками и стандартами оказания медицинской помощи осуществляют заведующие структурными подразделениями. Основные функции руководителя в МИС: просмотр оперативного состояния склада, работы отделений и просмотр отчетов по движению лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Выводы

Таким образом, метод планирования является составной частью экономики и представляет собой совокупность методов и средств, которые позволяют выбрать оптимальный вариант действий и развития, в итоге обеспечивается оптимальное использование ресурсов организации и служит для повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения. Это является одним из перспективных направлений совершенствования управления здравоохранением и, как результат этого, - повышения качества оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Основы планирования медицинской помощи: учебное пособие / сост. Апханова Н.С., Душина Е.В., Гашенко А.В. Иркутск, 2020. 52 с.
2. Кузнецова Н. А., Зинич Л. В. Демографические изменения и их влияние на экономику труда региона // Экономика труда. 2025. Т. 12. № 11. С. 1535-1548. DOI 10.18334/et.12.11.124160.
3. Куликова О. М. Оптимизация процессов планирования и использования ресурсов в сфере здравоохранения РФ // Вестник СИБИТа. 2016. №4 (20). С.27-31.
4. Планирование и финансирование здравоохранения в современных условиях: учеб.-метод. пособие для студентов 6 курса всех факультетов высших медицинских учебных заведений / сост. Кульвинская Т. А. Гомель, 2008. 20 с.
5. Лапочкина С.В., Пономаренко И.С., Трифонова М.С. Совершенствование оценки экономической эффективности медицинской организации // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2023. № 4-1. С. 89-94; URL: https://vaael.ru/ru/article/view?id=2768 DOI: https://doi.org/10.17513/vaael.2768
6. Орлов К.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2010. № 4. С. 70-75; URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762.
7. Рождаемость и смертность в России. Медтех портал https://zdrav.expert/index.php

8. Указ о национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года. http://kremlin.ru/events/president/news/73986, 24.06.2024.

Пономарева О.Н., Устинов А.Л., Попова А.В.

УДК 614.1 93/94

ОСПОПРИВИВАНИЕ В ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ НА РУБЕЖЕ XIX–XX ВЕКОВ

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

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

Резюме. В статье поднимаются ключевые вопросы оспопрививания на примере выставки Ирбитского историко-этнографического музея по данным Пермской губернии рубежа XIX–XX вв. Авторы ставят проблему эффективности оспопрививания, приводят статистический материал по теме исследования, приходят к выводу, что эффективность методов оспопрививания возрастает к началу XX столетия.

Ключевые слова: оспопрививание, вакцинация, вариоляция, натуральная оспа, Урал, история медицины.

VACCINATION IN THE PERM PROVINCE AT THE TURN OF THE 19TH AND 20TH CENTURIES

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

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

Summary. The article raises key issues of smallpox vaccination using the example of the Irbit Historical and Ethnographic Museum's exhibition based on data from the Perm Province at the turn of the 19th and 20th centuries. The authors address the effectiveness of smallpox vaccination, provide statistical data on the topic, and conclude that the effectiveness of smallpox vaccination methods increased by the early 20th century.

Keywords: smallpox vaccination, vaccination, variolation, smallpox, Ural, history of medicine.

Введение

Натуральная оспа преследовала человечество всю его историю и только лишь в 80-х годах XX века ушла в историю и по данным ВОЗ была полностью побеждена. Однако попытки борьбы с натуральной оспой предпринимались и раньше, таким образом, нам

известна одна из успешных практик называемой инокуляцией (вариоляцией) прививку вируса человеческой оспы, взятого от больного человека и переданного ребенку. С этой целью использовали кусочки пораженной кожи с руки, которые снимались с помощью чистой ткани и потом повязывались на руку здорового ребенка. Ребенок заражался и переносил болезнь, которая принимала довольно тяжелую форму. Однако все же результат в большинстве случаев был положительным. Инокуляцией в Африке, в основном, занимались женщины, и эта практика принимала форму особого обычая, именуемого «покупкой оспы». Специалисты отмечают, что инокуляция широко практиковалась во многих районах Африки, особенно в Судане, Эфиопии и на юге континента [8]. Однако они оставались носителями оспы, что во многом и послужило началом эпидемии оспы во время открытия Америки. Но эти практики до XIX века не имело всеобщего характера за исключением некоторых сфер. К примеру, армейские структуры во время гражданской войны в США обязательно подвергались вариоляции.

Натуральная оспа – это высокозаразная вирусная инфекция; передается воздушно-капельным путем; характеризуется тяжелым течением, лихорадкой, сыпью на коже и слизистых оболочках. Заболевание имеет высокий показатель летальных исходов. Известна с древнейших времен. Первые исследования симптомов заболевания задокументированы в китайских источниках 4-го века н.э. В Европе первые описания заболевания сделаны Маркусом из Авицены в 5-м веке н.э. Следует отметить, что само заболевание известно с более древних времен, например, исследования мумии Рамсеса 5-го (12-й век до н.э.) показали наличие признаков натуральной оспы. В России первые упоминания об оспе соответствую 1427 году.

Лечить болезнь пытались различными способами. Например, королевский врач Эдуарда 1-го Джон Гаддесденский (скончался в 1361г.) предлагал лечить оспу методом обертывания в красное одеяло. Наиболее эффективным методом являлась вариоляция, которую начали использовать в раннее Средневековье. Но, данный метод не получил широкого распространения, т.к. сама технология была не совершенна, порой приводила к смерти пациента, заражению крови или возникновению нового очага инфекции.

В настоящее время наиболее эффективным методом признана вакцинация, которая основана на принципе вариоляции-здоровому человеку вводили материал из оспенных пузырьков больного человека. Но, как было указано выше, были отмечены

негативные моменты этого способа. В 1796 г. английским врачом Эдвардом Дженнер был использован материал коровий оспы, которым был привит мальчик Джеймс Фиппс. После того, как мальчик выздоровел, его заразили натуральной оспой, и мальчик не заболел. Таким образом была доказана эффективность вакцинации. В России первым человеком, получившим вакцину таким способом, является Екатерина 2-я в 1768 году. Первая крупная эпидемия оспы в городе Ирбит Пермской губернии относятся к 1735 году.

Цель работы

Рассмотреть основные этапы вакцинации от оспы в Пермской губернии XIX – начало XX веков.

Материалы и методы

Основными материалами для исследования послужила информация тематической выставки Ирбитского историко-этнографического музея и статьи по заявленной теме.

Ключевыми методами исследования стали историко-сравнительный, идеографический, а также методы обработки статистической информации.

Результаты и обсуждение

В XVIII веке практика инокуляции пришла в Европу и стала повсеместной практикой в королевских дворах, но всё ещё не имела повсеместного характера среди населения, не относящегося к королевским дворам. На фоне громких компаний по внедрению инокуляции в Новом свете и в Европе появился совершенно новый метод борьбы с оспой, называемый вакцинацией. Его создателем стал английский врач из Глочестера Эдвард Дженнер. Дженнер опирался на метод, который узнал от Бенджамина Джести землевладельца из Дорсета, который прививал членам своей семьи «оспенный материал», взятый не от человека, а от коровы. Он привил этим материалом мальчика, которого позже повторно подверг вариоляции и не обнаружил признаков заболевания, что говорило об успешности нового метода [8]. Но только лишь на исходе XIX века в США началась повсеместная вакцинация от оспы и к середине XX века, удалось полностью искоренить заболевание в стране. Однако правительство США ощущало угрозу для населения от латиноамериканских стран, и появилась необходимость в проведении вакцинации и в других странах.

Вакцинация является наиболее эффективным методом борьбы такими опасным заболевания, как оспа. Такой тип вакцинации в Пермской губернии стал активно использоваться с начала XIX века, но к середине века в этом процессе наметились

кризисные черты. Первая, низкое качество прививочного материала. При этом (использовалась гуманизированная лимфа, взятая больного оспой человека) от донора к реципиенту могли быть переданы другие опасные болезни, например, рожистое воспаление. Вторая, количества человеческой лимфы для массовой вакцинации не хватало. Третья, оспенный материал при перевозках на дальние расстояния (поступал на Урал из Санкт-Петербурга или Москвы) портился и плохо прививался. Например, согласно исследованиям Голиковой С.В., в 1866 году многие жители Нижне-Сергинского завода не желали прививаться и называли оспу «печатью антихриста, а оспопрививателей-холопями антихриста». Крестьяне во многих земствах Пермской губернии не желали прививаться и их несогласие развивалось вплоть до бунтов [2, с. 23]. Большое сопротивление наблюдалось со стороны старообрядцев губернии, которые не только саботировали, но и склоняли других крестьян от оспоривания. Например, такой взрыв недовольства был отмечен в 1899 году [2, с. 29]

Вследствие этого на Урале стали проводить эксперименты с получением материала для вакцины от телят. Для этого телятам прививали человеческую лимфу заболевших. Вакцина, полученная таким способом, отлично прививалась, но появлялись побочные явления. Например, появлялась опасность передачи от животного человеку туберкулеза или ящура. С другой стороны, такого материала требуется много и сроки его хранения незначительные, поэтому в Пермской губернии было принято решение производить материал для вакцинации собственными силами. Благодаря заслугам Первушина М.М. 4 октября 1872 года в Пермском губернском земстве открыт первый оспенный телятник, в котором было привито 24 теленка и сняли 709 трубочек оспенной лимфы. Благодаря такому успеху, в 1873 году телятник получил больше средств, но появилась проблема-в период январь 1873 г. по февраль 1874 года удалось привить только шесть телят, с которых было получено 791 трубочка для вакцинации. В течение последующих трех лет эффективность телятника снижалась и вследствие этого было снижено финансирование и в 1878 году он был закрыт. Сам Михаил Михеевич Первушин вел широкую просветительскую деятельность, писал доступные народу брошюры и «открытые листы» о привитии детям предохранительной оспы. Будучи священником, он установил контакт с Вольным экономическим обществом, т.к. до передачи дела земствам именно оно курировало в

России постановку предохранительных прививок от натуральной оспы, поэтому Общество охотно спонсировало издания М.М. Первушина [3, с. 113].

В Пермской губернии использовали несколько способов оспопрививания в зависимости от прививочного материала. Первый, наиболее эффективный с точки зрения перевозки и хранения, оспенный детрит – это материал, консервировавший частицы оспенных пустул телят с помощью глицерина [4, с. 91-93]. Такой способ вакцинации применяли в Екатеринбургском, Верхотурском, Соликамском, Чердынском и Оханском уездах. Второй, использовали «гуманизированную» лимфу- содержимое оспенных пузырьков человека, зараженного коровьей оспой. Такой способ вакцинации применяли в 1886 году в Ирбитском, Шадринском и Камышловском уездах. В Красноуфимском, Кунгурском и Осинском уездах применяли оба способа вакцинации [3, с. 116; 5].

С целью получения собственного прививочного материала в Шадринском земстве в 1881 году был открыт телятник, но первые пять лет его деятельность была неуспешной-не удалось привить ни одного теленка. В 1886 году была выписана лимфа, который были привиты телята, с которых был получен детрит. Но, вскоре местные чиновники решили, что целесообразно получать детрит из Петербурга и Казани, поэтому телятник закрыли и вплоть до 1900 года Ирбит получал детрит из этих городов, а затем из телятника ветеринарного врача Д.Д. Беклемишева, а с 1907 года из телятника Спасского (г. Екатеринбург) [6, с. 110-111].

Другие земства Пермской губернии, за исключением Ирбитского, который сохранил свой телятник для получения вакцины, получали детрит из различных несобственных источников таких, как оспенные телятники М.Е. Тарнорудова и Д.Д. Беклемишева (Симбирская губерния), С.К. Живописцева (г. Орел). Качество вакцины из этих телятников было высоким. Об этом свидетельствуют данные статистики шадринских оспопрививателей. Например, в 1911 году доля неудачных прививок составила всего 5,6%, в 1912г. – 6,2%. В уездных земствах Пермской губернии доля удачной прививаемости при первоначальной вакцинации составила в 1908 году 68%, в Чердынском уезде – 78% (1910 г.), в Кунгурском уезде (1912 г.) – 77%. Но следует отметить крупные провалы вакцинации, например, в Кунгурском уезде в 1911 году доля успешно привитых составила всего 26% [6, с. 110-111].

Следует отметить заслуги промышленника Демидова Н.Н., который пытался проводить вакцинацию несколько раз. Первый попытка оспопрививания была

предпринята в 1802 году. В Нижнетагильский поселок был прислан оспенный материал и книга, разъясняющая процедуру. Но, в этот период оспопрививание в округе не получило распространения. Основной причиной послужило плохое качество быстро портившейся лимфы [7, с. 262]. Вторая попытка была проведена в 1825 году, но она тоже не была особо удачной. Основными причинами П.В. Кузнецкий (земский врач Нижнетагильского участка) отмечал в 1880 году, что это связано с тем, что пытались получить свою качественную лимфу, но опыт был неудачный [7, с. 262]. С другой стороны, проблема была в том, что местное население не видело пользы в вакцинации. Например, в феврале 1827 года Демидову Н.Н. сообщали, что было привито только 132 человека, поэтому для принуждения населения к вакцинации привлекали полицию. Дело немного сдвинулось, когда в апреле 1827 года Демидов Н.Н. дал указание выдавать денежные награды родителям, привившим своих детей [7, с. 262-263]. Наследники Демидова Н.Н. продолжили практику вакцинации. Благодаря их усилиям в 1840-х гг. оспопрививание проводилось постоянно: в среднем прививку получали 150-200 младенцев в месяц. Но, не смотря на такие успехи, только 64% новорожденных имели прививки, а после отмены крепостного права в 1861 году положение ухудшилось и этот показатель снизился до 45% [7, с. 264].Немного изменилась ситуация с применением детрита с 1891 года, что позволило к концу 19 - 20 века изменить ситуацию с оспой в Пермской губернии и в целом на Урале [7, с. 265].

Выводы

На начальном этапе вакцинации против оспы в Пермской губернии применяли прививочную вакцину, изготовленную из телячьей лимфы. Впоследствии перешли на использование детрита, отличавшегося длительным сроком годности и устойчивостью к транспортировке на значительные расстояния. В регионе действовали специализированные фермы (например, в Ирбите), обеспечивавшие производство вакцины. Дополнительно была разработана и внедрена особая система массовой иммунизации населения, организованная по сезонам: медицинские работники регулярно совершали выездные кампании в удаленные районы губернии весной и летом.

Первоначально вакцинация проводилась с использованием вакцины из телячьей лимфы, позже её заменили на более долговечный и удобный для транспортировки детрит. Для повышения эффективности было создано собственное производство

вакцины и организована передвижная сезонная система прививок в отдалённых районах области.

Список литературы

1. Веревкин И.А. История оспы в России и меры к ее уничтожению: Дис. на степ. д-ра мед. лекаря И. Веревкина. — Санкт-Петербург: тип. Я. Трея, 1867. — 74 с.: 24. [Электронный ресурс]: URL: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_003568952/ (дата обращения: 03.12.2025 г.).
2. Голикова С.В. Сопротивление оспопрививанию жителей Пермской губернии в пореформенное время// Вестник гуманитарного образования, 2023, №2(30), с. 22-31.
3. Голикова С.В. От телятников к бактериологическому институту: изготовление оспененных вакцин учреждениями Пермской губернии, с.112-121 [Электронный ресурс]: URL:https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1763531016&tld=ru&lang=ru&name=GolikovaOttelyatnikov.pdf&text (дата обращения:19.11.2025)
4. Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова. Съезд (1887; 2; Москва). Труды Второго Съезда русских врачей в Москве: Т.1-.Т.1/27.-Москва,1887,1887.-508с. Разд.,1 карт.: ил. [Электронный ресурс] URL: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_003961075/?ysclid=mi5kihncoa970877662 (дата обращения: 03.12.2025 г.).
5. Островкин Д.Л. Особенности организации и деятельности земской медицины в Ирбитском уезде Пермской губернии во второй половине 19-начале 20 вв. [Электронный ресурс]: URL: https://journals.uspu.ru/attachments/article/1452/%D0%A7.1-21.pdf (дата обращения: 03.12.2025 г.).
6. Филадельфов С.П. Доклад «К вопросу об учреждении оспенного института губернского земства»// Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии,1914,№3-4,с.93-113 [Электронный ресурс]: URL: http://www.ihist.uran.ru/files/GolikovaOttelyatnikov.pdf (дата обращения: 03.12.2025 г.).
7. Черноухов Э.А. Оспопрививание в Нижнетагильском горном округе в 19 веке,с.261-265//История науки и техники в системе современных знаний: материалы научной

конференции, посвященной 10-летию кафедры истории науки и техники УГТУ-УПИ,Екатеринбург,14.12.2009 [Электронный ресурс]: URL: htpp:elar.urfu.ru/handle/10995/53684 (дата обращения: 03.12.2025 г.).

8. Михель Д. Оспа в контексте истории // [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://intelros.ru/pdf/logos_6/mih.pdf (дата обращения: 03.12.2025 г.).

© Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П., Набойченко Е.С.

УДК 378.147.31

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПОСКИЛЛИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИИ В ИНСТИТУТЕ ПЕДИАТРИИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ермолаев В.Л.[1], Шурыгина Е.П.[1], Набойченко Е.С.[1]

[1] федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. В статье рассматриваются причины развития гипоскиллии (дефицит клинических навыков) у студентов III, IV и V курсов Института педиатрии Уральского медицинского университета после онлайн обучения в период пандемии ковида. В статье дается анализ глубинных причин этого кризиса и рассматривается комплекс мер, включая жесткие академические требования, через призму психологии обучения и мотивации. Предлагается разработать систему отбора при поступлении, чтобы люди не имеющие мотивации к медицине, не попадали в медицинский университет. Анализируются причины и способы преодоления проблемных аспектов гипоскиллии хирургии в медицинском вузе: разработать систему отбора при поступлении, чтобы люди, не имеющие мотивации к медицине, не попадали в медицинский университет. Не переводить с курса на курс студентов с академической задолженностью; предоставлять академический отпуск только по болезни или по каким-то форс-мажорным семейным обстоятельствам. Нужно обучать студентов, а не создавать им условия для легкой жизни**.**

Ключевые слова: пандемия, гипоскиллия, преподавание хирургии, Институт педиатрии.

PROBLEMATIC ASPECTS OF HYPOSCILLIA IN TEACHING SURGERY AT THE INSTITUTE OF PEDIATRICS OF THE MEDICAL UNIVERSITY

Ermolaev V.L.[1], Shurygina E.P.[1], Naboichenko E.S.[1]

[1] Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article discusses the causes of hyposcillia (clinical skills deficiency) in third, fourth-, and fifth-year students of the Institute of pediatrics of Ural Medical University

after online training during the covid pandemic. The reasons and ways to overcome the problematic aspects of surgery hyposcillia in a medical university are analyzed: to develop a selection system for admission so that people who do not have motivation for medicine do not get into a medical university; not to transfer students with academic debt from course to course.; to grant academic leave only due to illness or some kind of force majeure family circumstances. We need to educate students, not create conditions for them to live an easy life.

Keywords: pandemic, hyposkilia, teaching surgery, Institute of pediatrics.

Введение

«…Будь предельно строг, но максимально справедлив к студентам. И не жалей их. Да, да. Ты не ослышался. Жалеть нужно не студентов, а пациентов, которых потом возьмутся лечить твои недоучки»
(Из наставления Засл. деятеля науки РФ – Проф. В.Н. КЛИМОВА одному из его учеников)

Наш УЧИТЕЛЬ – Климов В.Н. был невероятно проницательным человеком. [1] Он до мельчайших подробностей знал обустройство системы высшего медицинского образования в нашей стране, умел разумно сочетать традиционные Российские достижения высшей медицинской школы и современные новации. Больше всего он не любил скоропалительных реформ. Помнится, он искренне недоумевал, зачем нужно было вдруг внедрять интернатуру. Прошло не так уж много лет и интернатуру отменили. Говорят, он никогда не ошибался. Может быть это слишком категоричное суждение, но несомненно одно – интуиция его точно никогда не подводила. Мы уверены, что будь он жив, он бы всей своей мощью воспротивился внедрению так называемой Болонской системе образования, ЕГЭ и т.п. Он был мудрым человеком и твердо верил, что хорошего врача нужно формировать у постели больного. Если этого нет, неизбежно возникнет проблема дефицита практических навыков, что обязательно скажется на профессионализме врача.

Побудительным моментом к написанию данной статьи явилось то обстоятельство, что мы заметили совершенно очевидные перемены в педагогике нашего вуза. Пожалуй, правильнее сказать некие негативные тенденции в преподавании хирургии

в Институте педиатрии. И пока эти некие тенденции не превратились в закономерности – нужно попытаться что-то сделать. Сразу хотим предупредить – мы не занимаемся очернительством, мы выражаем свое персональное мнение (и не более того) по ряду наболевших вопросов и надеемся, что наши коллеги – преподаватели хирургии отнесутся с должным пониманием к нашей точке зрения.

Проблемные аспекты стали отчётливо заметны вскоре после возникновения пандемии Covid-19. Если можно так выразится – систему медицинского образования залихорадило, особенно по части преподавания клинических дисциплин, в частности хирургии. Бесконечные карантины, локдауны нарушили традиционный уклад преподавания: сюда нельзя, туда нельзя. Поскольку остановить педагогический процесс было совершенно нереально – перешли на режим «он лайн», тем самым нарушилась система *«высокого соприкосновения»*. Иначе и быть не могло, так как надолго будущие врачи лишились возможности познавать медицину у постели больного. Вот поэтому мы считаем, что проблема дефицита практических навыков во всей своей «красе» обнаружилась в силу независящей от нас причины – пандемии.

Не будем лукавить – определённые недостатки в преподавании особой прикладной дисциплины, коей является хирургия, были и в доковидное время. Однако несколько лет ковидного периода сделали проблему дефицита практических навыков наиболее отчётливой. Выражаясь хирургическим языком – гнойник созрел.

Как уже догадались наши уважаемые читатели, мы свою статью целиком и полностью посвящаем ГИПОСКИЛЛИИ.

Термин «гипоскиллия» (от греч. «hypo» — снижение, недостаток и «skill» — умение) в педагогике высшей медицинской школы обозначает системный недостаток практических умений и клинических навыков у выпускников. В Институте педиатрии эта проблема в преподавании хирургических дисциплин приобретает особую остроту. Педиатрическая хирургия — это не просто «малая взрослая хирургия»; она требует уникального подхода, специфических мануальных навыков (работа с тканями иного масштаба и физиологии) и исключительных коммуникативных компетенций. Психологический анализ позволяет выявить глубинные причины гипоскиллии, выходящие за рамки простой нехватки учебного времени или оборудования.

Как сказал большой знаток американской высшей медицинской школы Герберт Фред на церемонии вручения премии за выдающиеся достижения в области высшего медицинского образования: «Эта распространенная болезнь называется гипоскиллия

– дефицит клинических навыков». [2] По его мнению, врачи, пораженные этой болезнью, плохо подготовлены для квалифицированного лечения больного, они не могут составить адекватную историю болезни, провести грамотное физикальное обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения, не тратят достаточно времени, чтобы узнать пациента «вдоль и поперек». Берутся лечить больного, а о происхождении заболевания (этиологии – курсив наш) не имеют никакого понятия. «Главная причина гипоскиллии – порочная система обучения. И порок этот кроется в нас – преподавательском составе». Это сказал Герберт Фред. И добавил, что обучение сосредотачивается в лекционных залах, за стенами больничных палат, но не у кровати больного. Студенты все реже и реже напрямую соприкасаются с больными. Нельзя не признать, что этот негатив особенно ярко проявился в период пандемии, и по инерции сохраняет набранные обороты. Мы решили в этом детально разобраться.

Цель работы

Проанализировать ключевые проблемные аспекты гипоскиллии при преподавании хирургии будущим врачам педиатрам, дать практические рекомендации по их преодолению.

Материалы и методы

Проанализированы некоторые результаты преподавания на кафедре «Хирургических болезней» (зав.каф.проф. Чернядьев С.А.) на клинической базе ЦГБ № 7, обучающих студентов III, IV и V курсов Института педиатрии по дисциплинам «Общая хирургия», «Факультетская хирургия» и «Госпитальная хирургия» за три учебных года: 2021-22; 2023-24 и 2024-25. Расчёт сделан по результатам первичной сдачи экзамена. [3] Статистическая обработка материала произведена традиционными методами описательной статистики с определением среднего значения, стандартного отклонения и ошибки средней с использованием современной вычислительной техники.

Результаты и обсуждение

2021-22 учебный год очные занятия по старый ФГОС 3+. Средняя оценка за дисциплину «Факультетская хирургия, урология» – 4,1±0,2. Средний итоговый рейтинговый бал – 80,85±2,23. Возьмем эти показатели в качестве отправной точки. Вроде бы показатели вполне приличные. Объясняем это тем обстоятельством, что был какой-то задел в знаниях и умениях.

2023-24 учебный год 4 курс ПФ, занятия очные, но уже по ФГОС 3++. Средняя оценка за дисциплину «Факультетская хирургия» – 3,9±0,1. Средний итоговый рейтинговый бал – 73,79±2,02. На лицо тенденции к ухудшению, вероятно, по инерции негатива ковида.

2024-25 учебный год: средняя оценка за дисциплину «Факультетская хирургия» – 3,8±0,1. Средний итоговый рейтинговый бал – 69,11±0,95%. Негативные аспекты по инерции продолжают сохраняться.

Разница в экзаменационных оценках статистически не достоверна, но тенденция к худшему очевидна. Снижение итогового рейтингового балла каждый учебный год в сравнение с предыдущим статистически достоверно, $p<0,05$.

Но, почему? В поисках причины ухудшения итогов обучения проанализировали исполнительскую учебную дисциплину студентов, которая явно менялась в ковидный период. В 2021-22 учебном году пропускали лекции и практические занятия больше одного раза в среднем 5,1±1,0 человек в группе, что составляет 39,57±3,87% от численности группы. Каждый «прогульщик» пропустил в среднем 3,9±0,8 часов своего учебного времени, что составило 13,17±1,81% контактных часов по дисциплине.

В 2023-24 учебном году студенты Института педиатрии пропускали больше одного занятия в среднем 7,1±1,0 человек в группе, что составляет 48,57±6,87% от численности группы, $p<0,05$ в сравнение с предыдущим учебным годом, то есть разница статистически достоверна. Каждый «прогульщик» пропустил в среднем 13,2±0,9 часов своего учебного времени, что составило 20,65±1,75%, $p<0,05$ в сравнение с предыдущим учебным годом, то есть разница статистически достоверна.

Но, почему студенты пропускают лекции и практические занятия? Им не интересно, трудно, они что-то не понимают? Да, они плохо понимают преподавателей, более 10 студентов III, IV и V курсов Института педиатрии до сих пор не сдали экзамен по Латинскому языку, мы говорим с ними на разных медицинских языках. Кто бы нам сумел внятно объяснить, как можно учиться на V курсе Института педиатрии и при этом иметь «хвосты», начиная с первого семестра первого курса по латинскому языку. Мало того, студентам трудно понимать преподавателя, больше 23 человек не сдали экзамен по анатомии, топографической анатомии и физиологии, они не знают как устроен и как функционирует человеческий организм. Им не интересно, потому что больше 40 студентов III, IV и V курсов Института педиатрии до сих пор не сдали экзамены по патологической анатомии и патологической физиологии, то есть не знают

закономерности патологического процесса. Да, и медикаментозное лечение пациента, для студентов «тайна за семью печатями», потому что больше 20 человек до сих пор не сдали экзамен по фармакологии, а учатся на 5 курсе. Студенческие «хвосты» вызывают особый интерес. Их количество из года в год растет, на сегодняшний день рекордсмены ОП–506 – 12 чел, ОП–508 – 9 чел., ОП–503 - 7 чел. И что характерно, никто из хвостистов не мучается угрызениями совести и не стремится ликвидировать свою академическую задолженность. Они уверены, что преподавателям рано или поздно это надоест и лодырям, и бездельникам поставят несчастные тройки.

Почему благополучно существует порочная система перевода студентов с курса на курс до пятого включительно, а у него «хвосты» за все предыдущие четыре года обучения. Почему такое стало возможно? Разве это нормально? Разве это не дискредитация самой главной сути преподавания хирургии.

Детальный анализ дисциплин, по которым больше всего обзаводятся «хвостами» студенты педфака, следующие: патанатомия, патофизиология, топографическая анатомия и оперативная хирургия, физиология, фармакология. Одним словом – фундаментальные медицинские дисциплины. Это убедительно свидетельствует о том, что преподаватели фундаментальных медицинских кафедр держат планку требовательности на должной высоте и в этом отношении являются примером настоящей преподавательской принципиальности. А нам преподавателям старших курсов нужно еще раз задать риторический вопрос: а чему путнему можно научить старшекурсника, если он не освоил базовых фундаментальных дисциплин? И вообще нужно ли это делать?

Учебная история болезни, в том числе и хирургического пациента принципиально важный, интегральный раздел обучения. В 2021-22 учебном году студенты III курса Института педиатрии плохо справились с написанием учебной истории болезни пациента с острой гнойной хирургической патологией: положительную оценку с первого раза получили только 37%, неудовлетворительную – 62,96%. В 2023-24 учебном году положительная оценка с первого раза была получена 1,72% (!) студентов IV курса по истории болезни пациента с неотложной патологией органов брюшной полости. Этот факт заставил преподавателей клинического филиала ЦГБ № 7 (кафедра тогда называлась иначе) внимательно приглядеться к учебной работе: добавили практическое занятие «Курация хирургического больного», специальную лекцию «Особенности истории болезни хирургического больного», в которой провели

подробный анализ наблюдаемых ошибок, упущений, неправильностей. В результате в 2024-25 учебном году у III курса «История болезни по гнойной хирургии» положительных оценок с первого раза 49,97%; у студентов IV курса по «Истории болезни неотложного хирургического пациента» положительные оценки с первого раза 12,5%. Чуть лучше, надо продолжать бороться, ибо в учебной истории болезни как в зеркале видны все успехи и упущения наших студентов.

Рекомендации:

Картина как видите довольно удручающая. Но что интересно. Во все времена и до ковида было немало студентов, которым учеба давалась очень нелегко: они перебивались с двойки на тройку, «ныряли» в академический отпуск, возвращались и вновь измором вымучивали у преподавателей свои трояки. Мы убеждены, что с системой академического отпуска нужно наводить порядок: предоставлять отпуск только по болезни или по каким-то форс-мажорным семейным обстоятельствам. *Лодырям и бездельникам предоставлять академический отпуск нельзя, от них необходимо освобождаться*. Сразу предвидим сердитые возражения: а как же план подготовки специалистов? А как же целевые контракты и т.п.? Встречный вопрос: «А Вы бы хотели лечить своих детей или внуков у таких горе-специалистов?» Вот то-то и оно.

Настораживает количество работающих студентов на V курсе – 38,7% На практические занятия эти студенты часто опаздывают, приходят совершенно неподготовленными, зевают, потягиваются, а иногда просто засыпают сидя. Нередко и демонстрируют знания на уровне медсестры. На вопрос: неужели Вы считаете, что Ваших сестринских знаний вполне достаточно, чтобы работать врачам – молчат. А некоторые «особо смелые» совершенно откровенно бравируют: «А я и не собираюсь работать врачом». На вопрос: «Зачем тогда учитесь в медуниверситете?» отвечают чаще всего: «Так пожелали родители». Вот вам и вся мотивация. Попробуй научи такого студента чему-нибудь!

Так, где же выход из создавшейся ситуации? Выход только один – разработать систему фильтрации на входе, чтобы люди, *не имеющие никакой мотивации к медицине, не попадали в медицинский университет*. Этот принципиальный подход должен работать, как например, фильтр в консерватории. Будь у тебя хоть какое рейтинговое ЕГЭ, но, если тебе «медведь наступил на ухо» в консерваторию тебя не зачислят. В медицинских вузах нужно внедрить какую-то систему собеседования (с

обязательным участием опытного медицинского психолога), создавать в средних школах классы, где будут выявлять мотивированность учащихся к профессии медицины. Присылать на учебу в университет кадры со средним специальным медицинским образованием, которые уже имеют соответствующую мотивацию. Вероятно, могут быть и другие варианта решения этой проблемы, но распахивать двери медицинских университетов для всех «кому ни попадя» – нельзя. Медицина – профессия не для всех, *особенно это относится к педиатрии*, поскольку мотивированность к медицине это одно дело, а мотивированность к педиатрии – особое дело. Может быть нужно подумать. как во время собеседования с абитуриентами определять IQ.

Можно выделить следующие психологические аспекты данной проблемы:

1. Когнитивный диссонанс профессиональной идентичности. Студент-педиатр изначально формирует идентичность как «нехирург». Его внутренняя картина профессионального будущего часто связана с консервативной терапией, длительным наблюдением, коммуникацией с ребенком и семьей. Хирургия, с ее акцентом на радикальное, быстрое, инструментальное вмешательство, может восприниматься как чужеродный элемент. Это вызывает внутренний конфликт («Зачем мне это, если я буду лечить детей терапевтически?»), который резко снижает учебную мотивацию и, как следствие, усвоение практических навыков.

2. Высокий уровень тревоги и эмоциональные барьеры.

- ✓ Трехкомпонентная тревога: Студент испытывает стресс: а) перед хирургией как таковой (кровь, инструменты, ответственность), б) перед работой с ребенком как объектом вмешательства (повышенное чувство жалости, вины, страх причинить боль), в) перед общением с родителями (высокие требования, эмоциональная напряженность). Эта триада создает мощный психоэмоциональный блок, который парализует способность к эффективному обучению. Психика включает защитные механизмы: избегание, отрицание важности навыка, интеллектуализацию («главное — знать теорию»).
- ✓ Синдром самозванца: При попытке выполнить процедуру на ребенке (даже на муляже) студент может чувствовать себя «нелегитимным», что усиливает скованность и неловкость.

3. Протестующее поведение в обучении как следствие. Низкая мотивация и высокий стресс порождают специфические формы учебного поведения:

- ✓ Репродуктивное, а не осмысленное действие: Студент механически повторяет за преподавателем, не понимая глубинных причин и возможных вариаций техники, что делает навык негибким и неприменимым в реальных условиях.
- ✓ Избегание практики: Активное уклонение от отработки навыков на симуляторах и особенно в клинике под любыми предлогами.
- ✓ Диссоциация: Отделение процесса обучения хирургии от будущей профессиональной роли («сдам и забуду»).

4. Дефицит обратной связи и страх оценки. В хирургии обратная связь часто бывает публичной, резкой и направленной на личность («какие же вы руки-крюки!»), а не на действие. Для студентов-педиатров, часто выбирающих специальность из-за эмпатии и мягкости, такая критика особенно травматична. Это ведет к формированию «выученной беспомощности» — уверенности, что хирургические навыки им никогда не освоить. Отсутствие безопасной, конструктивной, пошаговой обратной связи — ключевой фактор гипоскиллии.

За несколько лет пребывания в пандемических условиях сформировался новый «особый» тип студента: осваивать медицину кое-как, галопам по Европам, довольствоваться кое-какими поверхностными знаниями и мало что уметь делать, не говоря уже о клиническом мышлении. Нынешний студент стал мало пользоваться библиотекой, предпочитая интернет, не понимает разницы между конспектом и рефератом, не приучен вдумчиво читать литературу. Зачастую только и слышишь: «А я читала. Читала, а там написано…». Мудрый наш Учитель В.Н. Климов назидал: «медицину нужно не читать, а учить. Читать нужно газеты». Учить по его мнению – это читать до тех пор, пока не придет понимание». Что-то сродни изучения правил дорожного движения. Где это видано, чтобы успешно сдать экзамен для получения водительского удостоверения достаточно что-то почитать. Все понимают, что надо учить… и учат. Вот в таком ключе нужно воспитывать наших студентов. Тогда будет и соответствующий результат**.** *И не давать студентам никаких послаблений*. Строгость в оценке студенческих медицинских знаний – дело архиважнейшее.

Можем дать ключевые рекомендации по преодолению гипоксиллии (с опорой на психологические механизмы)

1. Формирование релевантной мотивации. Необходимо интегрировать хирургические навыки в контекст будущей работы педиатра: умение наложить шов при травме, провести первичную хирургическую обработку, установить мочевой

катетер, оценить «острый живот» и принять решение о срочном направлении к хирургу. Это смещает акцент с «стать хирургом» на «приобрести жизненно важные для любого педиатра инструментальные компетенции».

2. Создание психологически безопасной обучающей среды. Она включает:

- ✓ Поэтапный вход: Отработка навыков начинается на небиологических тренажерах, затем на биологических тканях (адаптированных под детские размеры), потом на высокоточных симуляторах, и только потом — в операционной в качестве помощника.
- ✓ Конструктивная обратная связь: Внедрение моделей типа «бутерброда» (позитив — критика — позитив), где разбор начинается с самооценки студента.
- ✓ Работа с тревогой: Открытое обсуждение эмоциональных сложностей, привлечение медицинских психологов, проведение дебрифингов после первых клинических контактов.

3. Внедрение прогрессивных педагогических технологий включает:

- ✓ Делительная практика: Короткие, но регулярные сессии отработки навыков вместо «марафонов» перед экзаменом.
- ✓ Мысленная репетиция: Психологически доказанный метод улучшения моторного обучения. Студент мысленно, детально проигрывает все этапы операции.
- ✓ Формирование микрокомпетенций: Разложение сложного навыка (например, наложение анастомоза) на десятки элементарных действий, которые отрабатываются и оцениваются отдельно.

4. Подготовка преподавателей-наставников. Обучение хирургов основам педагогики, психологии взрослого обучения (андрагогики) и предоставлению эффективной обратной связи. Преподаватель должен выступать как фасилитатор, помогающий преодолеть внутренние барьеры.

Выводы

Гипоскиллия в хирургии у будущих педиатров — это не столько дидактический, сколько комплексный психолого-педагогический феномен. Ее преодоление требует не просто увеличения часов практики, а фундаментального пересмотра подхода к обучению. Необходимо создать такую образовательную экосистему, которая будет учитывать специфику профессиональной идентичности педиатра, минимизировать деструктивную тревогу, обеспечивать безопасное и повторяющееся формирование

«памяти тела» через релевантные симуляции и грамотное педагогическое сопровождение. Только тогда хирургические навыки перестанут быть травмирующим «инородным телом» в учебной программе и станут инструментом уверенного в себе врача-педиатра.

В качестве заключения нашей статьи скажем, что в целом, картина довольно грустная. Нужно засучив рукава исправлять эту ситуацию. Начав с афоризма проф. В.Н. Климова: «Будь предельно строг, но максимально справедлив к студентам. И не жалей их», а закончим высказываем Герберта Фреда: «**Нужно обучать студентов, а не создавать им условия для легкой жизни».**

Список литературы

1. Светя другим, сгораю сам… Воспоминания о ректоре Свердловского государственного медицинского института, профессоре Василии Николаевиче Климове. – Екатеринбург: Изд-во «СВ–96», 2011. – 260 с.
2. Фред Г.Л. (Fred Herbert L.) Гипоскиллия, или Дефицит клинических навыков // Texas Heart Institute Journal, 2005, Vol. 32, № 3.
3. Столин А.В., Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П. Опыт оценки клинического мышления студентов на экзамене по хирургии // Материалы Всероссийской научно–педагогической конференции с международным участием. Вузовская педагогика «Эффективное управление и организация образовательного процесса в современном медицинском вузе». – Красноярск: КрасГМУ, 2014. – С.450–452.

© Устинов А.Л., Винокуров Д.С.

УДК:159.9

ДИСКУССИОННЫЕ И ИГРОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОГО ЦИКЛА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ИЗДЕРЖКИ

Устинов А.Л.[1], Винокуров Д.С.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

[2]Свердловский областной краеведческий музей им. О.Е. Клера, филиал Музей археологии и истории Среднего Урала, Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье рассмотрены аспекты применения дискуссионных и игровых форм работы со студентами в медицинских вузах. Рассматриваются достижения и издержки применения таких методов обучения, включая развитие коммуникативных навыков, умения анализировать и решать практические задачи, а также возможные риски снижения теоретической подготовки студентов. Цель исследования заключается в обосновании необходимости внедрения активных методов обучения и выработке рекомендаций по их эффективному использованию при преподавании дисциплин гуманитарного цикла в медицинском образовании. Анализируется опыт внедрения таких методов в Уральском медицинском университете за последние 5 лет, указывается на достижения и издержки внедрения таких методов. Результаты анализа позволят оптимизировать учебный процесс и повысить уровень подготовки будущих медицинских работников.

Ключевые слова: медицинские вузы, дискуссии, игровые формы, активное обучение, коммуникативные компетенции, гуманитарное образование, геймификация.

DISCUSSION AND GAME-BASED FORMS OF WORKING WITH STUDENTS IN TEACHING SOCIAL AND HUMANITARIAN DISCIPLINES AT A MEDICAL UNIVERSITY: ACHIEVEMENTS AND COST

Ustinov A.L.[1], Vinokurov D.S.[2]

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

[2] Sverdlovsk Regional Museum of Local Lore named O.E. Kler, branch of the Museum of Archaeology and History of the Middle Urals, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article discusses the aspects of using discussion and game-based forms of work with students in medical universities. It examines the achievements and costs of using such teaching methods, including the development of communication skills, the ability to analyze and solve practical problems, as well as the possible risks of reducing the theoretical training of students. The purpose of the study is to justify the need for the implementation of active teaching methods and to develop recommendations for their effective use in teaching humanities-related disciplines in medical education. The article analyzes the experience of implementing such methods at the Ural Medical University over the past 5 years and highlights the achievements and costs of implementing such methods. The results of the analysis will help optimize the educational process and improve the training of future medical professionals.

Key words: medical universities, discussions, game forms, active learning, communicative competencies, and humanitarian education, gamification.

Введение

Актуальность темы дискуссионных и игровых форм работы со студентами медицинских вузов обусловлена несколькими факторами. Во-первых, традиционное обучение зачастую ограничивается лекциями и семинарами, что ограничивает возможности студентов для активного участия и развития критического мышления. Использование дискуссий и интерактивных игр позволяет студентам развивать коммуникативные навыки, умение аргументированно отстаивать свою позицию и принимать коллективные решения, что особенно важно для будущих врачей, которым предстоит взаимодействовать с пациентами и коллегами.

Во-вторых, благодаря игровым формам студенты получают опыт принятия решений в условиях неопределенности и стресса, характерных для медицинской практики.

Однако использование таких методов имеет и издержки: необходимость тщательной подготовки преподавателей, дополнительные временные затраты и риск

снижения качества теоретической подготовки, если игровое обучение становится доминирующим методом.

Таким образом, исследование достижений и издержек дискуссионных и игровых форм работы является актуальным направлением, позволяющим оптимизировать процесс обучения в медицинских вузах и повысить качество подготовки будущих медицинских работников.

Особенно актуальным является внедрение игровых форм работы при преподавании непрофильных дисциплин, прежде всего дисциплин гуманитарного цикла. Их изучению в медицинских вузах уделяется гораздо меньше внимания, часто по остаточному принципу, хотя в последнее время внимание к этим дисциплинам объективно возросло.

Цель работы

Цель исследования состоит в выявлении и анализе эффективности дискуссионных и игровых форм работы со студентами медицинских вузов, определении их преимуществ и недостатков, а также разработке рекомендаций по их корректировке и внедрению для повышения уровня подготовки будущих врачей, провизоров, медицинских психологов при изучении дисциплин социально-гуманитарного цикла на основе опыта работы кафедры истории, экономики и правоведения Уральского государственного медицинского университета.

Материалы и методы

Исследование строится на сравнительном анализе прошлого опыта внедрения игровых форм, когда они только зарождались на кафедре истории, экономики и правоведения, и опыта последних пяти лет после начала пандемии Covid-19. Ключевыми методами стали сравнительный, ретроспективный, системный, метод анализа и обобщения.

Результаты и обсуждение

На кафедре истории, экономики и правоведения Уральского государственного медицинского университета игровые и дискуссионные формы активно внедряются с 2012 года. Первые попытки обобщения опыта внедрения таких форм были предприняты в 2018 г. К этому времени уже был накоплен определенный опыт:

1. На кафедре работал игровой кружок «КЛИО» (Клуб любителей истории Отечества), на регулярной основе проходили игровые турниры между факультетами

и курсами, команда УГМУ принимала участие в городском игровом турнире «Познай истину», где регулярно занимала призовые места.

2. Регулярно (два раза в год) реализовывался кафедральный проект «К барьеру», сочетающий игровые и дискуссионные формы работы со студентами.

Анализируя последнюю форму, преподаватели кафедры отмечали следующие функции, которые ложатся на организатора такой игры-дискуссии:

1) подготовить команды выступающих и их оппонентов;

2) определить регламент и порядок организации диспута;

3) дать оценку содержания и результативности диспута, степени достижения поставленных целей и задач;

4) подвести итоги диспута [1, с. 89].

Эта форма оказалась очень непростой, но именно она вызывала повышенный интерес студентов, и за 2016 – 2019 гг. было проведено 7 больших исторических игр. Целью таких игр было создание специфического эмоционального отношения субъекта к исторической действительности, моделирование системы отношений, присущих конкретному исторического периоду (социальный аспект); помощь студентам в понимании сути тех социальных ролей, в которых отражается система ценностей эпохи, определяющих характер поступков исторического персонажа (аксиологический аспект) [2, с. 59].

Побробный анализ внедрения игровых форм и методов геймификации был проведен в прошлом году по материалам исследования со студентами младших курсов [3].

С началом пандемии Covid-19 практика проведения таких больших игр и турниров прекратилась, но им на смену пришла новая форма дискуссионной работы со студентами, сочетающая в себе методы игрового моделирования, но скорее отодвигающая их на второй план. На кафедре истории, экономики и правоведения стал работать дискуссионный клуб «Правда». В качестве ключевых целей и задач деятельности дискуссионного клуба стали:

1) формирование у студентов собственных взглядов на происходящие вокруг события, выработка активной гражданской позиции, развитие системы ценностей и воззрений, а также формирование навыков содержательно отстаивать свою позицию;

2) проведение регулярных заседаний для обсуждения актуальных политических, социальных, исторических, культурных и философских вопросов;

3) приглашение на встречи специалистов и экспертов, способных дать разъяснение по интересующему членов дискуссионного клуба вопросу;

4) создание компетентной команды на базе данного Дискуссионного клуба, для участия в межвузовских соревнованиях;

5) содействие формированию партнерских отношений между учащимися и преподавателями [4].

Поскольку длительное время дискуссионный клуб функционировал в рамках первичной профсоюзной организации сотрудников и обучающихся Университета, то еще одной задачей называлась «мотивация профсоюзного членства, знакомство с деятельностью профсоюзной организации УГМУ» [4].

Со своими задачами дискуссионный клуб вполне справлялся, не предъявляя при этом слишком высоких требований к преподавателям и обучающимся в плане подготовки и организации собраний клуба. Как правило на выбор обучающимся предлагались ряд тем, из которых сами участники выбирали одну. Преподаватель готовил некоторые рекомендации для участников по подготовке к заседанию, сами заседания проходили в дружеской и доброжелательной атмосфере, сопровождались небольшими чаепитиями, иногда на них приглашались авторитетные внешние эксперты, а иногда и участники клуба выступали на городским дискуссионных площадках. Заседаний проходили с периодичностью раз в две недели, а во внешних трибунах участники могли выступать два – три раза в семестр. Среди обсуждаемых тем были представлены следующие:

1. Гражданское общество и традиционные ценности;
2. Проблемы взаимоотношений между людьми;
3. Проблемы взаимодействия людей в интернете;
4. роль религии в жизни общества;
5. Конфликт поколений;
6. Обстоятельства, способствующие изменению людей;
7. Осознанность человека и перспективы развития общества;
8. Отношения между преподавателем и студентом;
9. Заповедники и национальные парки;
10. Обыденное и научное мышление;
11. Влияние социальных медиа на ментальное здоровье;
12. Зависимость самооценки от взаимодействия с внешним миром;

13. Современная научная картина мира;

14. Мудрость прошлого: пословицы и поговорки;

15. Нормальность vs гениальность.

В разные периоды аудитория участников клуба колебалась от 7–8 до 30–35 чел., т.е. не была массовой, но клуб стал площадкой для реализации потребности студентов в свободном общении, взаимодействии, их социализации и адаптации в студенческой среде, особенно на 1 курсе. Изначально в клуб приходили ребята, по тем или иным причинам недостаточно социализированные, часто испытывающие проблемы с социальными контактами, но при этом все преподаватели отмечали позитивные перемены у этих студентов уже ко 2 курсу обучения.

Еще одним преимуществом дискуссионного клуба было то, что заседания могли проходить в дистанционном формате, что было особенно актуально в условиях пандемии Covid-19, однако этот формат не мог не сказаться негативно на качестве организуемой дискуссии: как правило в таком формате руководитель клуба лишается возможности «заставлять» проявлять активность каждого подключившегося слушателя, в результате появляется группа «активистов», которые ведут всю дискуссию, и основная масса участников, которые просто подключаются, но участия в дискуссии не принимают (пассивные слушатели).

К недостаткам такой формы можно отнести относительно низкий охват аудитории и не высокий теоретический уровень подготовки обучающихся к дискуссии. Очень широкий спектр тем делает затруднительным привлечение экспертного сообщества к каждой такой теме, и поэтому обсуждение зачастую проходит на любительском уровне. Но при этом решается одна из ключевых задач образовательного процесса при изучении дисциплин социально-гуманитарного цикла – формирование коммуникативной компетенции, критического мышления, навыков спора, умения отстаивать свою позицию, и при этом слышать оппонента.

Важно отметить, что руководитель клуба избирается из числа самого студенческого сообщества. То есть клуб работает практически автономно, при этом сохраняется общее кураторство преподавателя.

С 2024 г. преподаватели кафедры истории, экономики и правоведения и выпускники Медицинского университета предпринимают попытку возрождения проекта «Барьер». Происходит ребрендинг проекта (как минимум еще в допандемийные времена он поменял свое название – вместо проекта «К барьеру» появился проект «Барьер», что

объяснялось сменившимися целями проекта, студенты теперь приходят в проект как бы преодолевать свои внутренние «барьеры», у проекта появилась собственная символика, собственный ресурс в социальных сетях и мессенджерах [5]), проект становится полностью автономным. Его ключевым лозунгом стал «Театр. История. Импровизация». Руководители проекта объяснили это следующим образом:

1. Проект по-прежнему носит просветительский характер, его основная задача – повышение мотивации студентов непрофильных вузов к изучению истории;

2. Проект реализует задачу отработки у обучающихся коммуникативных навыков, поэтому навык ведения дискуссии, спора остается основным. Это по-прежнему командная работа, это по-прежнему спор, это по-прежнему игра, которая лишь встраивается в театральную постановку, но не подменяется последней.

3. Театрализация становится важным элементом проекта, задавая общий фон, в который встраивается сам игровой процесс, придавая игре более живой характер, привлекая большую аудиторию, задавая общее настроение участников.

За два года было реализовано два больших проекта:

1. Крах империи Романовых: Распутин vs Столыпин vs Ленин (впервые в игре было не две, а целые три команды)

2. Декабристы: проект, посвященный 200-летию восстания декабристов (в этом проекте впервые отказались от деления на команды).

Если первый проект, несмотря на высокий уровень театрализации, полностью соответствовал обозначенным задачам проекта и его лозунгу «Театр. История. Импровизация», то во втором проекте, по сути, произошел крен в сторону чистого театра, при этом от импровизационной части было решено полностью отказаться. Более того, выступая на городских площадках (музеи, усадьбы, лектории), участники стали внедрять практику иммерсивности в постановку, которая на первый план выводила задачи не просвещения, а эмоционального наполнения проекта. В результате были даны две блестящие постановки, которые были освещены и достаточно высоко оценены в СМИ [6], однако происходит почти полный разрыв с изначальной задачей проекта – повышение мотивации обучающихся непрофильных специальностей к изучению истории. Показательно, что среди участников проекта оказались не только студенты-медики, но и студент исторического факультета.

На сегодня задача повышения мотивации студентов-медиков к изучению социально-гуманитарных дисциплин остается одной из приоритетных, и дальнейшее

развитие игровых и дискуссионных форм работы с обучающимися будет направлено на решение именно этой проблемы. В планах кафедры:

1. Продолжение поддержки дискуссионного клуба, его преобразование для выхода на взаимодействие с городскими площадками, в том числе музеями, лекториями и т.д.;

2. «Перезагрузка» проекта «Барьер», возвращение его к изначальным целям и задачам при сохранении лучших достижений последних игр;

3. Активное взаимодействие с городскими площадками в воспитательной работе с обучающимися, историческими музеями, организация научных конференций, круглых столов, «мозговых штурмов» и т.д.

Преподаватели кафедры убеждены, что игровые формы могут быть важным дополнением учебного процесса, но они не должны быть самой целью (игра ради игры, театр ради театра, постановка ради постановки), а должны быть средством к достижению главной задачи – повышению мотивации студентов-медиков изучать непрофильные дисциплины.

Выводы

1. Одной из ключевых задач внедрения игровых и дискуссионных форм работы с обучающимися при преподавании дисциплин социально-гуманитарного цикла является повышение мотивации обучающихся к изучению непрофильных дисциплин. И действительно, на определенном этапе такие формы позволяют повысить ‘me мотивацию и добиться положительного результата, но требуют от преподавателя гораздо больших усилий и затрат, как временных, так и эмоционально-психологических.

2. Внедрение игровых и дискуссионных форм в реальной практике сопровождается определенными трудностями. Возникает риск подмены учебного процесса игрой, а это может привести к вырождению изначально поставленной задачи. Важно сохранять контроль за развитием таких форм, позволяя студентам самоорганизовываться, но направляя эту самоорганизацию в нужное русло.

3. Развитие игровых и дискуссионных форм ставит ключевую задачу – формирование коммуникативного навыка и критического мышления у обучающихся. Внедрение таких форм должно способствовать повышению не просто мотивации изучать социально-гуманитарные дисциплины, но и понимания значимости этих дисциплин в системе профессиональной подготовки будущих врачей, провизоров, медицинских психологов. Поэтому важно показать обучающимся, какие

профессиональные навыки и качества они могут приобрести или «прокачать», принимая участие в таких формах работы.

Список литературы:

1. Устинов А.Л., Шапошников Г.Н., Никитина И.А., Ятлук А.А. Диспут как форма игрового моделирования (на примере проекта «К барьеру») // Вестник Уральского государственного медицинского университета: Научно-практический журнал. – 2018. – № 2. – С. 87–90.
2. Шапошников Г.Н., Устинов А.Л. Игровое моделирование как педагогическая инновация в практике преподавания дисциплин исторического цикла в медицинском вузе // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. – 2017. – № 4(34). – С. 57–61.
3. Винокуров Д.С., Устинов А.Л. Методы геймификации как фактор повышения мотивации обучающихся при изучении дисциплин гуманитарного цикла в медицинских вузах // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. – 2025. – № 1(67). – С. 5–20.
4. Положение о Дискуссионном клубе «Правда» // Документы Первичной профсоюзной организации сотрудников и обучающихся ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России 2019–2024 гг.
5. Группа «Барьер» // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://vk.com/barriergame?from=groups (дата обращения: 11.12.2025 г.).
6. Березник И. Екатеринбургские студенты самоорганизовались для театральной постановки в трёх действиях о декабристах: Мероприятия посвятили 200-летию восстания и популяризации ОКН // Вечерние ведомости. – 29 ноября 2025 г. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://veved.ru/eburg/news/notpolitics/culture/208312-ekaterinburgskie-studenty-samoorganizovalis-dlja-teatralnoj-postanovki-v-treh-dejstvijah-o-dekabristah.html (дата обращения: 11.12.2025 г.).