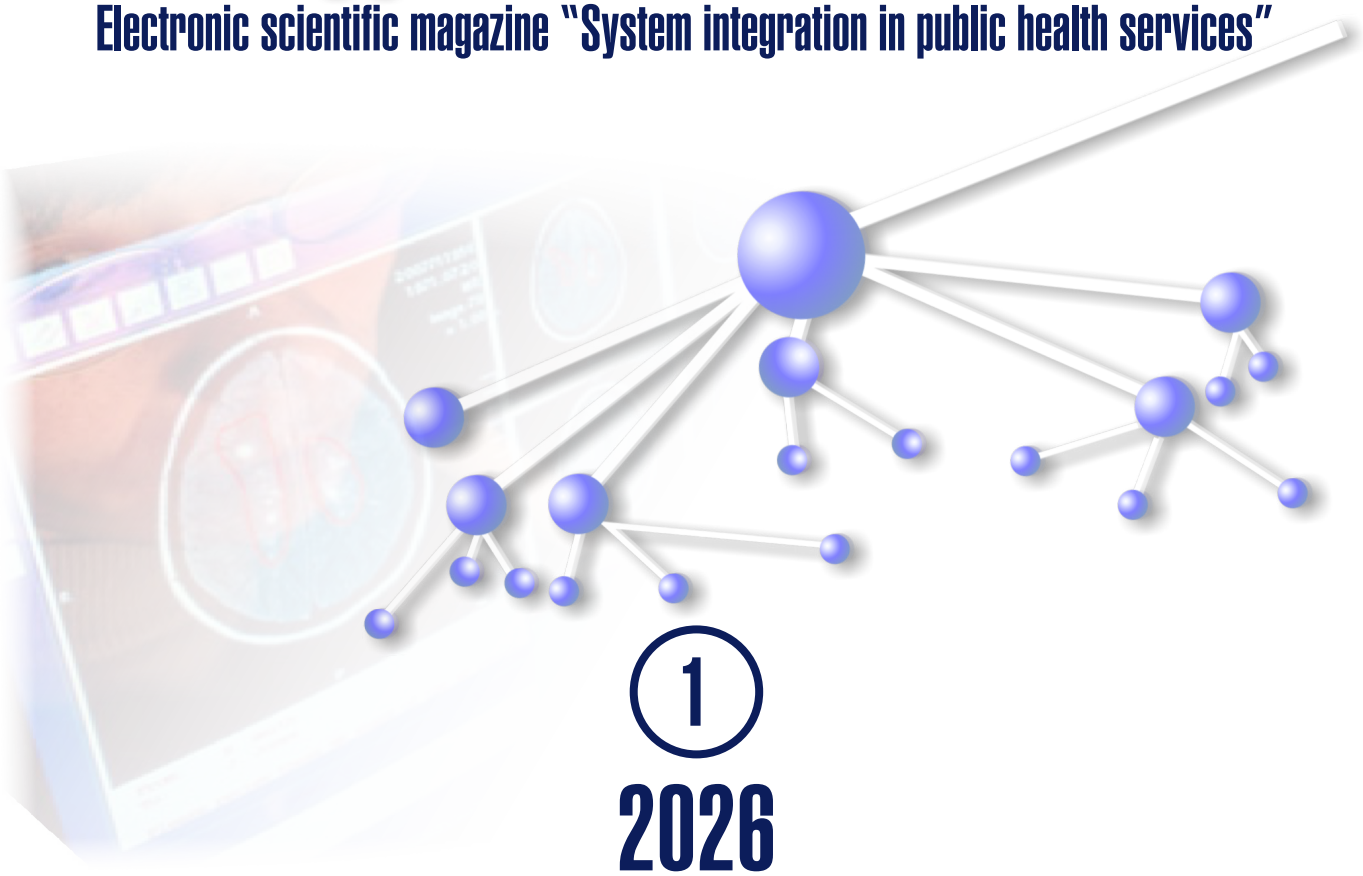
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
З 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



1
2026

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», 2026



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

№ 1 (71) 2026

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместитель главного редактора
С.И.БЛОХИНА

Уважаемые читатели!



Представляем Вашему вниманию очередной выпуск сборника «Системная интеграция в здравоохранении», в котором представлены последние научные достижения молодых ученых и ведущих профессоров в области медицины, психологии, экономики здравоохранения, истории медицины и психологии.

Выпуск уже традиционно представлен тремя разделами: актуальные проблемы медицины и здравоохранения, актуальные проблемы педагогики и психологии и актуальные проблемы экономики здравоохранения. В первый раздел вошли статьи, посвященные осведомленности студентов-медиков о рациональном питании, взаимосвязи качества жизни и частоты госпитализации в детский инфекционный стационар. Второй раздел включает работы о значении доабортного психологического консультирования, проблемах психологической неадаптированности иностранных студентов-медиков, социальной реабилитации детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития, влиянии детско-родительских отношений на увлеченность подростков компьютерными играми. Третий раздел представлен работами по финансовому планированию коммерческих медицинских учреждений, экономическими аспектами управления безрезультатными вызовами скорой помощи, экономической эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Так же традиционный раздел «Читальный зал» включает работу, посвященную психологическим особенностям российских правителей от Ивана IV до Екатерины II.

Ричард Бах писал: «Твой учитель не тот, кто тебя учит, а тот, у кого учишься ты». Хочется верить, что молодые авторы сборника являются достойными учениками своих учителей.

Надеемся, что этот выпуск позволит глубже познакомиться с актуальными проблемами современных исследований в психологии, педагогике, медицине, экономике здравоохранения и вызовет широкий интерес читателей.

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой экономики социальной сферы
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
экономический университет»
Борзунов Игорь Викторович

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Казанцева А.В., Титова Д.И., Герцен Я.В.
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О РАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ 5

Казанцева А.В., Искендерова Е.М., Халилова З.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР 21

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Набойченко Е.С.
ПРАВО НА ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР: ЗНАЧЕНИЕ ДОАБОРТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ 29

Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е.
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НЕАДАПТИРОВАННОСТИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 37

Берсенёва Л.В., Самойлов А.С.
КОГНИТИВНО-КОНТЕКСТНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ..... 54

Садовникова Н.О., Шиловских М.С.
ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА УВЛЕЧЕННОСТЬ ПОДРОСТКОВ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ 70

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Калицкая В.В., Зильберберг Н.В., Копырин А.С., Борзунова Т.И.
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИНАНСОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В КОММЕРЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 78

Федоров В.В., Борзунов И.В., Пазина М.В., Зильберберг Н.В.
АНАЛИЗ ИНТЕГРАЦИИ ДАННЫХ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СИСТЕМЫ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНЫМИ ВЫЗОВАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 88

Дмитриева С.Л., Борзунов И.В., Хайбуллин А.Э.
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 105

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Устинов А.Л., Полежаева П.Э., Хмара В.А.
НАРЦИССИЗМ ВО ВЛАСТИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВИТЕЛЕЙ РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ИВАНА IV, ПЕТРА I, ЕКАТЕРИНЫ II) 118

© Казанцева А.В., Титова Д.И., Герцен Я.В.

УДК 614.2

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О РАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ

Казанцева А.В.[1], Титова Д.И.[1], Герцен Я.В.[1]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Резюме. Фактор здорового питания признан одним из ключевых компонентов генеральной стратегии ВОЗ, по данным которой 60% причин смертности людей напрямую связаны с нерациональным питанием. Связанные с питанием ХНИЗ все чаще регистрируются в подростковом и юношеском возрасте. *Цель исследования* – на основе данных социологического исследования оценить режим питания и уровень знаний студентов младших курсов медицинского вуза о рациональном употреблении пищи. Проведен одномоментный анонимный социологический онлайн-опрос студентов 1-3 курса Уральского государственного медицинского университета. Использована адаптированная для целей исследования анкета на основе международного опросника HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) и пособия ВОЗ для краткой оценки модели питания. По результатам исследования выяснено, что лишь 15,0% студентов питаются в соответствии с Руководством по здоровому питанию для населения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Существует необходимость разработки методических пособий, регламентируемых подходы к оптимизации питания студентов, и создания единого алгоритма, направленного на рационализацию питания для поддержания здоровья студентов.

Ключевые слова: питание студентов, рациональное питание, здоровье питание, режим питания.

AN ANALYSIS OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS' AWARENESS OF NUTRITIONAL MANAGEMENT

Kazantseva A.V.[1], Titova D.I.[1], Gertsen Ya.V.[1]

[1] Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Public Health and Healthcare

Summary. The factor of healthy diet is recognized as one of the key components of the WHO general strategy, according to which 60% of the causes of human mortality are directly related to poor nutrition. Nutrition-related cardiovascular conditions are increasingly registered in adolescence and young adulthood. *The aim of the study* was to assess the dietary pattern and the level of knowledge of junior medical students about rational food consumption based on sociological survey data. A cross-sectional anonymous sociological online survey of the Ural State Medical University 1–3-year students was performed. The international questionnaire HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) was adapted for the purposes of the study and the WHO manual for a brief assessment of the nutrition model was used to interpret the data obtained. The study revealed that only 15.0% of students eat in accordance with the World Health Organization (WHO) Guidelines on Healthy Eating for the Population. There is a need to develop methodological manuals regulating approaches to optimize the nutrition of students, and to create a unified algorithm aimed at rationalizing nutrition to maintain the health of students.

Key words: student nutrition, rational nutrition, nutritional health, nutritional regimen.

Введение

Фактор здорового питания признан одним из ключевых компонентов генеральной стратегии ВОЗ, по данным которой 60% причин смертности людей напрямую связаны с нерациональным питанием [6]. Основополагающие детерминанты большинства социально значимых хронических неинфекционных болезней (ХНИЗ), в основном, одинаковы и включают повышенное потребление энергетически богатых, но бедных питательными элементами продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли при пониженном уровне физической активности [2].

Связанные с питанием ХНИЗ все чаще регистрируются в подростковом и юношеском возрасте, который характеризуется пересмотром семейных привычек и формированием новых ценностей, переходным периодом из школы в вуз, что в

совокупности с изменением образа жизни несет дополнительные риски для здоровья и психологическую нагрузку [3].

Молодые студенты-медики все еще сохраняют черты подросткового возраста, при этом подвергаются дополнительным психологическим и интеллектуальным перегрузкам, таким как интенсивное обучение и большие объемы информации, изменение режима сна, отдыха и питания [4, 5, 7, 13, 16]. Из-за отсутствия постоянного контроля со стороны взрослых и навыков планирования своего времени у студентов могут сформироваться искаженные пищевые привычки, которые являются значительным источником стресса и могут привести к различным заболеваниям [5, 13]. Студенты медицинских вузов, являясь будущими специалистами в области здравоохранения, должны обладать знаниями о правильном питании и навыками гигиены, чтобы в дальнейшем самим проводить профилактическую работу среди населения [16].

Несмотря на большое число публикаций, к настоящему времени не разработаны методические подходы к оптимизации питания студентов, отсутствует единый алгоритм, направленный на разработку системы мероприятий «питание – здоровье студента». На фоне растущей распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) и тех трудностей, которые они создают для систем здравоохранения во всем мире, государства-члены в Европейском регионе ВОЗ признали приоритетность стратегий, направленных на снижение и устранение таких факторов риска, как нездоровый рацион питания, низкий уровень физической активности, распространённость вредных привычек [2]. Актуальность проблемы изучения качества и характера питания студентов и субъективной оценки состояния здоровья заключается в выявлении способности к самостоятельной оценке рациона питания, нарушении его структуры [5]. Комплексный подход к проблеме несбалансированного питания и снижения уровня физической активности может способствовать облегчению будущего бремени хронических неинфекционных болезней [2, 6, 15].

Цель работы

На основе данных социологического исследования оценить режим питания и уровень знаний студентов младших курсов медицинского вуза о рациональном употреблении пищи.

Материалы и методы

Проведен одномоментный анонимный социологический онлайн-опрос студентов 1-3 курса Уральского государственного медицинского университета. Использована адаптированная для целей исследования анкета на основе международного опросника HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) и пособия ВОЗ для краткой оценки модели питания [27]. Анкета включала 35 вопросов для оценки текущего режима и гигиены питания, сбалансированности рационов, а также удовлетворенности организацией питания в университете.

Всего в исследовании приняло участие 352 студента: 65 (18,5%) юношей и 287 (81,5%) девушек. Большая доля участников женского пола связана с преобладанием девушек в общей структуре обучающихся вуза. Выборка сформирована по методике К.А. Отдельновой [9]. Средний возраст респондентов составил 19±0,6 лет.

Для целей исследования выделено несколько групп сравнения. По типу занятости: 288 опрошенных занимались только учебной деятельностью (82,0%), 64 человека (18,0%) совмещали учёбу и работу. В зависимости от условий проживания: проживали отдельно от родственников (собственное или съёмное жильё) - 165 человек (47,0%), с родителями или другими родственниками - 123 человека (35,0%), в общежитии проживали 64 человека (18,0%).

Статистический анализ результатов исследования был выполнен с помощью пакетов программного обеспечения Microsoft Excel и калькулятора для расчета статистических показателей medstatistic.ru.

Исследование одобрено на заседании локального этического комитета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол №5 от 26.06.2020).

Результаты и обсуждение

Среди респондентов 20,0% не осведомлены о суточной потребности в овощах и фруктах, 55,0% о норме употребления соли, 82,0% о норме употребления сахара.

52,0% и 46,0% респондентов не ориентируются в вопросе о содержании ЛПВП/ЛПНП в различных продуктах соответственно.

24,0% опрошенных студента не знают, в каких продуктах содержится большое количество жирорастворимых витаминов. Аналогичная ситуация с водорастворимыми витаминами: неверно ответили 57,0%. Такие данные могут свидетельствовать о низкой подготовленности студентов, связанной с неадекватным образованием в

области питания. Кроме того, сообщается, что дефицит знаний, навыков у студентов-медиков и отсутствие уверенности в предоставлении консультаций по вопросам питания, вероятно, сохранятся в клинической практике [16].

Большая часть студентов (54,2%) по будням перед занятиями завтракают нерегулярно. Эти результаты вызывают беспокойство, так как значительное количество учащихся не уделяют должного внимания первому приему пищи в день. В выходные дни увеличивается количество студентов, которые завтракают каждый день, до 62,6%. Это объясняется тем, что в выходные дни люди обычно проводят меньше времени на работе или учебе, что позволяет им уделять больше времени своему питанию. Кроме того, время, которое требуется для того, чтобы добраться до университета или работы, также может влиять на количество приемов пищи. При этом есть определённая зависимость от типа занятости: завтракают каждый день по будням 48,0% студентов, не совмещающих работу с учебой, работающие студенты завтракают ежедневно на 30,0% меньше ($p<0,05$). Аналогичная ситуация наблюдается и по выходным дням, работающие студенты завтракают реже на 40,0%. Из этого следует, что работа на младших курсах университета, вероятно, влияет на элементы образа жизни учащихся, ограничивая их в определённых потребностях.

Среди студентов, проживающих отдельно 38,5% студентов употребляют горячую пищу 2 раза в день и реже, при этом среди студентов, живущих с родственниками, этот показатель фактически был снижен до 22,2% ($p<0,05$). Отличия, вероятно, связаны с разным уровнем контроля со стороны взрослых, менее свободному доступу к микроволновой печи, духовому шкафу, плите, а также с финансовым благополучием студентов [4,5].

Существует зависимость регулярности употребления свежих овощей и фруктов от условий проживания: 4,8% опрошенных студентов, живущих в общежитии, употребляют свежие овощи 2-4 раза в неделю, что в среднем меньше в 4,7 раз по сравнению с теми, кто живёт с родственниками (22,9%) ($p<0,05$). Студенты, живущие в общежитии, предпочитают фрукты на 19,2% меньше, в сравнении с живущими в кругу семьи (31,9%) ($p<0,05$). Это, вероятно, объясняется недостаточной финансовой грамотностью и ограниченными материальными ресурсами.

Среди опрошенных учащихся большая доля работающих студентов употребляют снеки каждый день более 1 раза (6,2%), работающие студенты употребляют снеки

несколько меньше (4,0%) ($p<0,05$). Это может говорить о нехватке времени на приготовление здоровой пищи и правильные перекусы.

Примечательно, что значительная доля опрошенных студентов, живущих в общежитии, употребляет в пищу снеки 2-4 дня в неделю и этот показатель почти равен показателю употребления снеков у студентов, живущих с родственниками

На вопрос "Сколько раз в неделю вы обычно употребляете газированные и сладкие напитки?" респонденты ответили: «1 раз в день и чаще» – 6,3%, «1 раз в неделю»- 21,6%, «2-6 раз в неделю» - 19,8%. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что большое количество студентов употребляют сладкие газированные напитки бесконтрольно, регулярно, что не может не сказываться на здоровье и общем состоянии будущих врачей.

Среди молодежи популяризируется употребление сладких, высококалорийных продуктов, таких как шоколад, шоколадные батончики, конфеты. В исследовании выявлено, что студенты, живущие в общежитии, предпочитают сладкие продукты в 2 раза больше (37,0%) по сравнению с теми, кто живет отдельно или с родственниками ($p>0,05$).

Студенты младших курсов медицинского университета проводят большую часть своего времени в его стенах, поэтому важна организация питания в учебных корпусах.

УГМУ имеет 5 основных корпусов: главный учебный корпус, Репина 3 (имеется столовая и вендинговые автоматы), Декабристов, 32 (имеется буфет), Ключевская, 17 (имеется столовая и вендинговые автоматы), Ключевская, 7 (нет точек питания), Онуфриева, 20а (имеется столовая и вендинговые автоматы).

Среди студентов 27,0% отметили, что режим работы столовой/буфета не совпадает с их расписанием, 23,0% ответили, что не во всех корпусах можно помыть руки перед едой. Мытье рук с мылом перед едой является важной процедурой по профилактике инфекций, передающихся контактно-бытовым путем. 20,0% респондентов моют руки не всегда, либо не моют вовсе. Из них в 2,3 раза больше тех, кто живет отдельно от родственников, в том числе в общежитии (70,0%) ($p<0,05$).

В настоящее время имеются сложности организации свободного доступа студентов к питьевой воде. 54,0% студентов считают, что свободного доступа нет, 17,0% отмечают, что это зависит от режима работы столовой/буфета.

Для многих студентов имеет значение наличие микроволновой печи для разогрева пищи, принесенной из дома. По результатам исследования только 4,0% считают, что

воспользоваться микроволновой печью можно всегда, остальные 96,0% считают, что доступ к микроволновой печи не стабилен.

Так же 76,0% студентов ответили, что в столовой университета имеется диетический ассортимент, включающий в себя блюда на пару, овощи, блюда из курицы и индейки, блюда из белой рыбы. Однако, не все столовые учебных корпусов оснащены оборудованием для приготовления подобной пищи.

Не смотря на организацию питания в учебных корпусах, употребляют горячий обед, приносят домашнюю еду в контейнере или перекусывают полезными снеками (фрукты, овощи, орехи) только 12,0% респондентов. Это в 4,25 раз меньше, чем студентов, предпочитающих вредную еду (фастфуд, чипсы, сухарики, сэндвичи и кофе из автомата, сладкие газированные напитки) (51,0%).

Такие данные позволяют говорить о том, что есть необходимость в улучшении здоровья студентов, более качественном контроле и мониторинге их образа жизни.

По данным многоцентровых исследований, рацион питания современных подростков зачастую бывает несбалансированным и сочетается с множеством вредных привычек, что сохраняется на протяжении всей жизни [13, 15, 16].

Разработанная анкета позволяет дать оценку степени рациональности питания студентов дневной формы обучения медицинского вуза и оценить их пищевые привычки, образ жизни и степень осведомлённости в вопросах пищевого поведения.

По результатам проведенного опроса редкий прием пищи приводит к несогласованной работе пищеварительной системы, ухудшает процессы пищеварения и всасывания, нарушает сон и сказывается на общем состоянии организма [13]. Согласно принципам рационального питания, предложенным Институтом питания РАН, наиболее оптимальным для здоровья признается режим питания 4–5 раз в день небольшими порциями.

Завтрак — это самый важный прием пищи за день, который дает энергию и помогает начать день правильно. Отказ от завтрака может привести к различным проблемам со здоровьем, таким как повышение уровня холестерина, снижение иммунитета и даже увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому завтрак является неотъемлемой частью распорядка дня каждого человека. Первый прием пищи должен составлять 30–35% суточной потребности организма в энергии, а также обеспечивать витаминами и микроэлементами [12]. Завтрак позволяет избежать

чувства слабости, которое возникает у некоторых людей в середине дня из-за снижения содержания сахара в клетках организма [5].

Один из распространенных вариантов нарушения питания является досаливание и пересаливание пищи. Избыточная соль в основном попадает в организм из промышленной еды, производители которой всеми силами стараются сделать вкус продуктов ярче. Любители досаливать еду сталкиваются с повышением кровяного давления, стенокардией, отеками. Не удовлетворяет тот факт, что 40,0% студентов добавляют соль в уже приготовленную еду. Избыток соли имеет крайне негативные последствия, а именно риск развития артериальной гипертензии, связанных с ней сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронической болезни почек.

Существует прямая связь работы с ротацией дневных и ночных смен с избыточным весом и ожирением, с нарушениями циркадных ритмов и сна [6]. Работа обучающихся в медицинских вузах чаще суточная или ночная, чем объясняется нехватка времени для полноценного приема пищи и чаще это еда «всухомятку», без горячих блюд, с быстрыми несбалансированными перекусами. Сменная работа идентифицирована как важный профессиональный риск.

На такие результаты может влиять отсутствие контроля со стороны взрослых, недостаточные кулинарные навыки. К тому же, у тех, кто живёт с родителями часто отсутствует задача приготовления еды, а кто живёт в общежитии, предпочитают заменять этот процесс покупкой готовых продуктов питания в виде полуфабрикатов.

Многие студенты в своем стремлении быстро похудеть начинают уменьшать число приемов пищи. При этом естественное физиологическое желание насытить организм приводит к тому, что за 2 раза студенты съедают больше, чем при регулярном 3-4-разовом питании. Редкий прием пищи отрицательно сказывается на усвоении многих необходимых нашему организму питательных веществ. Кроме того, большое значение имеет малоподвижный образ жизни, который также приводит к увеличению массы тела [9].

По данным ВОЗ необходимо употреблять не менее 400 г (пять порций) фруктов и овощей в день. Овощи и фрукты должны быть обязательно в повседневном рационе студенческой молодежи, поскольку они повышают аппетит и способствуют усвоению другой пищи, выводят токсины, обладают бактерицидными свойствами, нормализуют деятельность центральной нервной системы и повышают работоспособность, что так необходимо во время обучения [27].

Основными причинами гиподинамии считают автоматизацию производства, урбанизацию, технический прогресс в быту, отсутствие активного отдыха, некачественный досуг. Именно поэтому гиподинамию принято называть «болезнью цивилизации». А в сочетании с употреблением большого количества продуктов, содержащих, в основном, углеводы, такой образ жизни приведет к нарушению работы всех систем организма, ожирению, снижению работоспособности [12, 26]. Установлено, что студенческая молодежь отдает предпочтение быстрым углеводам (шоколадные батончики, чипсы, сухарики, попкорн, орешки) во время того, как смотрят телевизор/видео или работают/играют за какими-либо электронными устройствами. Отвлечение студентов на другие занятия во время еды способствует бесконтрольному приему данных продуктов.

В умеренных количествах быстроусвояемые углеводы необходимы для человеческого организма, но необходимо понимать, что для каждого человека существует определенная норма калорий, выведенная исходя из его образа жизни, телосложения и хронических заболеваний. Излишне калорийная пища приведет к нарушению метаболизма с последующим возникновением ожирения. Вывод: вред приносят не непосредственно углеводы, а их переизбыток. Еще одна негативная тенденция заключается в росте нарушений толерантности к глюкозе среди молодого населения. Чрезмерное поступление сахаров нарушает процесс их усвоения. Это может спровоцировать рост уровня сахара и развитие сахарного диабета в будущем [10, 19].

Следует ограничивать сладкие газированные напитки. Избыточное их употребление может привести к негативным последствиям: во-первых, сахар и кислота, входящие в состав, разрушают зубную эмаль, во-вторых, такие напитки содержат в себе соли фосфорной кислоты. При частом употреблении избыток фосфора негативно влияет на всасывание кальция, отвечающего за плотность костей, что может привести к повышенной хрупкости костей и увеличить риск травматизма.

Употребление шоколада в больших количествах может привести к избыточному весу со всеми вытекающими последствиями: нарушения работы сердечно-сосудистой системы, одышке, развитию сахарного диабета, гипертонии.

Проведенный анализ анкетирования студентов об организации питания в Уральском государственном медицинском университете даёт понять, что многие учащиеся не знают о возможностях учебного заведения в сфере питания. Такие

результаты, однако, могут быть связаны с ограничением потребности в питании в одном из корпусов (Ключевская, 7) УГМУ. Учитывая, что большинство респондентов посещают этот корпус минимум 1-2 раза в неделю, отвечая на вопросы анкеты, студенты акцентировали внимание именно на этом недостатке. Для решения этой проблемы, питание в корпусах, в которых нет пищеблока, может быть организовано посредством аутсорсинга, что уже реализовано в одном из корпусов УГМУ (Декабристов, 32). Так же, одним из плюсов реализации питания аутсорсингом, является предварительная маркировка блюд, которая может помочь студентам выбрать подходящее по калорийности и соотношению БЖУ блюдо.

Но существует и ряд проблем, которые необходимо взять под контроль: обеспечить более свободный доступ к питьевой воде и подогреву пищи, а также установить раковины или умывальники на территории столовой/буфета при их отсутствии.

Студенты младших курсов имеют низкую осведомленность о принципах рационального питания. Хотя в определённых вопросах они показали хорошие знания, но всё же присутствует большой процент неправильных ответов. Улучшение этих показателей можно осуществить за счёт лекций и интерактивов на тему здорового образа жизни, памяток, организаций круглых столов со студентами и преподавателями по вопросам рационального питания. Есть необходимость в популяризации валеологического направления и внедрения его в образовательный процесс медицинских учебных заведений. Медицинское образование может быть улучшено за счет обязательного курса по диетологии в рамках медицинского обучения [17]. Студенты старших курсов могут помогать младшим адаптироваться в среде университета, в том числе и возможностях питания. Ординаторы-диетологи, терапевты, гастроэнтерологи, гигиенисты в рамках педагогической практики могут быть мотивированы проводить внедрение принципов здорового питания, как в форме интерактивных лекций, так альтернативных форм образовательной деятельности (типа «rock the science»). Такие темы могут быть подняты на различных дисциплинах, таких как гигиена и факультетская терапия. Помимо этого, создание дополнительных элективов, таких как диетология, может помочь студентам освоить навыки составления меню с подсчетом калорийности и сбалансированности рациона по белкам, жирам, углеводам, витаминам, а также микро- и макроэлементам, что может помочь будущим врачам не только в улучшении своего качества жизни, но и в

профессиональной деятельности [6, 11, 20, 22]. В 2023 году на 3 курсе медицинских университетов был введен электив «Введение в диетологию».

Учитывая экономическое положение и многочисленные заболевания, связанные с неправильным питанием, для студентов-медиков становится все более важным не только получать образование в области питания и профилактической медицины, но и самостоятельно применять эти знания в своей повседневной жизни [23-25].

Осуществленный анализ позволил выявить несоблюдение принципов рационального приёма пищи, что неизбежно приведет к развитию заболеваний. Таким образом, социально-психологические установки у студентов, в целом, сформированы, но не все студенты могут придерживаться принципов правильного питания из-за сильной занятости. По результатам данного исследования, можно рекомендовать проведение коллективных и индивидуальных бесед для поднятия уровня культуры питания, начиная со школьной скамьи и затем со студентами университета. Курс кулинарной медицины для студентов-медиков может улучшить восприятие о правильном питании и повысить осведомленность студентов-медиков о важности правильных пищевых привычек [21]. Это необходимо так как сбалансированный рацион влияет не только на физическое здоровье учащихся, но и на психическое здоровье, в том числе [14, 21].

Немаловажно повышать уровень осведомлённости студентов об организации питания в различных учебных заведениях и корпусах. Этого можно добиться за счёт использования популярных интернет-платформ (Вконтакте, Телеграмм), на которых можно информировать о режиме работы и меню на каждый день, публиковать полезные и короткие статьи о питании, здоровом образе жизни. Для повышения качества питания и заинтересованности студентов возможна маркировка блюд по калорийности и составу белков, жиров, углеводов. Это облегчит оценку и корректировку рациона для тех, кто следит за своим питанием и сподвигнет многих молодых людей на переосмысление своего образа жизни.

К основополагающим факторам, которые формируют здоровье населения, относятся питание и здоровый образ жизни [7, 8]. Анализ питания студентов показал, что есть существенные отклонения, связанные с рационом питания, повышенной калорийностью, избытком жиров, углеводов, соли и сахара, что, несомненно, сказывается на здоровье будущих врачей.

Выводы

По результатам исследования выяснено, что лишь 15,0% студентов питаются в соответствии с Руководством по здоровому питанию для населения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Основные ошибки студентов заключаются в стремлении сократить время приема пищи до минимума, в желании затрачивать минимальные денежные средства на питание. Большинство студентов, возможно, из-за отсутствия временных ресурсов, не обращают должного внимания на формирующиеся у себя пищевые привычки и никак не контролируют свой рацион.

Существует необходимость разработки методических пособий, регламентируемых подходы к оптимизации питания студентов, и создания единого алгоритма, направленного на рационализацию питания для поддержания здоровья студентов.

Для студентов медицинского вуза важны не только собственные привычки здоровьесбережения, но и знания в области культуры питания, так как они являются будущими врачами, которым в дальнейшем предстоит профилактическая работа среди детского и взрослого населения.

Список литературы

1. *Влияние* сменного графика работы на показатели метаболического здоровья / Е.С. Цветкова, Т.И. Романцова, Г.Е. Рунова, Н.С. Беляев, А.Е. Гольдшмид // Ожирение и метаболизм. — 2019. — Т.16. — №3. — С.11-19 doi: https://doi.org/10.14341/omet10015 [The influence of shift work schedule on metabolic health indicators / E.S. Tsvetkova, T.I. Romantsova, G.E. Runova, N.S. Belyaev, A.E. Goldschmid // Obesity and metabolism. — 2019. — Vol. 16. — No.3. — pp.11-19 (In Russian)].
2. ВОЗ, Европейское региональное бюро. Включение услуг в области рациона питания, физической активности и контроля массы тела в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://chocmp.ru/wp-content/uploads/2015/12/PAMT.pdf (Дата обращения: 24.10.2023) [in English?]
3. *Гигиеническая* оценка рациона питания студентов медицинского университета / Гурьевских Э.А., Анкудинова А.В. // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей V Международной (75 Всероссийской) научно-практической конференции. -2020. -№1. - С. 515-519.

[*Hygienic* assessment of the diet of medical university students / Gur'evskih E.A., Ankudinova A.V. // Aktual'nye voprosy sovremennoj medicinskoj nauki i zdravoohraneniya: sbornik statej V Mezhdunarodnoj (75 Vserossijskoj) nauchno-prakticheskoj konferencii. -2020. -№1. - P. 515-519. (In Russian)].

4. *Гигиеническая* оценка фактического питания студентов медицинского вуза и факторов, его формирующих / Сетко А.Г., Булычева Е.В., Сетко Н.П., Носова Е.И. // Оренбургский медицинский вестник. -2019. Т. 7. -№ 2 (26). -С. 57-63. [*Hygienic* assessment of the actual nutrition of medical university students and the factors that form it / Setko A.G., Bulycheva E.V., Setko N.P., Nosova E.I. // Orenburgskij medicinskij vestnik. -2019. T. 7. -№ 2 (26). -P. 57-63. (In Russian)]
5. *Гигиена питания* студента медицинского вуза / Развязнева М. И. // Исследования молодых ученых: материалы XI Международная научная конференция. -2020. С. 30-33. [*Nutrition hygiene* of a medical student / Razvyazneva M. I. // Issledovaniya molodyh uchenyh: materialy XI Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya. -2020. -P. 30-33. (In Russian)]
6. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. Утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения, резолюция 57.17 от 22 мая 2004 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-ru.pdf (Дата обращения: 20.10.2023) [in English?]
7. *Здоровое питание* для общественного здоровья / Тутельян В.А. // Общественное здоровье. -2021, -1 (1) С:56-64. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-1-56-64 [Healthy nutrition for public health / Tutelyan V.A. // Public health. -2021, -1 (1) C:56-64. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-1-56-64 (In Russian)].
8. *Международные* и российские механизмы интеграции инноваций и опыта для оптимизации питания населения / Тутельян В.А., Никитюк Д.Б. // Вопросы питания. -2023. -Т. 92, -№ 3. -С. 5–14. DOI: https://doi.org/10.33029/0042-8833-2023-92-3-5-14 [International and Russian mechanisms for integrating innovations and experience to optimize the nutrition of the population / Tutelyan V.A., Nikityuk D.B. // Issues of nutrition. -2023. -Vol. 92, -No. 3. -pp. 5-14. DOI: https://doi.org/10.33029/0042-8833-2023-92-3-5-14 (In Russian)].
9. *Определение* необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / Отдельнова К.А. // Сборник трудов 2-го ММИ. -1980. Т. 150, -

№6. -С.18–22. [*Determination* of the required number of observations in social and hygienic studies / Otdel'nova K.A. // Sbornik trudov 2-go MMI. -1980. T. 150, -№6. -P.18–22. (In Russian).]

10. *Сверигина* Л.А Рациональное питание для студентов с различной двигательной активностью: учеб. пособие / Сверигина Л.А., Селиванова И.В., Ряузов В.Г., Мифтахов И.Ю., Никитин С.В. // М-во обр. и науки РФ ФГАО УВПО «Казанский Федеральный Университет» Общеуниверситетская кафедра физического воспитания и спорта. – Казань, 2018. – 70 с. [Sverigina L.A. Rational nutrition for students with various motor activity: studies. manual / Sverigina L.A., Selivanova I.V., Ryauzov V.G., Miftakhov I.Yu., Nikitin S.V. // M-vo mod. i nauki RF FGAO UVPO "Kazan Federal University" University-wide Department of Physical Education and Sports. – Kazan, 2018. – 70 p. (In Russian).]
11. *Broad J,* Wallace M. Nutrition and public health in medical education in the UK: reflections and next steps. Public Health Nutr. 2018 Sep;21(13):2523-2525. doi: 10.1017/S1368980018000800. Epub 2018 Apr 30. PMID: 29708088; PMCID: PMC10260974.
12. *Castillo M*, Feinstein R, Tsang J, Fisher M. Basic nutrition knowledge of recent medical graduates entering a pediatric residency program. Int J Adolesc Med Health. 2016 Nov 1;28(4):357-361. doi: 10.1515/ijamh-2015-0019. PMID: 26234947.
13. *Crowley J,* Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review // Lancet Planet Health. 2019. 3(9). -C. 379–389. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8.PMID: 31538623
14. *Edirappuli SD*, Venkatesh A, Zaman R. The Effect of Nutrition on Mental Health: A Focus on Inflammatory Mechanisms. Psychiatr Danub. 2020 Sep;32 (Suppl 1):114-120. PMID: 32890373.
15. *Facina VB*, Fonseca RDR, da Conceição-Machado MEP, Ribeiro-Silva RC, Dos Santos SMC, de Santana MLP. Association between Socioeconomic Factors, Food Insecurity, and Dietary Patterns of Adolescents: A Latent Class Analysis. Nutrients. 2023 Oct 12;15(20):4344. doi: 10.3390/nu15204344. PMID: 37892419; PMCID: PMC10610405.
16. *Improving* dietary intake and achieving food product improvement. Policy opportunities and challenges for the WHO European Region in reducing salt and sugar in the diet. WHO, 2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

https://whosandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0003/448761/Improving-dietary-intake-eng.pdf (Дата обращения: 28.10.2023)

17. *Keel T, Olvet* DM, Cavuoto Petrizzo M, John JT, Dougherty R, Sheridan EM. Impact of an Expansion of a Clinical Nutrition Curriculum on Pre-Clerkship Medical Students' Perception of Their Knowledge and Skills Related to Performing a Nutritional Assessment Nutrients. 2021 Nov 15;13(11):4081. doi: 10.3390/nu13114081. PMID: 34836343.
18. *Lepre B*, Crowley J, Mpe D, Bhoopatkar H, Mansfield KJ, Wall C, Beck EJ. Australian and New Zealand Medical Students' Attitudes and Confidence Towards Providing Nutrition Care in Practice. Nutrients. 2020 Feb 25;12(3):598. doi: 10.3390/nu12030598.PMID: 32106539
19. *Medina-Remón A,* Kirwan R, Lamuela-Raventós RM, Estruch R. Dietary patterns and the risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases, asthma, and neurodegenerative diseases. Crit Rev Food Sci Nutr. 2018 Jan 22;58(2):262-296. doi: 10.1080/10408398.2016.1158690. Epub 2017 Jul 5. PMID: 27127938.
20. *Mogre V*, Stevens FCJ, Aryee PA, Amalba A, Scherpbier AJJA. Why nutrition education is inadequate in the medical curriculum: a qualitative study of students' perspectives on barriers and strategies. BMC Med Educ. 2018 Feb 12;18(1):26. doi: 10.1186/s12909-018-1130-5. PMID: 29433505; PMCID: PMC5809975.
21. *Ohrnberger J*, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. Soc Sci Med. 2017 Dec;195:42-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29132081.
22. *Pang B*, Memel Z, Diamant C, Clarke E, Chou S, Gregory H. Culinary medicine and community partnership: hands-on culinary skills training to empower medical students to provide patient-centered nutrition education. Med Educ Online. 2019 Dec;24(1):1630238. doi: 10.1080/10872981.2019.1630238. PMID: 31248353
23. *Perlstein R*, McCoombe S, Shaw C, Nowson C. Medical students' perceptions regarding the importance of nutritional knowledge and their confidence in providing competent nutrition practice. Public Health. 2016 Nov;140:27-34. doi: 10.1016/j.puhe.2016.08.019. Epub 2016 Oct 13. PMID: 27743692.
24. *Rothman JM*, Bilici N, Mergler B, Schumacher R, Mataraza-Desmond T, Booth M, Olshan M, Bailey M, Mascarenhas M, Duffy W, Virudachalam S, DeLisser HM. A Culinary Medicine Elective for Clinically Experienced Medical Students: A Pilot Study.

J Altern Complement Med. 2020 Jul;26(7):636-644. doi: 10.1089/acm.2020.0063. Epub 2020 Jun 12.PMID: 32543207

25. *Sierpina VS*, Welch K, Devries S, Eisenberg D, Levine L, McKee J, Dalal M, Mendoza P, Gutierrez J, Robertson S, Rosales D. What Competencies Should Medical Students Attain in Nutritional Medicine? Explore (NY). 2016 Mar-Apr;12(2):146-7. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.012. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26823191.
26. *The Journal* of scientific articles "Health and Education Millennium", 2018. Vol. 20. No 12 C.72. http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-12
27. "*World Health Organization* (WHO) Guidelines for Healthy Eating in Populations," 2018

© Казанцева А.В., Искендерова Е.М., Халилова З.В.

УДК 614.2

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР

Казанцева А.В.[1], Искендерова Е.М.[1], Халилова З.В.[1]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Резюме. Качество жизни — это сложное понятие, которое включает в себя физическое, психологическое и социальное благополучие человека. В последние годы исследователи всё больше внимания уделяют изучению качества жизни не только пациентов, но и их семей. Цель исследования — выявить связь между качеством жизни родителей и длительностью пребывания детей в инфекционном стационаре. Для достижения этой цели было проведено комплексное исследование на базе детской городской инфекционной больницы в Екатеринбурге. В ходе исследования использовались специализированный опросник SF-36, математические методы и статистическая обработка данных из единой цифровой платформы. Результаты исследования - обнаружено, что качество жизни родителей ухудшается с увеличением частоты и продолжительности госпитализаций детей в инфекционный стационар. Корреляционный анализ показал обратную связь между качеством жизни родителей и частотой и длительностью госпитализаций их детей. Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что родители испытывают высокий уровень стресса во время совместного пребывания с ребенком в стационаре. На психологическое состояние также влияет особый санитарно-эпидемиологический режим инфекционного стационара. В рамках исследования были разработаны брошюры для инфекционного стационара, посвященные методам борьбы со стрессом в условиях больницы и профилактике инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: качество жизни, частота госпитализаций, инфекционный стационар.

RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND THE FREQUENCY OF HOSPITALIZATION IN A CHILDREN'S INFECTIOUS DISEASE HOSPITAL

Kazantseva A.V.[1], Iskenderova E.M.[1], Khalilova Z.V.[1]

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

Summary. Quality of life is a complex concept that includes a person's physical, psychological, and social well—being. In recent years, researchers have been paying more and more attention to studying the quality of life not only of patients, but also of their families. The aim of the study is to identify the relationship between the quality of life of parents and the length of stay of children in an infectious diseases hospital. To achieve this goal, a comprehensive study was conducted at the Children's City Infectious Diseases Hospital in Yekaterinburg. The research used a specialized SF-36 questionnaire, mathematical methods and statistical data processing from a single digital platform. The results of the study showed that the quality of life of parents worsens with an increase in the frequency and duration of hospitalization of children in an infectious diseases hospital. Correlation analysis showed an inverse relationship between the quality of life of parents and the frequency and duration of hospitalization of their children. Conclusion.

Key words: quality of life, frequency of hospitalizations, infectious diseases hospital.

Введение

Качество жизни является многогранным понятием, охватывающим физическое, психическое и социальное благополучие индивидов. В последние десятилетия внимание исследователей все больше сосредотачивается на оценке качества жизни не только пациентов, но и их семей, особенно в контексте хронических заболеваний и длительных стационарных лечений. В данной работе рассматривается влияние качества жизни родителей на частоту госпитализаций в инфекционный стационар, что является актуальной темой в области педиатрии и медицинской социологии [1].

Качество жизни многогранное понятие включает физическое, психологическое и социальное благополучие. В контексте инфекционных заболеваний качество жизни может быть снижено из-за хронических заболеваний, повторяющихся инфекций или длительного лечения [2].

Величковский Борис Тихонович отмечает, что дети из семей с низким качеством жизни имеют более высокий риск рецидивов заболеваний, что также способствует увеличению частоты госпитализаций [3]. В исследованиях отмечена взаимосвязь между качеством жизни родителей и их способностью поддерживать детей в период болезни, что также может оказывать значительное влияние на процесс лечения и частоту обращений за медицинской помощью [3].

Таким образом, взаимосвязь между качеством жизни родителей и частотой госпитализаций детей в инфекционный стационар является важной темой для дальнейшего изучения. Исследования Б.Т. Величковского, Е.И. Шубочкиной и их коллег подтверждают необходимость комплексного подхода к оценке состояния здоровья детей с инфекционными заболеваниями. Улучшение качества жизни родителей может способствовать снижению частоты госпитализаций и повышению эффективности лечения [3,4].

Цель работы

Выявить взаимосвязь между качеством жизни родителей и частотой, и длительностью госпитализаций детей в инфекционный стационар.

Материалы и методы

На базе детской городской инфекционной больницы города Екатеринбурга проведено анонимное добровольное анкетирование родителей с помощью специализированного опросника SF-36 [6]. В опросе приняло участие 100 родителей детей (отцов n=13, матерей n=87). Средний возраст родителей 33±5 лет. Средний возраст ребенка 2,8±1 год. Данные анкетирования набирались в течение сентября-октября 2024 года, а частота и продолжительность госпитализаций детей учитывалась за календарный год до этого - с 31.08.2023 по 31.08.2024 г. Анкета SF-36 включает восемь шкал, затрагивающие: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье [5]. Для классификации выделяют следующую оценку каждой шкалы по процентному значению [6]:

- высокий уровень: 70% и выше;
- средний уровень: от 50% до 69,99%;
- низкий уровень: менее 50%.

В работе применялись аналитический, социологический, статистический методы исследования. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета программы Microsoft Office Excel, рассчитаны средние величины по шкалам и отношения шансов. Оценка достоверности определялась с помощью t-критерием Стьюдента, результаты принимались как достоверные при p менее 0,05.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования проанализированы основные показатели качества жизни, выявленные на основе данного опросника, напротив каждого из которых указаны средние баллы (таблица 1). Эти данные помогают глубже понять состояние здоровья участников исследования, а также выявить сферы, требующие особого внимания.

Таблица 1. *Основные параметры качества жизни родителей, SF-36, n=100.*

Table 1. *Main parameters of quality of life of parents, SF-36, n=100.*

Показатели	**Средний балл (max=100)**	**Оценка**
Физическое функционирование	*85,8±17,18*	*высокий*
Ролевое функционирование	*65,5±33*	*средний*
Интенсивность боли, BP	*70,64±20*	*высокий*
Общее состояние здоровья, GH	*65,5±19*	*средний*
Жизнеспособность, VT	*48,75±19*	***низкий***
Социальное функционирование, SF	*65,57±24*	*средний*
Эмоционально-ролевое функционирование, RE	*43,65±36*	***низкий***
Психическое здоровье, MH	*52,72±17*	*средний*
PH (общий физический компонент здоровья)	*71,88±15*	*средний*
MH (общий психический компонент здоровья)	*52,63±20*	*средний*

В исследовании качества жизни родителей, показатели которого представлены в 10 областях, выявлен общий средний балл 62,62. Общий уровень оценок указывает на наличие значительных проблем с качеством жизни у родителей.

При анализе основных компонентов качества жизни выявили общий физический компонент (PH) со средним значением 71,88 и психический компонент (MH), равный

52,63. Примечательно, что разница между этими показателями составляет 26,7%, что свидетельствует о существенном преобладании физических ресурсов родителей над психическими и социальными.

Ролевое функционирование и общее состояние здоровья получили низкие оценки (65,5 и 65,5 соответственно), что может указывать на некоторые ограничения в ежедневной активности и потенциал для улучшения общего здоровья.

Наиболее низкими оказались показатели по шкале жизнеспособности (VT) — 48,75 баллов и эмоционально-ролевому функционированию (RE) — 43,65 баллов. Эти величины значительно ниже среднего, что подчеркивает проблемы в психоэмоциональной сфере. Также ниже среднего уровня оказались показатели психического здоровья (MH) — 52,72 балла, что подчеркивает необходимость поддержки психического и эмоционального состояния участников. Напротив, показатели физического функционирования (FF) имели наивысшее значение — 85,8 баллов, что говорит о том, что у большинства родителей физическое состояние ближе к норме по сравнению с психическим.

Рассмотрев взаимосвязь между качеством жизни родителей для категорий «низкое качество жизни» (баллы ниже 50) и частотой госпитализаций (более 3 в год). (рис. 1), были рассчитаны отношения шансов. Согласно данным анализа, дети родителей с критически низкими баллами по шкале MH имеют отношение шансов 3,4 по сравнению с детьми родителей чьи показатели выше среднего. Это указывает на то, что у родителей с неудовлетворительным психическим состоянием дети более чем в три раза чаще подвержены повышенному риску многократных госпитализаций. Для шкал жизнеспособности (VT) и эмоционально-ролевого функционирования (RE) соотношение шансов превышает 2,8, что подтверждает их важную роль в повышении рисков ухудшения общего состояния здоровья.

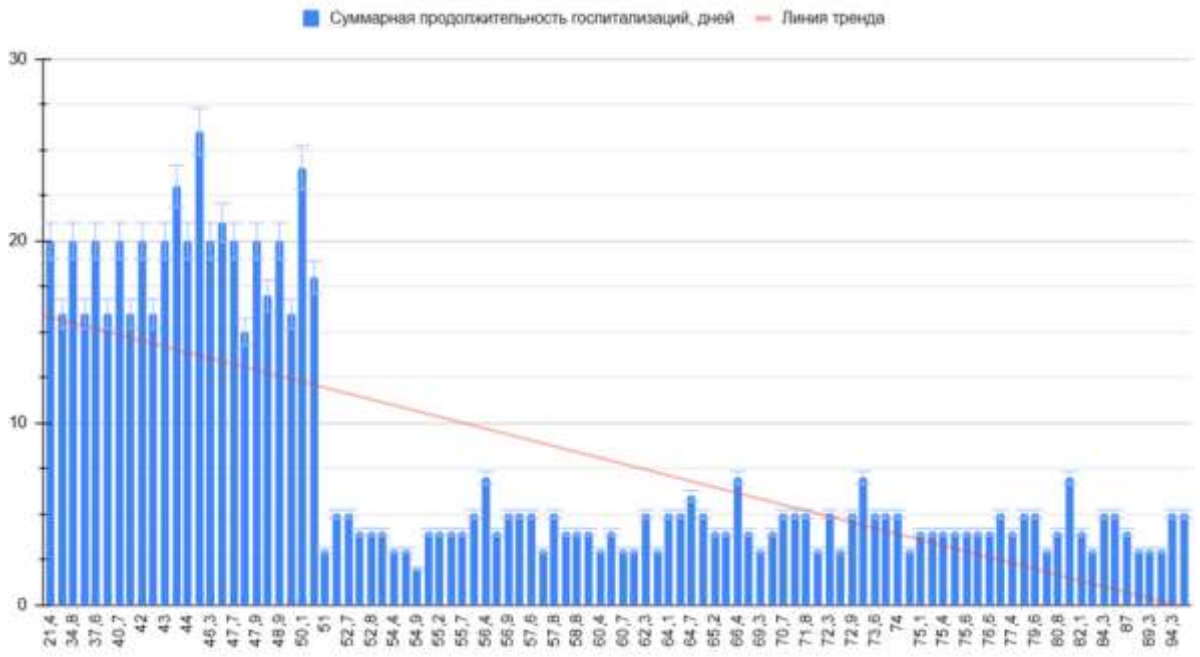


Рис. 1 – Соотношение качества жизни родителей (ось x) и продолжительности госпитализаций детей (ось y), баллы SF-36

Figure 1. Relationship between parental quality of life (x-axis) and length of children's hospitalization (y-axis), SF-36 scores

Корреляционный анализ, проведенный для выявления связи между качеством жизни родителей и госпитализациями их детей (частота и длительность), показал обратную связь с коэффициентом корреляции $r = -0,67$ ($p < 0,01$). Это указывает на значительное влияние показателей качества жизни на увеличение числа и продолжительности госпитализаций.

Полученные результаты указывают на высокую психоэмоциональную напряженность родителей в период совместной госпитализации с ребенком в стационар. На психическое состояние также оказывает влияние особый санитарно-эпидемиологический режим инфекционного стационара (пребывание в боксах, ограниченность контактов, отсутствие привычных вещей и др.). Также на повышенную тревожность влияет недостаточность знаний о профилактике инфекционных заболеваний.

Создание брошюр стало необходимым шагом в ответ на выявленные проблемы, связанные с психоэмоциональным состоянием родителей. Наиболее доступным вариантом служат брошюры являющиеся не только источником знаний о профилактике инфекционных заболеваний, но и инструментом для снижения уровня стресса через практические рекомендации и техники релаксации. Поэтому по итогам исследования нами были разработаны для реализации на базе инфекционного

стационара брошюры, посвященные методам борьбы со стрессом в условиях больницы и профилактике инфекционных заболеваний (советы по соблюдению гигиенических норм).

Эти материалы содержат простые и доступные рекомендации, включающие техники релаксации, дыхательные упражнения и советы по соблюдению гигиенических норм. Внедрение данных рекомендаций позволит создать более комфортную атмосферу в стационаре. Каждый родитель при поступлении в стационар в приемном покое или уже в отделении получит памятку, как бороться со стрессом в стенах стационара, а при выписке ему будет выдана вторая брошюра, как за пределами больницы эффективно профилактировать кишечные инфекции. Внедрение данных рекомендаций позволит создать более комфортную атмосферу в стационаре и улучшить общее состояние здоровья пациентов, способствовать снижению заболеваемости и улучшению общего состояния здоровья родителей и детей, что, в свою очередь, положительно скажется на частоте госпитализаций.

Выводы

Длительная госпитализация способствует более низкой оценке качества жизни, особенно в плане психического и эмоционального благополучия.

Таким образом, при планировании профилактических мероприятий и реабилитации необходимо акцентировать внимание на улучшение психоэмоционального здоровья родителей для минимизации частоты и длительности госпитализаций детей.

Список литературы

1. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. — 314 с.
1. Давыдов, Д. Г. Современные подходы к исследованию качества жизни: [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://samlib.ru/d/dawydow_d_g/dd2.shtml.(дата обращения: 2024).
2. Величковский, Б. Т. Качество жизни у детей с хроническими инфекциями: влияние на здоровье / Б. Т. Величковский, А. А. Иванов, Н. В. Петрова // Журнал педиатрии. — 2021. — Т. 45, № 3. — С. 123–130.
3. Шубочкина, Е. И. Психологические аспекты качества жизни у детей с инфекционными заболеваниями / Е. И. Шубочкина // Психология здоровья. — 2020. — Т. 12, № 4. — С. 45–52.

4. SF-36 Health Survey: [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://rehab-base.ru/wp-content/uploads/2022/05/sf36.pdf (дата обращения: 2024).
5. Ware, J. E. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. — Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. — 150 p.
6. Каплунов, К. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций.
7. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. И. Шевченко. — 2-е изд. — М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. — 313 с.
8. Ионова, Т. И. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т. И. Ионова, А. А. Новик, Б. Гандек и др. // Тез. докл. Всерос. конф. с международ. участием "Исследование качества жизни в медицине". — Санкт-Петербург, 2000. — С. 54–57.

© Набойченко Е.С.

УДК 159.99

ПРАВО НА ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР: ЗНАЧЕНИЕ ДОАБОРТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Набойченко Е.С.

Министерство здравоохранения Свердловской области

Резюме. В статье рассмотрена роль доабортного психологического консультирования в репродуктивных выборах женщины. Автор рассматривает ситуацию репродуктивного выбора как одну из наиболее сложных в жизни женщины, сопровождающуюся сильным стрессом и внутренними моральными конфликтами. Анализируя подходы отечественной и зарубежной науки, подчеркивается важность качественного консультирования для предотвращения постабортного синдрома и формирования сознательного решения. Особое внимание уделяется диагностической, информационной, терапевтической и социальной ролям консультирования, обеспечивающим снижение уровня тревоги, выявление собственных желаний женщины и предоставление полной информации о последствиях. Приводятся данные исследований, подтверждающих эффективность доабортного консультирования в снижении числа абортов и улучшении психологического состояния женщин. Статья основана на результатах социологического опроса студентов-иностранцев и предполагает дальнейшее развитие практики доабортного консультирования как важнейшего элемента профилактики психологических нарушений и укрепления института семьи.

Ключевые слова: осознанный выбор, психологическое консультирование, доабортное консультирование, репродуктивный выбор.

THE RIGHT TO A CONSCIOUS CHOICE: THE IMPORTANCE OF PRE-ABORTION PSYCHOLOGICAL COUNSELING

Naboychenko E.S.

Ministry of Health of the Sverdlovsk Region

Summary. The article examines the role of pre-abortion psychological counseling in a woman's reproductive choices. The author considers the situation of reproductive choice as one of the most challenging in a woman's life, accompanied by severe stress and internal moral conflicts. By analyzing the approaches of domestic and foreign science, the

importance of high-quality counseling is emphasized to prevent post-abortion syndrome and to form a conscious decision. Special attention is paid to the diagnostic, informational, therapeutic, and social roles of counseling, which ensure a decrease in anxiety, the identification of a woman's own desires, and the provision of complete information about the consequences. The article presents research data confirming the effectiveness of pre-abortion counseling in reducing the number of abortions and improving the psychological state of women. The article is based on the results of a sociological survey of foreign students and suggests further development of the practice of pre-abortion counseling as an essential element of preventing psychological disorders and strengthening the institution of the family.

Key words: informed choice, psychological counseling, pre-abortion counseling, and reproductive choice.

Введение

Ситуация репродуктивного выбора — одна из самых сложных в жизни женщины. Столкнувшись с незапланированной беременностью, она испытывает колоссальный стресс, в котором смешиваются страх, неуверенность в завтрашнем дне, давление со стороны партнера или родственников и внутренние моральные противоречия. В этот момент крайне важно, чтобы рядом оказался не просто врач, фиксирующий физиологический факт, а специалист, способный помочь разобраться в себе. Речь идет о доабортном психологическом консультировании — процессе, значение которого выходит далеко за рамки простой беседы.

В общественном дискурсе доабортное консультирование часто воспринимается неоднозначно: одни видят в нем инструмент давления на женщину с целью принудить ее к сохранению беременности, другие — формальность. Однако истинная суть этого процесса — в создании безопасного пространства для принятия взвешенного, а не импульсивного решения.

Цель работы

Анализ значения и роли доабортного консультирования в репродуктивном осознанном выборе женщины.

Материалы и методы

Основными методами исследования стали анализ, описание, краткий литературный обзор проблем доабортного консультирования и репродуктивного выбора женщин.

Результаты и обсуждение

Главная задача психолога или специально обученного социального работника — не склонять женщину к какому-либо конкретному выбору, а помочь ей:

1. Снизить уровень тревоги. В состоянии острого стресса женщина склонна мыслить категорично («все или ничего»), не видя альтернативных путей решения проблем.

2. Отделить свои желания от чужих. Очень часто решение об аборте продиктовано страхом потерять партнера, быть отвергнутой родителями или нежеланием менять карьерные планы, навязанные обществом. Консультант помогает выявить истинный источник страха.

3. Получить полную информацию. Женщина имеет право знать не только о медицинских аспектах прерывания беременности (включая возможные последствия для физического здоровья), но и о существующих мерах социальной поддержки, если причиной решения является материальный фактор [1].

Одним из ключевых аспектов значения доабортного консультирования является профилактика долгосрочных психологических последствий. Исследования показывают, что решение об аборте, принятое под давлением обстоятельств или других лиц, впоследствии может стать причиной тяжелого эмоционального состояния, которое психологи называют «постабортным синдромом».

Это состояние включает в себя хроническое чувство вины, депрессию, «замороженное» горе и даже суицидальные мысли. Если женщина проходит через качественное консультирование до процедуры, она получает шанс осознать всю полноту ответственности и последствий. Даже если она в итоге принимает решение прервать беременность, это решение будет ее собственным, а значит, риск развития глубокой психологической травмы снижается. Она проходит через опыт потери, но без разрушительного самообвинения.

Человеческая психика устроена сложно. Женщина может одновременно испытывать ужас от перспективы материнства и нежность к будущему ребенку; желание избавиться от проблем и страх перед процедурой аборта. Эта внутренняя борьба называется амбивалентностью.

Доабортное консультирование позволяет вывести это противоречие наружу. Психолог помогает женщине «разложить по полочкам» свои чувства. В ходе диалога часто выясняется, что женщина не хочет убивать ребенка, она хочет решить конкретную проблему: отсутствие жилья, неуверенность в завтрашнем дне или страх

одиночества. И если проблему можно решить иначе (с помощью социальных служб, поддержки близких, пересмотра планов), то потребность в аборте как единственном выходе отпадает.

Значение доабортного консультирования велико и для общества в целом. Система здравоохранения, внедряющая такие программы, демонстрирует переход от сугубо репродуктивной функции к человекоцентрированному подходу. Это способствует:

1. Снижению количества абортов. Статистика неумолима: там, где женщина получает квалифицированную психологическую помощь и информацию о мерах поддержки, процент сохраненных беременностей растет.

2. Укреплению института семьи. Женщина, которая приняла осознанное решение стать матерью, даже в сложных обстоятельствах, с большей вероятностью выстроит гармоничные отношения с ребенком.

3. Формированию культуры ответственности. Общество, которое предлагает диалог и поддержку в кризисной ситуации, а не просто услугу по «устранению проблемы», воспитывает более зрелых граждан [2].

Ситуация репродуктивного выбора — одна из самых сложных в жизни женщины. Столкнувшись с незапланированной беременностью, она испытывает колоссальный стресс. В этот момент крайне важно, чтобы рядом оказался специалист, способный помочь разобраться в себе. Доабортное психологическое консультирование — процесс, значение которого подтверждается не только гуманистическими принципами, но и научными исследованиями, а также объективными статистическими данными.

Проблема репродуктивного выбора и его последствий находится на стыке перинатальной психологии, психиатрии, социологии и биоэтики.

1. Исследования психологических последствий аборта (Постабортный синдром)

Вопрос о существовании «постабортного синдрома» (ПАС) долгое время был предметом острых дискуссий. Хотя ПАС не внесен как отдельный диагноз в DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), многие исследователи описывают комплекс симптомов, возникающих у женщин после прерывания беременности.

А) Винсент Ру (Vincent Rue) — психолог и психотерапевт, который одним из первых ввел термин «постабортный синдром» в 1981 году. В своих работах (например, "Abortion and the New Rhetoric") он описал симптомы, схожие с ПТСР: навязчивые

воспоминания, избегание триггеров (связанных с детьми или беременностью), чувство вины и горя.

Б) Присцилла Коулман (Priscilla Coleman) — профессор Университета Боулинг-Грин, автор многочисленных мета-анализов. В исследовании 2011 года ("Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009") она пришла к выводу, что у женщин, делавших аборт, наблюдается статистически значимое повышение риска тревожности (на 81%), депрессии (на 65%) и суицидального поведения (на 155%) по сравнению с женщинами, доносившими беременность. Ее работы часто критикуются оппонентами за методологию, но игнорировать эти данные невозможно.

В) Тереза Бёрк (Theresa Burke) — основательница служения «Rachel's Vineyard», автор книги "Forbidden Grief: The Unspoken Pain of Abortion". Она фокусируется на том, что общество запрещает женщине горевать об аборте, что усугубляет психологическую травму ("запрещенное горе").

2. Российская школа перинатальной психологии.

В России большой вклад в понимание психологии беременности и репродуктивного выбора внесли:

А) Г. Г. Филиппова — доктор психологических наук, автор учебника «Психология материнства». Она разработала концепцию онтогенеза материнской сферы и показала, что готовность к материнству формируется задолго до беременности. В ситуации кризиса актуализируются глубинные страхи женщины, связанные с ее собственным детским опытом. Консультирование позволяет проработать эти страхи, отделив их от текущей реальности.

Б) В. И. Брутман и М. С. Радионова — исследователи, изучавшие феномен отказа от новорожденных и психологические аспекты нежеланной беременности. Их работы (например, «Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности») показывают, что амбивалентное отношение к ребенку можно и нужно корректировать в ходе психологической работы во время беременности, что напрямую обосновывает необходимость доабортного консультирования.

В) И. Ю. Силуянова — специалист в области биоэтики. В своих трудах она подчеркивает, что консультирование необходимо для реализации принципа «информированного согласия» в медицине: решение не может считаться осознанным,

если женщина находится в состоянии аффекта и не владеет всей полнотой информации.

3. Социология репродуктивного выбора:

В. Н. Аргунова (социолог) в своих исследованиях демонстрирует значительное влияние социального окружения на решение об аборте. Часто женщины идут на этот шаг не из-за собственного нежелания иметь детей, а из-за страха осуждения или потери партнера [3].

Данные статистики играют ключевую роль в обосновании значимости доабортного консультирования.

1. Общероссийская статистика (данные Минздрава РФ и Росстата)

А) Динамика снижения. В России наблюдается устойчивая тенденция к снижению количества абортов. Если в 2000 году их было более 2 миллионов, то к 2020-2022 годам этот показатель снизился до 450-500 тысяч в год. Эксперты связывают это не только с распространением контрацепции, но и с развитием системы кризисных центров и доабортного консультирования.

Б) "Неделя тишины". С 2012 года в России действует закон, обязывающий врача направлять женщину на психологическое консультирование и устанавливающий "период ожидания" (до 7 дней) между обращением и процедурой аборта. Статистика показывает, что после введения этой нормы и активной работы психологов, от 20% до 30% женщин, пришедших на аборт, меняют свое решение после консультации (данные пилотных проектов в регионах, например, в Татарстане и Екатеринбурге).

2. Международные данные

А) Исследование Turnaway Study (США, 2008-2016). Это одно из самых авторитетных лонгитюдных исследований, сравнивающее жизнь женщин, сделавших аборт, и женщин, которым в нем было отказано (по сроку). Выводы сложны и многогранны, но они подтверждают, что отказ от аборта не приводит к катастрофическому ухудшению жизни женщин спустя несколько лет, а факторами благополучия являются поддержка и социально-экономические условия. Это косвенно подтверждает, что помощь в преодолении кризиса работает.

3. Психологические данные

А) Опросы, проводимые в женских консультациях, показывают, что основными мотивами для аборта являются не медицинские, а социально-психологические: неуверенность в партнере (около 40%), материальные трудности (около 30%), страх

перед будущим. Это значит, что грамотное консультирование может помочь женщине увидеть ресурсы для решения именно этих проблем, а не рассматривать аборт как единственный выход [4].

Опираясь на научные данные и статистику, можно утверждать, что доабортное психологическое консультирование решает несколько критически важных задач:

1. Диагностическая: позволяет выявить истинные мотивы решения (страх, давление, невроз) и оценить психологическое состояние женщины.

2. Информационная: обеспечивает реализацию права на полную информацию о последствиях (физических и психологических), описанных в исследованиях Коулман и Ру, и о доступных мерах поддержки.

3. Терапевтическая: снижает риск развития долгосрочных психологических травм (постабортного синдрома), работая с чувством вины и амбивалентностью еще до совершения действия.

4. Социальная: позволяет скорректировать статистику, снижая количество абортов, совершаемых не по собственному желанию, а под влиянием обстоятельств или давления [5, 6].

Выводы

Доабортное психологическое консультирование — это не попытка отнять у женщины право выбора. Напротив, это возвращение ей этого права в полном объеме. Выбор, сделанный вслепую, на пике эмоций или под чужим влиянием, — это иллюзия выбора.

Консультирование возвращает женщине субъектность: она перестает быть заложницей обстоятельств и становится автором своего решения. Будет ли это решение в пользу материнства или в пользу прерывания беременности, оно будет выстраданным, осознанным и честным перед самой собой. А это — единственно возможная основа для душевного здоровья и счастливой жизни в будущем.

Доабортное психологическое консультирование — это не идеологический инструмент, а научно обоснованная практика помощи. Работы Г. Г. Филипповой, В. И. Брутмана, П. Коулман и В. Ру убедительно доказывают, что репродуктивный выбор неразрывно связан с глубинными психологическими процессами. Статистика неумолимо свидетельствует: когда у женщины есть время, поддержка и полная информация, она способна принимать более взвешенные решения.

Консультирование возвращает женщине право на осознанный выбор, защищая ее от импульсивных решений и возможных тяжелых психологических последствий в будущем. Это вклад в психологическое здоровье нации, ценность которого невозможно переоценить.

Список литературы

1. Алёшина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М.: Класс, 2005. — 143 с.
2. Есипова Н. Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов. — М.: Издательство «Проспект», 2009. — 72 с.
3. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. — М.: Академпроект, 1999. — 240 с.
4. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Ювента, 1999. — 288 с.
5. Харламова Е. Проблема абортов в современном мире: полный запрет или легальность / Е. Хамитова. — М.: Психол. журнал, 2008. — № 1.
6. Халфина Р. Р., Тимербулатов И. Ф., Хох И. Р., Евтушенко Е. М., Тимербулатова М. Ф. Алгоритм доабортного психологического консультирования. — СПб.: НПЦ ПСН, 2020. — 21 с.

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

УДК 37.062.1

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НЕАДАПТИРОВАННОСТИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

[1] ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

[2] Министерство здравоохранения Свердловской области

[3] МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства (институт)»

Резюме. В статье представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного осенью 2025 г. в Свердловском областном медицинском колледже; опрошены студенты-иностранцы (n=123; ошибка выборки – 5,06%). Цель – анализ трудностей и проблем, возникающих у студентов-иностранцев, на основе выявления основных маркеров психологической неадаптированности к условиям проживания и обучения. Методы: одномерный и двумерный анализ. Каждый 5-й опрошенный ощущает недостаточность психологической адаптированности, находящей свое отражение в ощущениях одиночества, грусти, тревожности и разочарования. Женщины чаще чувствуют одиночество, грусть и разочарование, а мужчины – испытывают неудовлетворенность жизнью. Совершеннолетние студенты чаще ощущают недовольство жизнью и свою «неуместность», а подростки сетуют на тоску и плохое настроение. Большинство опрошенных планирует остаться в России после завершения обучения, однако каждый 6-й сталкивается с трудностями из-за языкового барьера, «завышенных» требований и предвзятого отношения со стороны местных жителей. Как правило, при наличии проблем и трудностей опрошенные обращаются за помощью к сокурсникам, кураторам академических групп, близким друзьям и родителям/родственникам, однако вне поля зрения оказываются специалисты по психическому здоровью – психологи и социальные педагоги, что требует обеспечения достаточной доступности квалифицированной психологической помощи и повышения осведомленности студентов о возможностях ее получения.

Ключевые слова: иностранные студенты, обучающиеся в медицинском колледже, маркеры психологической неадаптированности, трудности и проблемы обучения и проживания в принимающей стране.

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL MALADDEMENT OF FOREIGN STUDENTS STUDYING AT MEDICAL COLLEGE: BASED ON THE RESULTS OF A SOCIOLOGICAL RESEARCH IN THE SVERDLOVSK REGION

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

[1] Sverdlovsk Regional Medical College

[2] Ministry of Health of the Sverdlovsk Region

[3] Yekaterinburg Academy of Contemporary Art (Institute)

Summary. The article presents the results of an applied sociological study conducted in the fall of 2025 at the Sverdlovsk Regional Medical College; foreign students were surveyed (n=123; sampling error – 5.06%). The objective is to analyze the difficulties and problems encountered by international students by identifying key markers of psychological maladjustment to their living and educational conditions. Methods: univariate and bivariate analysis. One in five respondents feels a lack of psychological well-being, which is reflected in feelings of loneliness, sadness, anxiety, and disappointment. Women are more likely to feel loneliness, sadness, and disappointment, while men are more likely to experience dissatisfaction with life. Adult students are more likely to feel dissatisfied with life and feel "out of place", while teenagers complain of melancholy and a bad mood. The majority of respondents plan to stay in Russia after completing their studies, but one in six encounters difficulties due to the language barrier, “inflated” demands, and prejudiced attitudes from local residents. As a rule, when faced with problems and difficulties, respondents seek help from fellow students, academic group supervisors, close friends and parents/relatives, however, mental health specialists – psychologists and social educators – are left out of sight, which requires ensuring sufficient access to qualified psychological assistance and raising students’ awareness of the possibilities of receiving it.

Key words: foreign students studying at a medical college, markers of psychological maladjustment, difficulties and problems of studying and living in the host country.

Введение

Вопросы социально-психологической адаптации студентов-иностранцев, обучающихся в вузах и колледжах, привлекают значимое внимание как зарубежных, так и российских исследователей, что связано с ростом масштабов образовательной миграции и стремлением молодых людей по разным причинам получить профессиональное образование за пределами своей страны. Так, по данным Минобрнауки РФ, на начало 2026 г. число обучающихся в российских вузах иностранцев преодолело отметку в 400 тыс. чел., в основном из стран СНГ, Китая и Индии [1], а в колледжах – 32,5 тыс. чел. [2]

По наукометрическим показателям ведущие позиции в изучении проблем адаптации студентов-иностранцев занимают рецензируемые журналы «The International Journal of Intercultural Relations» [3] (издается с 1977 г. Международной академией межкультурных исследований Техасского университета) и «The Journal of International Students» [4] (издается с 2011 г. Университетом штата Мэриленд). Так, по результатам поиска по ключевой фразе «adaptation of foreign students» (дата обращения – 01.10.2025 г.) в «The International Journal of Intercultural Relations» нами было выявлено 613 публикаций за период с 2001 по 2025 г.; в «The Journal of International Students» – 40 публикаций за период с 2016 по 2025 г., написанных в основном исследователями из США, Китая, Австралии, Канады и Великобритании.

У отечественных исследователей подходы к изучению указанной проблематики отличаются достаточным многообразием: например, А.М. Шевелева выделяет 4 уровня адаптации студента-иностранца – биологический, психологический, учебно-профессиональный и социальный [5]; Е.Г. Тихонова рассматривает 3 типа адаптации – полное или частичное восприятие обычаев, традиций, норм и ценностей принимающей страны либо «обособление» от их принятия [6]; М.И. Иванова выделяет 5 основных типов трудностей, возникающих в процессе адаптации, – собственно адаптационные, психофизиологические, учебно-познавательные, коммуникативные и бытовые [7]; Т.Р. Рахимов обращает внимание на такие факторы адаптации, как климатический, личностно-психологический, социально-бытовой, адаптация к новой педагогической системе, межличностное общение и жизнь в социальном окружении [8]; Н.В. Сабельникова и Д.В. Каширский акцентируют внимание на критериях успешности адаптации студентов-иностранцев, включающих в себя показатели учебной, социально-психологической, языковой и культурной адаптированности [9];

Н.А. Максимова и В.В. Константинов отмечают, что адаптация включает в себя по меньшей мере 6 компонентов – личностный, эмоционально-оценочный, познавательный, мотивационный, психофизиологический и коммуникативный [10].

В то же время вне поля зрения исследователей оказываются иностранные студенты, обучающиеся в средних профессиональных учебных заведениях; такая ситуация характерна как для международного, так и для российского научного дискурса. Например, A. Eden et al. (2021) [11] в обзоре литературы, посвященном проблемам обучения иностранных студентов-медиков, замечают, что хотя «в глобальном масштабе образование продолжает диверсифицироваться, растет объем литературы, описывающей опыт иностранных студентов, …не было найдено ни одной работы, в которой сообщалось бы об опыте [обучения] иностранных студентов-медсестер». На наш взгляд, проблемы адаптации студентов колледжей нуждаются в соответствующем научном осмыслении хотя бы потому, что указанный контингент молодежи отличается своеобразием, связанным с присутствием в его составе как несовершеннолетних, так и совершеннолетних обучающихся.

Цель работы

Анализ трудностей и проблем, возникающих у студентов-иностранцев, обучающихся в ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», на основе выявления основных маркеров психологической неадаптированности к условиям проживания и обучения в принимающей стране.

Материалы и методы

При написании статьи использованы результаты социологического опроса, проведенного осенью 2025 г. среди студентов-иностранцев (n=193). Достижимость выборки составила 48,6%, ошибка выборки – 5,06%, что свидетельствует о достаточно точной представленности изучаемых признаков в выбранной генеральной совокупности. Методы: одномерный и двумерный анализ результатов онлайн-анкетирования студентов.

Одной из задач проведенного исследования стало изучение и оценка психологических проблем и трудностей, возникающих при обучении в колледже, для чего в анкете был представлен адаптированный опросник BPAS («Brief Psychological Adaptation Scale») – «Краткая шкала психологической адаптации», на основе которого были выведены основные маркеры психологической неадаптированности студентов-иностранцев к условиям принимающей страны (табл. 1).

Таблица 1. Маркеры неадаптированности

№ п/п	Утверждения по опроснику BPAS	Маркеры неадаптированности
1.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали воодушевление от того, что вы находитесь в принимающей стране – в России?	Равнодушие (варианты ответов «не было такого», «очень редко» и «редко»)
2.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали себя неуместно, как будто вы не вписываетесь в культуру принимающей страны?	«Неуместность» (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
3.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали грусть от того, что вы находитесь вдали от родной страны?	Грусть (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
4.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали тревогу по поводу того, как вести себя в определенных ситуациях?	Тревога (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
5.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали себя одиноким вдали от семьи и/или друзей из вашей родной страны?	Одиночество (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
6.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали тоску по дому, когда думали о родной стране?	Тоска по дому (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
7.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали разочарование, вызванное трудностями с адаптацией к условиям жизни в России?	Разочарование (варианты ответов «все время», «очень часто» и «часто»)
8.	Как часто за последние 2 недели вы чувствовали удовлетворение своей повседневной жизнью в России?	Неудовлетворенность (варианты ответов «не было такого», «очень редко» и «редко»)

Результаты и обсуждение

Анализ анкетирования студентов-иностранцев показал, что, хотя большинство опрошенных в целом демонстрирует позитивные чувства по поводу пребывания в принимающей стране, в среднем каждый 5-й испытывает те либо иные ощущения, характеризующие отсутствие или выраженную недостаточность психологической адаптированности к условиям жизни в России (рис. 1).



Рис. 1. Маркеры психологической неадаптированности к условиям жизни в России (в % к общему числу; n=193)

Итак, свыше трети опрошенных (36,8%) не испытывают чувств воодушевления – они равнодушны по поводу своих ощущений от пребывания в чужой стране; каждый 4-й участник опроса «все время», «очень часто» или «часто» чувствует тоску по дому, отмечает настроения одиночества или грусти; каждый 5-й отмечает тревогу и неудовлетворенность своей жизнью в России, а каждый 6-й испытывает свою «неуместность» и разочарование от пребывания в инокультурной среде.

Значимые отличия присутствуют в ответах респондентов в зависимости от их пола: в среднем каждая 4-я опрошенная женщина (24,4%) и каждый 5-й мужчина (19,9%) испытывает те либо иные ощущения, характеризующие отсутствие или выраженную недостаточность психологической адаптированности (рис. 2).



Рис. 2. Маркеры психологической неадаптированности женщин и мужчин (в % к общему числу по выбранным группам; n_1=127 и n_2=66)

Примечательно, что оба пола практически в равной степени подчеркивают свое равнодушие – безразличное отношение к принимающей среде, но женщины, по сравнению с мужчинами, значимо чаще ощущают одиночество (28,3% против 16,7%), грусть (27,5% против 16,6%), тоску по дому (29,1% против 22,7%), «неуместность» (17,3% против 12,1%) и разочарования (19,7% против 7,5%), а мужчины – чувство неудовлетворенности своей жизнью (25,8% против 17,3%).

Отсутствие или недостаточность психологической адаптированности выражает каждый 5-й несовершеннолетний (21,2%) и почти каждый 4-й совершеннолетний (23,7%) участник опроса (рис. 3).

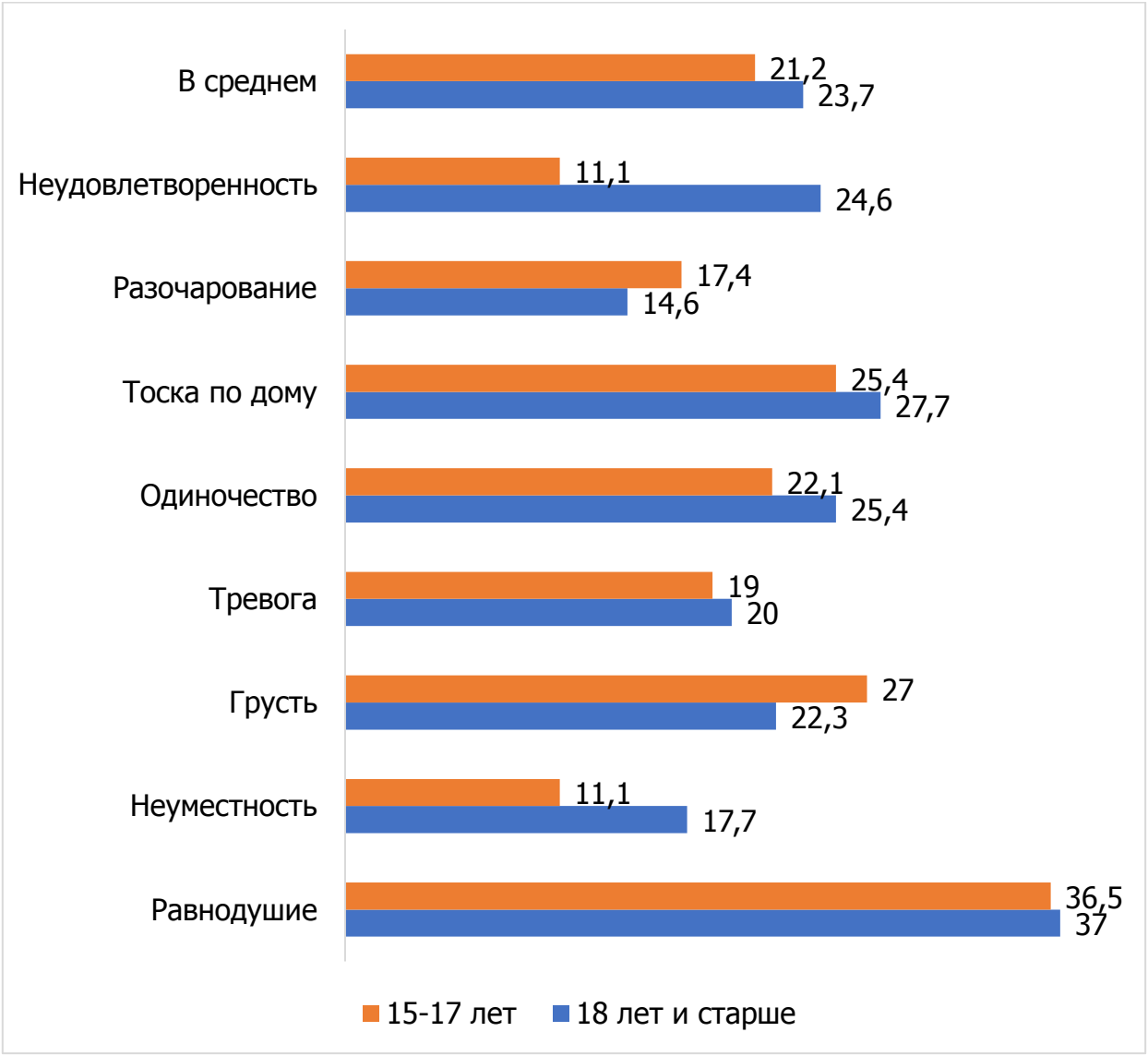


Рис. 3. Маркеры психологической неадаптированности несовершеннолетних и совершеннолетних (в % к общему числу по выбранным группам; n_1=63 и n_2=130)

В частности, совершеннолетние, по сравнению с несовершеннолетними, значимо чаще испытывают чувства неудовлетворенности своей жизнью (24,6% против 11,1%), «неуместности» (17,7% против 11,1%) и одиночества (25,4% против 22,1%); несовершеннолетние – чувства разочарования (17,4% против 14,6%) и грусти (27% против 22,3%). Практически равные доли респондентов (почти 2 из 5-ти) равнодушны и не воодушевлены пребыванием в России, а свыше четверти «все время», «очень часто» или «часто» ощущают выраженную тоску по дому.

В целом же, полученные результаты соответствуют ответам респондентам на вопрос «Какое из высказываний наиболее верно отражает ваши нынешние чувства в целом?»; в частности, заметно, что свыше пятой части опрошенных (21,8%) отмечают лишь «частичную» приспособленность к жизни в России (рис. 4).



Рис. 4. Результаты ответов на вопрос «Какое из высказываний наиболее верно отражает ваши нынешние чувства в целом?» (в % к общему числу; n=193)

При этом маркеры психологической неадаптированности различно представлены в ответах респондентов; свыше половины опрошенных (52,3%) выделили для себя от 5 до 8 маркеров с частотой их присутствия от «все время» до «часто» (рис. 5).

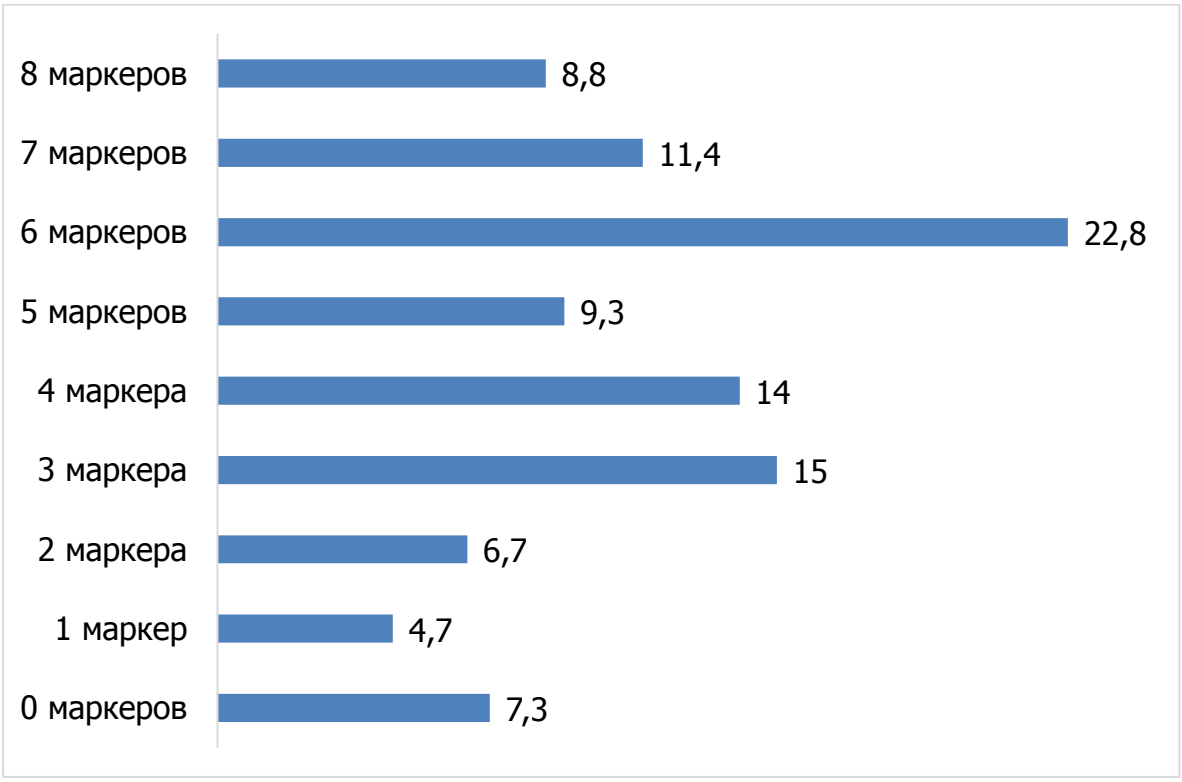


Рис. 5. Частотность выбора маркеров психологической неадаптированности (в % к общему числу; n=193)

Показательно то, что, отвечая на вопрос, какие факторы в наибольшей степени повлияли на выбор медицинской профессии и колледжа, менее пятой части респондентов (18,7%) указали на «возможность трудоустроиться в своей стране после окончания обучения», в том числе на такую возможность указала четверть несовершеннолетних (23,8%), но лишь каждый 6-й совершеннолетний участник опроса (16,2%).

Таким образом, подавляющее большинство иностранных студентов связывает свое профессиональное будущее с дальнейшим трудоустройством и проживанием в России, что обусловливает необходимость принятия соответствующих мер, направленных на повышение их психологической адаптированности еще в период обучения в медицинском колледже. Следует при этом учитывать тот факт, что 17,5% участников опроса признались, что испытывают серьезные проблемы и трудности во время обучения в связи с «недостаточно свободным владением русским языком», 16,5% посетовали на «завышенные требования к студентам-иностранцам», а 15,5% указали, что периодически сталкиваются с недоброжелательным и дискриминационным отношением к ним со стороны местного населения «за пределами колледжа». Наконец, каждый 8-й (12,4%) указал на трудности, связанные с особенностями питания, – необходимостью адаптации к русской кухне и отсутствием возможности готовить национальные блюда.

Важным аспектом проведенного исследования стало выявление наиболее востребованных ресурсов помощи: участникам опроса было предложено ответить на вопрос о том, к кому они обращались за помощью при возникновении каких-либо трудностей и проблем во время обучения (рис. 6).



Рис. 6. Рейтинг востребованности ресурсов помощи: обращались с разной степенью периодичности от «очень редко» до «часто» (в % к общему числу, n=193)

Заметно, что самым востребованным ресурсом помощи, по мнению опрошенных, являются сокурсники; к ним с разной степенью периодичности обращаются 4 из 5-ти участников опроса (79,3%), при этом каждый 4-й (27,5%) – «часто», а каждый 6-й (16,6%) – «время от времени». Неслучайно, в связи с этим, 2/3 опрошенных (65,3%) оценили взаимоотношения в своей студенческой группе на 9-10 баллов – «прекрасные и очень хорошие отношения», оценку в 7-8 баллов («хорошие отношения») выставил каждый 5-й (19,2%), а в 1-6 баллов («плохие или удовлетворительные отношения») – только каждый 6-й (15,5%). При этом только 4 респондента (4,1%) указали на наличие дискриминационного отношения к ним со стороны своих сокурсников, что в целом свидетельствует о наличии достаточно благоприятной и комфортной для иностранных студентов атмосферы воспринимаемой поддержки внутри студенческого коллектива.

77,2% респондентов в качестве ресурсов помощи назвали кураторов академических групп, хотя к ним, как правило, обращаются «очень редко» (20,7%) или «иногда» (24,9%); часто обращаются за помощью к кураторам только 15% респондентов. Три четверти участников опроса выделили близких друзей/знакомых (75,6%), а также родителей/родственников (74,1%), при этом «часто» или «время от времени» к ним обращаются двое из 5-ти – 44,5% и 41,5% соответственно.

Достаточно востребованным ресурсом помощи являются преподаватели – к ним с разной степенью периодичности обращаются почти 2/3 участников опроса (62,6%), но «часто» ищут у них помощи лишь 6,7%; по всей видимости, обращаемость здесь в основном касается решения учебных вопросов и возникающих в связи с ними трудностей.

Чуть более половины (52,3%) когда-либо обращались за помощью к заведующим кафедрами или отделениями, а еще почти столько же (50,3%) – к руководству колледжа или филиалов, хотя почти четверть опрошенных – «очень редко».

К работникам отдела кадров обращались двое из 5-ти респондентов (40,4%), но пятая часть (18,1%) – «очень редко», а 13,5% – «иногда», что, по всей видимости, вызывается спецификой решаемых вопросов, связанных, как правило, с оформлением полисов медицинского страхования (на трудности, здесь возникающие, обратили внимание 27,8%), регистрацией российской визы (18,6%) и ее продлением (15,5%).

Относительно маловостребованными ресурсами помощи являются представители национально-культурных диаспор (к ним обращалась только треть; при этом «часто» – лишь 4,1%) и студенческое соуправление колледжа (31,1%).

Наконец, реже всего участники опроса видят в качестве субъектов помощи социальных педагогов и психологов: к ним обращаются лишь 18,1%, при этом «часто» или «время от времени» – только 3,1%. Данный факт не может не настораживать, так как результаты исследования показывают то, насколько необходима иностранным студентам профессиональная помощь в решении психологических проблем и трудностей.

В целом же, мужчины относительно чаще женщин обращаются за помощью (рис. 7): на одного мужчину приходится 6,46, а на одну женщину – 5,67 обращений.



Рис. 7. Рейтинг востребованности ресурсов помощи у женщин и мужчин: обращались с разной степенью периодичности от «очень редко» до «часто» (в % к общему числу по выбранным группам; n_1=127 и n_2=66)

Некоторые отличия по обращаемости к ресурсам помощи можно наблюдать при сравнении ответов несовершеннолетних и совершеннолетних участников опроса (рис. 8).



Рис. 8. Рейтинг востребованности ресурсов помощи у несовершеннолетних и совершеннолетних: обращались с разной степенью периодичности от «очень редко» до «часто» (в % к общему числу по выбранным группам; n_1=63 и n_2=130)

При этом средняя обращаемость за помощью у совершеннолетних несколько выше, чем у несовершеннолетних – 6,06 против 5,68 обращений. В то же время обнаруженные отличия в частоте обращаемости можно объяснить тем, что чаще за помощью обращаются не сами несовершеннолетние, а их законные представители (родители или опекуны).

Обсуждение. Результаты исследования показывают частоту переживания иностранными студентами, обучающимися в медицинском колледже, ключевых

эмоциональных состояний, связанных с процессом психологической адаптации в России.

К проблемным зонам относятся: 1) Чувство несоответствия культуре – многие студенты испытывают ощущение непонимания культурных особенностей принимающей страны, что отражает трудности интеграции в новую социальную среду; 2) Грусть и одиночество – значительная доля участников опроса выразила чувства, связанные с отдаленностью от родных стран и близких людей, что подчеркивает важность социальной поддержки и контактов с семьей и друзьями; 3) Тревога и неуверенность – часть респондентов сообщила о том, что ощущает психологический дискомфорт в некоторых социальных ситуациях, что указывает на необходимость дополнительной помощи студентам в освоении новых норм поведения; 4) Разочарование – часть студентов отметила периодическое возникновение чувства разочарования вследствие трудностей с адаптацией, подчеркивая сложность процесса привыкания к новым жизненным условиям.

При этом студенты-иностранцы крайне редко используют возможности обращения за помощью к специалистам по психическому здоровью – психологам и социальным педагогам, что может свидетельствовать, с одной стороны, о преобладании стереотипных негативных представлений относительно таких обращений у самих студентов, а с другой – о недостаточной «узнаваемости» в глазах респондентов психологической и социально-педагогической службы колледжа.

Выводы

Анализ результатов анкетирования студентов-иностранцев позволяет сделать следующие выводы:

1. Каждый 5-й опрошенный демонстрирует признаки недостаточности психологической адаптированности, включая одиночество, грусть, тревожность и разочарование. Женщины чаще чувствуют одиночество, грусть и разочарование, тогда как мужчины – испытывают неудовлетворенность жизнью. Среди совершеннолетних студентов больше тех, кто ощущает недовольство жизнью и свою «неуместность», а подростки чаще жалуются на тоску и плохое настроение.
2. Большинство опрошенных планирует остаться в России после завершения учебы, однако каждый 6-й студент сталкивается с трудностями из-за языкового барьера, «завышенных» требований и предвзятых взглядов местных жителей; каждый 8-

й респондент отметил трудности, связанные с особенностями национальной кухни и невозможностью приготовить привычные блюда.

3. Подавляющее большинство обращается за поддержкой к сокурсникам, кураторам академических групп, близким друзьям и родителям/родственникам; наименьшую популярность имеют социальные педагоги и психологи, что вызывает опасения относительно доступности профессиональной помощи.

Исследование показало, что студенты-иностранцы, обучающиеся в медицинском колледже, испытывают значительные психоэмоциональные и культурные трудности, в первую очередь связанные с чувством отчуждения, тревоги и недовольства условиями проживания. Несмотря на положительное восприятие коллег-студентов, они редко пользуются услугами профессионалов-психологов и социальных педагогов, что требует повышения информированности и расширения возможностей оказания психологической поддержки. Необходимо принять меры для улучшения условий адаптации иностранных студентов, при этом учитывая специфику возрастных и гендерных факторов, влияющих на процесс адаптации. Важно обеспечить доступность квалифицированной психологической помощи и повысить осведомленность студентов о возможностях ее получения.

Список литературы

1. У России есть кому поучиться. Количество иностранных студентов в российских вузах выросло за прошедший год // Коммерсантъ. 03.02.2026 г. https://www.kommersant.ru/doc/8398867.
2. Кравцов рассказал, сколько россиян и иностранцев учатся в колледжах // РИА Новости. 19.06.2025 г. https://ria.ru/20250619/milliony-2023846094.html.
3. Официальный сайт журнала: https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-intercultural-relations.
4. Официальный сайт журнала: https://www.ojed.org/jis.
5. Шевелева А.М. К вопросу об адаптации студентов первого курса к учебе в вузе // Совет ректоров. 2014. № 4. С. 55-69. EDN: SMMLRJ.
6. Тихонова Е.Г. Особенности адаптации иностранных студентов в вузе региона // Регионология. 2010. № 2(71). С. 149-155. EDN: MSXJMF.
7. Иванова М.А. Социально-психологическая адаптация иностранных студентов к высшей школе России: Дис… д-ра психол. наук. СПб.: СПбГТУ, 2001. 353 с.

8. Рахимов Т.Р. Особенности организации обучения иностранных студентов в российском вузе и направление его развития // Язык и культура. 2010. № 4(12). С. 123-136. EDN: NDDYSN.
9. Сабельникова Н.В., Каширский Д.В. Социально-психологические детерминанты адаптации иностранных студентов к обучению в России. М.: Российский государственный гуманитарный университет, 2021.
10. Максимова Н.А., Константинов В.В. Сравнительный анализ компонентов академической адаптации студентов-иностранцев с разным уровнем адаптированности // Педагогика. Вопросы теории и практики. 2024. Т. 9. № 10. С. 1027-1032. DOI: 10.30853/ped20240130
11. Eden A, Fleet JA, Cominos N. The learning experiences of international students in nursing and midwifery programs: A literature review. Nurse Educ Pract. 2021 Mar; 52: 103027. DOI: 10.1016/j.nepr.2021.103027

© Берсенёва Л.В., Самойлов А.С.

УДК 376.1

КОГНИТИВНО-КОНТЕКСТНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Берсенёва Л.В.[1], Самойлов А.С.[2]

[1] «Севастопольский государственный университет» (ФГАОУ ВО СевГУ), Севастополь, Российская Федерация

[2] ФГБНУ «НИИ медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова» Москва, Российская Федерация

Резюме. ***Введение.*** Социальная интеграция детей с задержкой психического развития (ЗПР) остается комплексной задачей, требующей методов, преодолевающих фрагментарность развития социальных и когнитивных навыков. В статье рассматривается авторская педагогическая технология «Когнитивно-контекстное конструирование» (ЗК), синтезирующая проектную деятельность с осмысленным социальным сюжетом-контекстом. ***Цель исследования.*** Теоретико-методологическое обоснование, описание и эмпирическая проверка эффективности программы домашних проектов «ИНЖЕНЕРиЯ: Мой мир», основанной на технологии ЗК, для социальной реабилитации детей младшего школьного возраста с ЗПР в условиях семейного воспитания. ***Материалы и методы.*** В квазиэкспериментальном исследовании приняли участие 30 семей, воспитывающих детей с ЗПР 7–9 лет. Применялась программа из четырех тематических блоков, реализуемая родителями с использованием конструкторов. Динамика конструктивных, социальных и когнитивных навыков оценивалась с помощью валидизированного чек-листа наблюдения до и после реализации программы. Для статистического анализа использовался Т-критерий Вилкоксона. ***Результаты исследования.*** Выявлена статистически значимая положительная динамика по всем группам навыков ($p < 0.001$). Наибольший прирост отмечен в социальных навыках (средний балл увеличился с 2.3 до 3.8), а также в конструктивных (с 2.0 до 3.5) и когнитивных навыках (с 2.3 до 3.7). Качественные данные подтвердили снижение ситуационной тревожности у детей и повышение родительской компетентности. ***Заключение.*** Результаты подтверждают высокую практическую эффективность и применимость технологии когнитивно-контекстного конструирования как инструмента семейной социальной реабилитации. Технология

обеспечивает комплексное воздействие за счет интеграции моторного, когнитивного и социального развития в рамках осмысленной проектной деятельности, структурированной «безопасным социальным симулятором».

Ключевые слова: социальная реабилитация, дети с ограниченными возможностями здоровья, задержка психического развития, когнитивно-контекстное конструирование, исполнительные функции, социальный интеллект, проектная деятельность, инклюзивное образование, семейное воспитание, сопровождаемое родительство.

COGNITIVE-CONTEXTUAL CONSTRUCTION AS A METHOD OF SOCIAL REHABILITATION OF PRIMARY SCHOOL-AGE CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

Berseneva L.V.[1], Samoilov A.S.[2]

[1]Sevastopol State University, (FGBOU VO SevSU),
Sevastopol, Russian Federation
[2] Academician N.F. Izmerov Research Institute of Occupational Medicine
Moscow, Russian Federation

Summary. Introduction. Social integration of children with mental retardation (MR) remains a complex task requiring methods that overcome the fragmentation of social and cognitive skills development. The article discusses the original pedagogical technology "Cognitive-contextual construction" (3C), which synthesizes project activities with a meaningful social context. Objective of the study. Theoretical and methodological substantiation, description and empirical testing of the effectiveness of the home projects program "INZHENERiYA": My World", based on the 3C technology, for the social rehabilitation of primary school-age children with MR in a family upbringing setting. Materials and methods. Thirty families raising children with MR aged 7-9 years participated in the quasi-experimental study. A program consisting of four thematic blocks, implemented by parents using construction sets, was used. The dynamics of constructive, social and cognitive skills was assessed using a validated observation checklist before and after the program implementation. The Wilcoxon t-test was used for statistical analysis. Study Results. Statistically significant positive dynamics were revealed across all skill groups ($p < 0.001$). The greatest increase was noted in social skills (the average score increased from 2.3 to 3.8), as well as in constructive (from 2.0 to 3.5) and cognitive skills (from 2.3 to 3.7).

Qualitative data confirmed a decrease in situational anxiety in children and an increase in parental competence. Conclusion. The results confirm the high practical effectiveness and applicability of the cognitive-contextual design technology as a tool for family social rehabilitation. The technology provides a comprehensive impact due to the integration of motor, cognitive, and social development within the framework of meaningful project activities structured by a "safe social simulator."

Key words: social rehabilitation, children with disabilities, mental retardation, cognitive-contextual construction, executive functions, social intelligence, project activities, inclusive education, family education, supported parenting.

Введение

Успешная социальная интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в частности, с задержкой психического развития (ЗПР), остаётся одной из наиболее актуальных и комплексных задач современной коррекционной педагогики и психологии [1]. Социальная реабилитация в данном контексте предполагает не просто формирование отдельных навыков, а целостный процесс становления личности, способной к самостоятельной, осмысленной и продуктивной жизни в социуме. Однако традиционные пути развития социальных компетенций у данной категории детей зачастую сталкиваются с системными трудностями, связанными с особенностями их психического развития, что требует поиска инновационных, эффективно мотивирующих и экологичных методов.

Ключевой мишенью для реабилитации выступает интегрированный комплекс социально-когнитивных дефицитов, характерных для детей с ЗПР церебрально-органического генеза. К ним относятся: слабость регуляторных функций (произвольного внимания, планирования, контроля импульсов, рабочей памяти), трудности понимания и прогнозирования социальных ситуаций, сниженная познавательная мотивация, ригидность мышления и повышенная ситуационная тревожность. Важно отметить, что у детей с ЗПР часто наблюдаются сопутствующие трудности в развитии мелкой моторики и зрительно-моторной координации, которые напрямую связаны с формированием когнитивных процессов и речевой деятельности [2]. Эти особенности приводят к фрагментарности восприятия социального мира, неспособности самостоятельно выстраивать алгоритмы поведения в соответствии с контекстом, что является главным барьером для интеграции. Существующие методы

часто демонстрируют ограниченную эффективность из-за недостаточной мотивации ребенка, оторванности от реальных значимых контекстов и фрагментарности развития когнитивных и социальных навыков.

В свете этого особую актуальность приобретает потенциал конструктивной деятельности, которая сама по себе является мощным катализатором психического развития в детском возрасте [3]. Для детей с ОВЗ, и, в частности, с ЗПР, специально организованное конструирование может выступать эффективным средством коррекции, одновременно воздействуя на моторную, когнитивную и социально-эмоциональную сферы [4]. Встраивание такой деятельности в осмысленный социальный контекст позволяет преодолеть ее оторванность от реальных жизненных задач. Это приводит нас к необходимости разработки методов, органично синтезирующих эти компоненты.

В ответ на обозначенные вызовы была разработана и адаптирована технология «Когнитивно-контекстное конструирование» (ЗК). Её суть заключается в синтезе когнитивного развития и социального научения через проектно-конструктивную деятельность, органично встроенную в осмысленный для ребёнка сюжет (контекст). Контекст выступает как организующий и мотивирующий каркас, превращая деятельность в «безопасный социальный симулятор», где можно ошибаться, пробовать и отрабатывать модели поведения. Процесс конструирования при этом выполняет двойную функцию: через работу с мелкими деталями и создание моделей активно развивается зрительно-моторная координация, мелкая моторика и пространственное мышление, которые служат нейропсихологическим фундаментом для формирования высших психических функций. Важной методологической основой программы выступает модель сопровождаемого родительства, ориентированная на партнерство специалистов и семьи, передачу родителям конкретных компетенций для поддержки развития ребенка в естественной среде [5].

Цель работы

Представление теоретико-методологического обоснования, содержательного наполнения и эмпирической проверки эффективности программы «ИНЖЕНЕРиЯ: Мой мир» на основе технологии ЗК для социальной реабилитации детей младшего школьного возраста с ЗПР в условиях семейного воспитания.

Материалы и методы

Разработка эффективной методики социальной реабилитации требует прочного теоретического фундамента, синтезирующего проверенные временем психолого-педагогические концепции с данными современных исследований об особенностях развития детей с ОВЗ. Технология ЗК методологически основывается на таком синтезе, предлагая практический инструмент для реализации ключевых идей в работе с детьми, имеющими социально-когнитивные дефициты.

Культурно-историческая теория Л.С. Выготского, в которой развитие высших психических функций рассматривается как процесс их опосредования «культурными орудиями» и интериоризации в ходе социального взаимодействия, является ключевым ориентиром. Для ребенка с ЗПР создание адекватной «социальной ситуации развития» и грамотное использование «зоны ближайшего развития» (ЗБР) приобретает критическое значение [6]. Исследования в данной парадигме показывают, что успешность коррекционного воздействия напрямую зависит от способности взрослого организовать сотрудничество, в котором поддержка и «орудия» (знаки, схемы, речевые формулы) позволяют ребенку выполнить то, что сегодня он не может сделать самостоятельно [7]. Деятельностный подход (А.Н. Леонтьев, П.Я. Гальперин) дополняет эту картину, подчеркивая, что психическое развитие происходит не через пассивное усвоение, а в ходе освоения новых видов деятельности [8]. Применительно к социальной реабилитации это означает, что социальные навыки и нормы должны усваиваться не как набор правил, а как способы решения значимых задач внутри целенаправленной деятельности. Таким образом, технология ЗК, предлагающая осмысленную конструктивную деятельность, выступает операционализированной моделью реализации принципов ЗБР, становясь практическим полем для совместной деятельности взрослого и ребенка, где контекст и конструктор выступают теми самыми «культурными орудиями», опосредующими освоение социальной реальности. В контексте сопровождаемого родительства [5] данная технология предоставляет родителю конкретный, структурированный инструмент для организации такого развивающего сотрудничества, переводя теоретический принцип ЗБР в плоскость ежедневной практики.

Для детей с ЗПР характерны трудности самостоятельного анализа и структурирования социальной информации, что порождает хаос, непонимание и высокую тревожность. Современные исследования в области коррекционной

психологии и нейрокогнитивных наук подчеркивают эффективность методов, обеспечивающих предсказуемость и структурирование среды для преодоления этих дефицитов [9]. В технологии ЗК эту функцию берет на себя сюжетный контекст. Он выступает в роли педагогически сконструированного «обходного пути», минуя дефицитарные звенья самостоятельного анализа. Педагогически смоделированный сюжет задает четкие рамки, распределяет роли, определяет последовательность событий и конечную цель. Это создает «когнитивные протезы» для социального мышления: вместо того чтобы пытаться самостоятельно понять абстрактные правила поведения в поликлинике, ребенок проживает понятную историю-миссию («Помоги игрушке попасть к доктору»), внутри которой эти правила естественным образом возникают и закрепляются. Роль сюжета в снижении тревожности и формировании предсказуемых социальных схем подтверждается практикой использования социальных историй и сценариев, эффективность которых доказана в работе с детьми, имеющими коммуникативные трудности [10; 11].

Социальная компетентность не существует изолированно от общего когнитивного развития. Напротив, она напрямую опосредована такими функциями, как исполнительный контроль (планирование, переключение, рабочая память), речевое развитие и эмоциональный интеллект [12]. Исследования демонстрируют выраженную корреляцию между слабостью исполнительных функций у детей с ЗПР и их проблемами в построении диалога, разрешении конфликтов и следовании социальным нормам [13; 14]. Технология ЗК целенаправленно активизирует эти базовые когнитивные процессы внутри социально значимой задачи. Например, чтобы построить модель безопасного перехода через дорогу, ребенок должен удерживать в уме цель, спланировать последовательность действий, использовать речь для обсуждения плана и оценить эмоциональное состояние виртуального пешехода. Таким образом, развитие когнитивных функций перестает быть самоцелью, становясь инструментом для решения социальной задачи, что обеспечивает их осмысленность и повышает мотивацию к их тренировке.

Опираясь на изложенные теоретико-методологические основания и учитывая специфику целевой группы, была разработана программа домашних проектов «ИНЖЕНЕРиЯ: Мой мир». Её цель – формирование базовых социальных компетенций и когнитивных предпосылок успешной коммуникации у детей с ЗПР через инженерно-проектную деятельность в структурированном контексте. Программа построена по

логике движения от безопасного и знакомого к сложному и новому, обеспечивая постепенное расширение зоны комфорта и компетентности ребенка. К числу методически значимых преимуществ программы относится её гибкость и доступность. В ходе апробации родители успешно использовали те конструкторские наборы, которые были доступны дома (LEGO®, Fanclastic, и др.). Это подтверждает возможность успешной реализации программы без дополнительных финансовых затрат. Для максимального соответствия тематическим блокам и социальным сюжетам программы особенно эффективно применение тематических наборов, которые позволяют создавать реалистичные и узнаваемые модели. В частности, конструкторы серий «Полесье», соответствующие возрастным и сенсомоторным возможностям детей с ЗПР, обладают высокой дидактической ценностью для решения задач социальной реабилитации.

Программа состоит из четырех тематических блоков, каждый из которых включает три конкретных проекта.

Блок 1: «Мой дом». Цель — закрепление чувства безопасности и отработка бытовых ритуалов. Проекты: «Наша квартира. Как все устроено» (формирование пространственных ориентиров), «Правила безопасности» (конкретизация через постройку символических объектов), «Мое любимое место» (создание личного пространства для поддержки самоидентичности). *Для данного блока оптимальны тематические наборы конструктора «Полесье» серии «Семья» или «Дом».*

Блок 2: «Важные локации». Цель — освоение базовых социальных сценариев вне дома. Проекты: «Магазин. От входа до кассы» (моделирование полного цикла покупки), «Поликлиника. Где живет Айболит» (снятие тревоги через проигрывание последовательности действий у врача), «Школа (реабилитационный центр)» (создание модели рабочего места и обсуждение правил). *Наиболее релевантны наборы «Полесье» «Супермаркет» и «Школа»*

Блок 3: «Дорога и движение». Цель — формирование навыков безопасности и самостоятельности в городской среде. Проекты: «Автобус и остановка» (отработка алгоритма поездки), «Пешеходный переход» (визуализация правил), «Парковка и двор» (обучение распознаванию опасных зон). *Целесообразно использование серий конструкторских наборов «Полесье» «Дорожные знаки» и «Транспорт».*

Блок 4: «Большие поездки». Цель — подготовка к нестандартным, более стрессовым ситуациям. Проекты: «Собираем чемодан» (развитие планирования и категоризации),

«Откуда начинается путешествие (вокзал, аэропорт)» (освоение сложного алгоритма), «Мы в пути» (установление правил поведения в длительной поездке). *Для создания комплексных моделей подходят наборы конструктора «Полесье» «Железнодорожный вокзал», «Паровозы», «Юный путешественник».*

Ключевым методическим приёмом является цикл трансформации опыта: от реальной жизненной ситуации → к её обсуждению и моделированию из конструктора → к проигрыванию сценария с проговариванием правил и эмоций → к переносу усвоенного алгоритма обратно в жизнь. Роль родителя трансформируется из инструктора в «со-инженера» и модератора диалога, который поддерживает ребенка открытыми вопросами, комментированием действий и вербализацией чувств. Реализация программы в естественной домашней среде подчеркивает роль семьи как первичного и наиболее значимого «формирующего личность пространства» для ребенка с особыми потребностями [15].

Алгоритм ЗК включает три этапа: погружение – проектирование – рефлексия. На этапе погружения важна визуальная поддержка (социальные истории в картинках, реальные фотографии). Этап проектирования насыщен внешними «опорами»: карточки-помощники с пиктограммами, карточки эмоций, физические маркеры пространства. На этапе рефлексии акцент ставится на позитивную обратную связь о социальном и регуляторном успехе, что формирует у ребенка связь между приложенными усилиями и общим результатом «миссии».

Результаты и обсуждение

Для оценки эффективности программы было проведено практико-ориентированное квазиэкспериментальное исследование. В нём приняли участие 30 семей из г. Севастополя, воспитывающих детей с заключением ПМПК «Задержка психического развития» церебрально-органического генеза в возрасте от 7 до 9 лет (средний возраст 8.1 лет). Все дети обучались в инклюзивных или коррекционных классах. Родители (в основном матери) выступили в роли ведущих занятий по предоставленным материалам (сценарии 12 проектов, комплект визуальных опор, онлайн-семинар). Средняя продолжительность реализации программы одной семьей составила 4 месяца.

Для измерения динамики был разработан и экспертно апробирован (дефектолог, клинический психолог) «Чек-лист наблюдения за конструктивными и социально-когнитивными навыками». Чек-лист включал 20 утверждений, сгруппированных по 4

целевым блокам программы, с оценкой по 5-балльной шкале Ликерта (1 – «крайне редко или никогда», 5 – «почти всегда или регулярно»). Формулировки утверждений были приведены к нейтральной, констатирующей форме, описывающей конкретное, наблюдаемое поведение (например, «Самостоятельно убирает материалы (игрушки, конструктор) после занятия», «Создает из конструктора узнаваемые модели, похожие на реальные объекты (дом, машину, мост)»). Чек-лист заполнялся родителями до начала программы (T1) и после ее завершения (T2).

Для проверки статистической значимости изменений между замерами T1 и T2 был применен T-критерий Вилкоксона для связанных выборок, так как распределение баллов не соответствовало нормальному (проверка критерием Шапиро-Уилка), а шкала является порядковой. Уровень значимости был установлен на $p \leq 0.01$ (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика конструктивных и социально-когнитивных навыков

Навыки	Средний балл (T1)	Средний балл (T2)	Z (Вилкоксона)	p-level
КОНСТРУКТИВНЫЕ НАВЫКИ	2.0	3.5	-4.62	<0.001
1. Аккуратно соединяет мелкие детали конструктора, соблюдая заданную схему.	1.9	3.4	-4.45	<0.001
2. Самостоятельно создает простые конструкции по образцу или замыслу.	2.0	3.5	-4.38	<0.001
3. Создает из конструктора узнаваемые модели, похожие на реальные объекты (дом, машину, мост).	2.1	3.6	-4.40	<0.001
СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ	2.3	3.8	-4.79	<0.001
4. Соблюдает правила безопасности без напоминания.	2.3	3.6	-4.32	<0.001
5. Воспроизводит в игре последовательность действий в магазине/поликлинике.	2.0	3.9	-4.72	<0.001
6. Использует в ролевой игре социальные фразы.	2.4	4.0	-4.55	<0.001
7. Проявляет спокойствие перед реальным походом в магазин/поликлинику.	2.5	3.8	-4.25	<0.001
8. Соблюдает очередность хода в совместной игре с конструктором.	2.3	3.6	-4.42	<0.001

Навыки	Средний балл (T1)	Средний балл (T2)	Z (Вилкоксона)	p-level
9. Адекватно реагирует на изменения в привычном распорядке дня.	2.6	3.9	-4.36	<0.001
КОГНИТИВНЫЕ НАВЫКИ (регуляторные функции, планирование, речь)	2.3	3.7	-4.81	<0.001
10. Самостоятельно убирает материалы после занятия.	2.1	3.8	-4.65	<0.001
11. Объясняет назначение помещений в доме в ходе игры.	2.2	3.6	-4.21	<0.001
12. Упоминает правила перехода дороги при обсуждении маршрута.	2.6	3.7	-4.11	<0.001
13. Объясняет простой план-схему движения.	2.5	3.8	-4.38	<0.001
14. Участвует в составлении списка вещей для поездки.	2.2	3.6	-4.51	<0.001
15. Создает в игре комплексные постройки с взаимосвязанными элементами.	2.3	3.5	-4.28	<0.001
ОБЩИЙ РЕЗУЛЬТАТ	2.3	3.7	-4.88	<0.001

Наибольшая положительная динамика наблюдается в группе социальных навыков (средний прирост с 2.3 до 3.8 баллов). Значительный прогресс также отмечен в конструктивных навыках (с 2.0 до 3.5) и когнитивных навыках (с 2.3 до 3.7), что подтверждает комплексное воздействие методики. Средний балл по всем навыкам вырос с 2.3 до 3.7.

В открытых интервью родители отмечали появление у ребенка «опоры» в незнакомой ситуации через воспоминание игрового сценария, улучшение качества совместного времени, рост инициативности в общении. Особо подчеркивалось улучшение ловкости рук, точности движений при конструировании и возрастающая аккуратность в бытовых действиях (уборка, раскладывание предметов). Отмечалось повышение собственной родительской компетентности благодаря наличию структурированного инструмента.

Полученные данные эмпирически подтверждают высокую практическую эффективность адаптированной технологии когнитивно-контекстного конструирования в условиях семейной реабилитации детей с ЗПР. Статистически значимые положительные сдвиги по всем оцениваемым параметрам согласуются с

теоретическими ожиданиями и демонстрируют комплексный характер воздействия методики.

Наиболее выраженная динамика в группе социальных навыков (средний прирост до 3.8 балла) свидетельствует о том, что технология ЗК успешно решает ключевую задачу преодоления ситуационной тревожности и дефицита понимания социальных взаимодействий. Созданный в проектах контекст действительно выполняет функцию «безопасного симулятора», позволяя ребенку в контролируемых условиях освоить и закрепить алгоритмы поведения, которые затем с меньшим стрессом переносятся в реальность. Это подтверждается как значительным ростом баллов по пунктам, связанным с воспроизведением социальных сценариев и использованием коммуникативных фраз, так и качественными отзывами родителей о появлении у ребенка «опоры» в незнакомых ситуациях.

Значительный и равномерный прогресс в группах конструктивных (с 2.0 до 3.5) и когнитивных навыков (с 2.3 до 3.7) указывает на успешную реализацию одного из основных принципов технологии — интеграции моторного и когнитивного развития в социально значимой деятельности. Конструктивная задача, имеющая понятную цель в рамках сюжета, становится естественным тренажером не только для исполнительных функций (планирование, контроль, рабочая память), но и для базовых сенсомоторных компонентов. Улучшение мелкой моторики, зрительно-моторной координации и пространственного мышления, отмеченное в качественных отчетах, создает необходимый нейропсихологический фундамент для формирования высших психических функций, что подтверждается современными исследованиями [2]. Таким образом, технология обеспечивает развитие по цепочке: моторика → когнитивные функции → социальная компетентность.

Важным косвенным результатом, отмеченным в качественной обратной связи, является повышение психолого-педагогической компетентности родителей и снижение уровня стресса. Наличие понятного, пошагового инструмента, который демонстрирует быстрые и наблюдаемые результаты в разных сферах (от ловкости рук до социального взаимодействия), структурирует не только деятельность ребенка, но и взаимодействие в диаде «родитель-ребенок», делая его более продуктивным и менее конфликтным. Этот эффект напрямую соотносится с принципами сопровождаемого родительства, ориентированного на передачу семье конкретных

навыков поддержки развития ребенка, усиление её ресурсности и снижение эмоционального выгорания [5].

Ограничением данного исследования можно считать отсутствие контрольной группы и относительно небольшой объём выборки. Однако полученные статистически мощные эффекты по всем трем ключевым направлениям и их согласованность с качественными данными позволяют с уверенностью говорить об эффективности и комплексном воздействии предложенной методики.

Выводы

Реализация программы «ИНЖЕНЕРиЯ: Мой мир», основанной на технологии когнитивно-контекстного конструирования, подтвердила её высокую практическую применимость и эффективность в качестве инструмента домашней социальной реабилитации детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Технология демонстрирует устойчивый потенциал для преодоления ключевых ограничений традиционных методов за счет:

1. Комплексной интеграции конструктивного, когнитивного и социального развития в единой, мотивирующей проектной деятельности, где развитие мелкой моторики служит основой для когнитивного прогресса, а тот, в свою очередь, — фундаментом для социальной адаптации.
2. Использования сюжетного контекста как «безопасного социального симулятора», который структурирует среду, снижает тревожность и делает социальные нормы понятными и доступными для отработки.
3. Целенаправленного развития базовых конструктивных навыков (мелкая моторика, пространственное мышление), что обеспечивает сенсомоторную основу для формирования высших психических функций.
4. Предоставления системы внешних опор (визуализация, алгоритмизация, микро-этапы), работающих в зоне ближайшего развития ребенка и обеспечивающих посильность и успешность деятельности.
5. Обеспечения экологичности и доступности для применения в естественной семейной среде с использованием простых материалов.
6. Реализации принципов сопровождаемого родительства через передачу родителям конкретного, структурированного инструмента взаимодействия, что повышает их компетентность, снижает стресс и усиливает реабилитационный потенциал семьи.

Результаты квазиэкспериментального исследования показали статистически значимый прогресс по всем трем ключевым направлениям: конструктивные, социальные и когнитивные навыки, что подкрепляется положительными субъективными оценками родителей. Технология может быть рекомендована для широкого использования в практике психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ЗПР, в рамках модели сопровождаемого родительства, а также в деятельности инклюзивных и коррекционных образовательных учреждений.

Перспективными направлениями дальнейших исследований представляются:

- Проведение рандомизированных контролируемых исследований с большей выборкой и включением контрольной группы.
- Долгосрочный катамнез для оценки устойчивости сформированных навыков.
- Углубленное изучение взаимосвязи и причинно-следственных отношений между динамикой в развитии конструктивных (моторных) навыков и прогрессом в когнитивной и социальной сферах с применением объективных методов оценки.
- Адаптация и апробация программы для детей с другими нозологиями (например, с расстройствами аутистического спектра, тяжелыми нарушениями речи).
- Изучение влияния программы на детско-родительские отношения и уровень родительского выгорания.

Список литературы

1. Малофеев, Н. Н. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен / Н. Н. Малофеев, Н. Д. Шматко // Дефектология. – 2008. – № 2. – С. 86–94.
2. Семенович, А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста : учебное пособие / А. В. Семенович. – 7-е изд. (эл.). – Москва : Генезис, 2025. – 321 с. – URL: https://rucont.ru/efd/703453 (дата обращения: 14.01.2026). – Текст : электронный.
3. Берсенева, Л. В. Игра без правил: психологический потенциал "Непослушного" Конструирования младших школьников / Л. В. Берсенева // Системная интеграция в здравоохранении. – 2025. – № 4 (70). – С. 57–87.
4. Милованова, Н. Ю. Из опыта коррекционной работы по развитию произвольного внимания старших дошкольников с задержкой психического развития посредством конструктивной деятельности / Н. Ю. Милованова, Л. И. Татаринова

// Традиции и перспективы науки XXI века : материалы X Всероссийской научно-практической (педагогической) конференции (Тамбов, 19 февраля 2021 года). – Тамбов : Издательский дом "Державинский", 2021. – С. 227–231.

5. Дугина, Е. А. Сопровождаемое родительство семей с детьми, имеющими атипичные особенности внешности / Е. А. Дугина, Е. С. Набойченко, И. А. Ходченко // Системная интеграция в здравоохранении. – 2021. – № 1 (50). – С. 5–10.
6. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – Москва : Педагогика, 1983. – 369 с.
7. Карабанова, О. А. Переживание и «идеальная форма» в структуре социальной ситуации развития / О. А. Карабанова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2024. – № 4. – С. 69–86. – DOI: https://doi.org/10.11621/LPJ-24-40.
8. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – Москва : Смысл, 2005. – 352 с.
9. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – 5-е изд. – Москва : Теревинф, 2009. – 284 с. – (Серия "Особый ребенок"). – ISBN 978-5-901599-16-7.
10. Грей, К. Социальные Истории : Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом / Кэрол Грей ; пер. с англ. У. Жарниковой ; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2018. – 432 с.
11. Howlin, P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome / P. Howlin // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2003. – Vol. 33. – P. 3–13.
12. Diamond, A. Executive functions / A. Diamond // Annual Review of Psychology. – 2013. – Vol. 64. – P. 135–168.
13. Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – Москва : Perse, 2002. – 191 с. – ISBN 5-9292-0068-8.
14. Ясюкова, Л. А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л. А. Ясюкова. – Санкт-Петербург : Речь, 2023. – 383 с. – (Психологический практикум). – ISBN 5-9268-0181-8.

15. Набойченко, Е. С. Семья как социальная основа формирующего личность пространства для ребенка с особыми потребностями развития / Е. С. Набойченко // Вестник Челябинского государственного университета. – 2007. – № 17. – С. 156–162.

References

1. Malofeev, N. N. Integraciya i special`ny`e obrazovatel`ny`e uchrezhdeniya: neobxodimost` peremen / N. N. Malofeev, N. D. Shmatko // Defektologiya. – 2008. – № 2. – S. 86–94.
2. Semenovich, A. V. Vvedenie v nejropsixologiyu detskogo vozrasta : uchebnoe posobie / A. V. Semenovich. – 7-e izd. (e`l.). – Moskva : Genezis, 2025. – 321 s. – URL: https://rucont.ru/efd/703453 (data obrashheniya: 14.01.2026). – Tekst : e`lektronny`j.
3. Berseneva, L. V. Igra bez pravil: psixologicheskij potencial Neposlushnogo Konstruirovaniya mladshix shkol`nikov / L. V. Berseneva // Sistemnaya integraciya v zdravooxranenii. – 2025. – № 4 (70). – S. 57–87.
4. Milovanova, N. Yu. Iz opy`ta korrekcionnoj raboty` po razvitiyu proizvol`nogo vnimaniya starshix doshkol`nikov s zaderzhkoj psixicheskogo razvitiya posredstvom konstruktivnoj deyatel`nosti / N. Yu. Milovanova, L. I. Tatarinova // Tradicii i perspektivy` nauki XXI veka : materialy` X Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj (pedagogicheskoj) konferencii (Tambov, 19 fevralya 2021 goda). – Tambov : Izdatel`skij dom Derzhavinskij, 2021. – S. 227–231.
5. Dugina, E. A. Soprovozhdaemoe roditel`stvo semej s det`mi, imeyushhimi atipichny`e osobennosti vneshnosti / E. A. Dugina, E. S. Nabojchenko, I. A. Xodchenko // Sistemnaya integraciya v zdravooxranenii. – 2021. – № 1 (50). – S. 5–10.
6. Vy`gotskij, L. S. Sobranie sochinenij : v 6 t. T. 5. Osnovy` defektologii / L. S. Vy`gotskij. – Moskva : Pedagogika, 1983. – 369 s.
7. Karabanova, O. A. Perezhivanie i «ideal`naya forma» v strukture social`noj situacii razvitiya / O. A. Karabanova // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psixologiya. – 2024. – № 4. – S. 69–86. – DOI: https://doi.org/10.11621/LPJ-24-40.
8. Leont`ev, A. N. Deyatel`nost`. Soznanie. Lichnost` / A. N. Leont`ev. – Moskva : Smy`sl, 2005. – 352 s.

9. Nikol`skaya, O. S. Autichny`j rebenok. Puti pomoshhi / O. S. Nikol`skaya, E. R. Baenskaya, M. M. Libling. – 5-e izd. – Moskva : Terevinf, 2009. – 284 s. – (Seriya Osoby`j rebenok). – ISBN 978-5-901599-16-7.
10. Grej, K. Social`ny`e Istorii : Innovacionnaya metodika dlya razvitiya social`noj kompetentnosti u detej s autizmom / Ke`rol Grej ; per. s angl. U. Zharnikovoj ; nauch. red. S. Anisimova. – Ekaterinburg : Rama Pablishing, 2018. – 432 s.
11. Howlin, P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome / P. Howlin // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2003. – Vol. 33. – P. 3–13.
12. Diamond, A. Executive functions / A. Diamond // Annual Review of Psychology. – 2013. – Vol. 64. – P. 135–168.
13. Korobejnikov, I. A. Narusheniya razvitiya i social`naya adaptaciya / I. A. Korobejnikov. – Moskva : Perse, 2002. – 191 s. – ISBN 5-9292-0068-8.
14. Yasyukova, L. A. Psixologicheskaya profilaktika problem v obuchenii i razvitii shkol`nikov / L. A. Yasyukova. – Sankt-Peterburg : Rech`, 2023. – 383 s. – (Psixologicheskij praktikum). – ISBN 5-9268-0181-8.
15. Nabojchenko, E. S. Sem`ya kak social`naya osnova formiruyushhego lichnost` prostranstva dlya rebenka s osoby`mi potrebnostyami razvitiya / E. S. Nabojchenko // Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2007. – № 17. – S. 156–162.

© Садовникова Н.О., Шиловских М.С.

УДК 159.92

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА УВЛЕЧЕННОСТЬ ПОДРОСТКОВ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ

Садовникова Н.О.[1], Шиловских М.С [1]

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

Резюме. Актуальность исследуемой проблемы обуславливается нарастающим напряжением как внутри семьи, так и в обществе в целом из-за чрезмерной и часто не контролируемой увлеченности подростками компьютерными играми. Все чаще причинами обращения родителей к психологу является тревога и растерянность, связанные с тем, что ребенок проводит за игрой слишком много времени, игнорируя при этом свои обязанности по дому и ответственность относительно школьной успеваемости. Кроме того, при обращении к психологу родители жалуются, что не могут справиться со своим подростком, который их не слышит и не слушается. То есть мы можем говорить о том, что контакт с таким подростком у родителей нарушен.

Основная цель исследования заключается в выявлении влияния детско-родительских отношений на увлеченность подростков компьютерными играми. В статье приводятся результаты, полученные в ходе эмпирического исследования. Для целей данной статьи под компьютерными играми понимается весь ряд видео-игр, в том числе на консолях, телефонах, планшетах и тп.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, увлеченность подростков компьютерными играми.

THE INFLUENCE OF PARENT-CHILD RELATIONSHIP ON ADOLESCENTS' COMPUTER GAMES INVOLVEMENT

Sadovnikova N.O. [1], Shilovskikh M.S [1]

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

Summary. The relevance of the studied problem is determined by the growing tension both within the family and in society caused by adolescents' excessive and often uncontrolled involvement in computer games. Increasingly, parents seek psychological assistance due to feelings of anxiety and confusion related to the fact that their child spends an excessive amount of time playing games while neglecting household responsibilities and

academic performance. In addition, parents report difficulties in managing their adolescent, noting that the child does not listen to them or respond to parental guidance. Thus, it can be stated that parent–child communication with such adolescents is disrupted.

The main aim of this study is to identify the influence of parent–child relationships on adolescents' involvement in computer games. The article presents the results obtained from an empirical study. For the purposes of this article, the term computer games refers to the entire range of video games, including those played on consoles, mobile phones, tablets, and similar devices.

Keywords: parent-child relationship, computer games involvement.

Введение

Интернет и компьютерные игры плотно вошли в современную жизнь и являются неотъемлемой ее частью. Подавляющее большинство взрослых, детей и подростков, так или иначе, играют в различные компьютерные игры. Для одних – это возможность отдохнуть и отвлечься от работы или учебы, для других – это пространство, где заводятся новые знакомые и друзья, для третьих компьютерная игра является способом уйти от неприятной реальности, превращаясь в зависимость. В настоящее время в России нет четкого определения зависимости от компьютерных игр, а также отсутствуют критерии, по которым можно было бы диагностировать зависимость от компьютерных игр, например в Международной классификации болезней (МКБ-10) описание подобного расстройства отсутствует [1]. В то же время, в следующей версии, в МКБ-11, в настоящее время не принятой на территории Российской Федерации, проблемная увлеченность компьютерными играми входит в блок L2-6C5 «Расстройства вследствие аддиктивного поведения» [2].

Согласно результатам отечественных исследователей, запросы родителей, обеспокоенных проблемным использованием интернета, гаджетов и чрезмерной увлеченностью компьютерными играми у подростков занимает далеко не последнее место [3].

При этом к факторам, влияющим на чрезмерную увлеченность подростками компьютерными играми, авторы зарубежных исследований относят: аверсивное (враждебное) поведение родителей, гиперопеку (чрезмерное вовлечение) и эмоциональное отстранение [4].

Родительская пара и каждый из родителей по отдельности продолжают являться

для подростка тем пространством, в котором продолжает формироваться его психика, закладываются паттерны поведения, психологические защиты, способы взаимодействия с миром, формируется эго-идентичность подростка.

Эрик Эриксон говорит, что в подростковый период происходит интеграция всех идентификаций, всего предыдущего опыта, пережитого на каждом из этапов развития ребенка, в процессе которого формируется его эго-идентичность [5].

Другой исследователь подросткового периода, Питер Блос говорит: «Ошибки или задержка развития Эго ребенка становятся видимыми только с началом подросткового процесса» [6].

Родители для ребенка – это в том числе представители закона и порядка, пример для подражания, это те, с кем ребенок идентифицируется, у кого он научается адаптивным или дезадаптивным способам взаимодействия с окружающим миром и со своими желаниями и стремлениями.

Развитие ребенка неизменно протекает между удовольствием и неудовольствием, между принятием и запретом, между любовью и наказанием. Для родителей найти и сохранять баланс между нежностью и строгостью представляется сложной задачей, а выдерживание неудовольствия и гнева со стороны ребенка, связанных с необходимостью соблюдения правил, тяжким испытанием. При этом Дональд Винникотт уделяет особое внимание доброжелательным и поддерживающим взаимоотношениям между родителями, а роль отца видит, в том числе в том, что тот поддерживает власть матери над ребенком. По мнению Дональда Винникотта отец олицетворяет собой закон и порядок, которые вносит мать в жизнь ребенка [7].

Мищель Венсан продолжает эту идею и пишет: «Материнское «нет» является первым проявлением отца в той степени, насколько он проявляет себя как твердая опора матери, что позволяет ей говорить «нет» и не отступаться от этого. Будучи воплощением принципа запрета, мужчина под именем «папа» будет любимым и сохранит свою власть, если он будет избегать принимать сторону ребенка против матери. Тогда он с удовольствием откроет, что ребенку нравится, когда ему говорят «нет»» [8].

Как уже говорилось выше, в различные компьютерные игры играют большинство подростков, при этом далеко не у всех подростков наблюдается проблемная увлеченность компьютерными играми. В нашем исследовании мы постарались разобраться, влияют ли детско-родительские отношения на уровень увлеченности

подростков компьютерными играми, и какие именно аспекты детско-родительских отношений оказывают наибольшее влияние.

Цель работы

Выявление влияния детско-родительских отношений на увлеченность подростков компьютерными играми.

Материалы и методы

Нами было проведено эмпирическое исследование, с применением онлайн-платформы Online Test Pad, в период с июля по октябрь 2025 г., основной целью которого являлось теоретическое и эмпирическое обоснование влияния детско-родительских отношений на формирование у подростков чрезмерной увлеченности компьютерными играми.

Результаты и обсуждение

Исследование предполагало установить влияет ли семейный фактор, в частности уровень принятия, эмпатии, эмоциональной дистанции, сотрудничества, требовательности, оказание поощрений и наказаний со стороны родителей, на чрезмерную увлеченность подростков компьютерными играми. Были использованы следующие методики: Тест Детско-родительские отношения подростков (ДРОП) О.А. Карабановой, П.В. Трояновской, Опросник Анализа семейной тревоги Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, кроме того, была разработана Анкета на определение уровня увлеченности компьютерными играми.

Выборку обследования составили 53 подростка в возрасте от 13 до 18 лет, 34 девочки (64%) и 19 мальчиков (36%).

Полученные в ходе проведенного исследования результаты были обработаны в программе SPSS Statistics 20.

На основании результатов разработанной анкеты на уровень увлеченности компьютерными играми выборку можно разделить на три группы: группа 1 - не увлечена компьютерными играми, группа 2 - средний уровень увлеченности; группа 3 - сильная увлеченность компьютерными играми. Согласно нашим результатам, в группу 1 вошли 32 респондента со средним возрастом 15,97 лет, из которых 23 девочки (средний возраст 16,04 года), 9 мальчиков (средним возраст 15,78 лет), в группу 2 вошли 21 респондент со средним возрастом 15,62 года, из которых 23 девочки (средний возраст 15,73 года), 9 мальчиков (средним возраст 15,5 лет). В третью группу не вошел ни один респондент.

С целью определения факторов, влияющих на уровень увлеченности компьютерными играми, нами был использован метод регрессионного анализа, где в качестве основной переменной была выбрана «увлеченность компьютерными играми», а в качестве переменных, оказывающих на нее влияние показатели опросников «Методика оценивания отношений подростка с матерью», «Методика оценивания отношений подростка с отцом» и опросника «Анализ семейной тревоги». Обратим внимание, что регрессионному анализу подлежало 100% представленных для анализа данных, что говорит о высокой степени точности полученных результатов.

Согласно полученным результатам, удалось установить семь предикторов увлеченности компьютерными играми.

Наиболее значимым предиктором, влияющим на увлеченность подростков компьютерными играми, выступает непоследовательность отца (рис. 1).

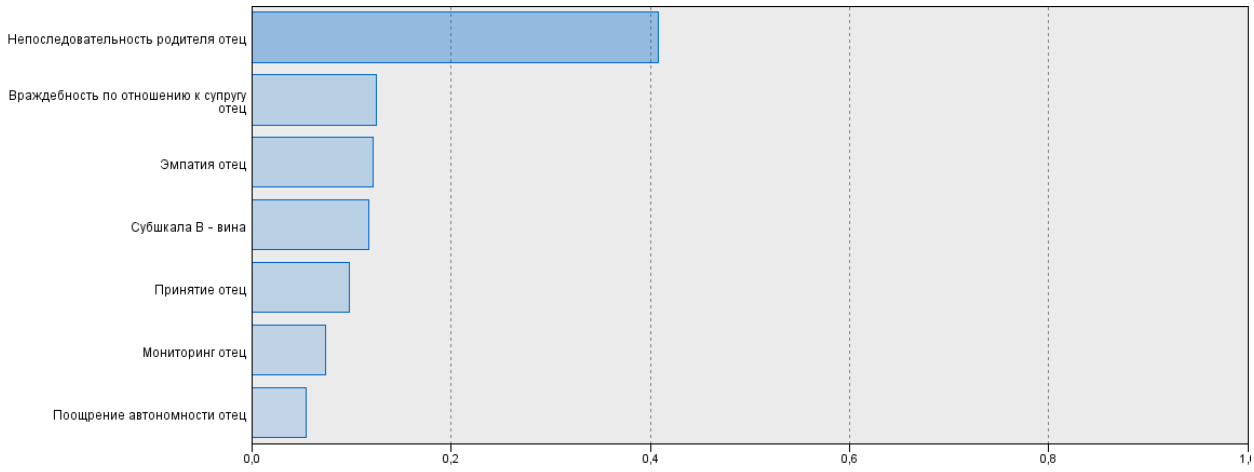


Рис. 1. Предикторы увлеченности подростков компьютерными играми (факто «Отношения с отцом»)

Высокая непоследовательность означает, что требования, реакции и стиль взаимодействия со стороны отца постоянно меняются, что создает для подростка состояние неопределённости и эмоциональной нестабильности. В таких условиях ребенок не может предсказать реакцию взрослого, что приводит к внутреннему напряжению, ощущению небезопасности и стремлению искать эмоциональную опору вне семьи. Следовательно, именно непредсказуемость и нестабильность поведения родителя могут формировать тревожность, снижать доверие к семье и повышать вероятность ухода подростка в альтернативные формы саморегуляции и компенсации – например, в виртуальную среду.

Вторым по значимости предиктором оказалось враждебное отношение отца к супруге. Такая атмосфера конфликтности в родительской диаде создает для подростка эмоционально неблагоприятную среду, в которой нарушается базовое чувство семейной безопасности. Постоянное наблюдение ссор, критики и агрессии отца по отношению к супруге усиливает у подростка ощущение нестабильности и уязвимости. Враждебность между взрослыми нарушает восприятие семьи как поддерживающей системы, что негативно отражается на эмоциональном состоянии ребенка и увеличивает его стремление дистанцироваться от семейной реальности.

Третьим значимым фактором является реализация наказаний со стороны отца. Частое или чрезмерно жесткое применение наказаний формирует у подростков ощущение давления, несправедливости и отсутствия уважения к их потребностям. Это снижает эмоциональную близость в отношениях, повышает протестные реакции и усиливает внутреннее напряжение. В условиях доминирования наказаний подросток может воспринимать семью не как ресурс, а как источник стресса, что также способствует снижению эмоциональной открытости и доверия.

Наименьшее, но всё же значимое влияние оказывает эмоциональная дистанция со стороны отца. Отстраненность, отсутствие эмоциональной вовлеченности, слабое участие в жизни подростка формируют ощущение непризнанности и ненужности. Подростки особенно чувствительны к эмоциональной доступности родителей, и её недостаток ослабляет семейные связи и снижает уровень поддержки, который они получают от отцовской фигуры.

Следующим по значимости предиктором выступает семейная тревожность – состояние повышенной эмоциональной напряжённости, которое охватывает всю семейную систему. Такая тревога редко вербализуется, но ощущается ребенком через микросигналы: напряжение, тревожные ожидания, страхи родителей. Семейная тревожность формирует фон беспокойства, который препятствует созданию атмосферы стабильности и поддержки, необходимые для нормального эмоционального развития подростка. Это приводит к ощущению неопределенности и невозможности влиять на происходящие в семье процессы.

Регрессионный анализ также показал, что отношения с матерью также выступают предикторами повышения увлеченности подростков компьютерными играми (рис. 2)

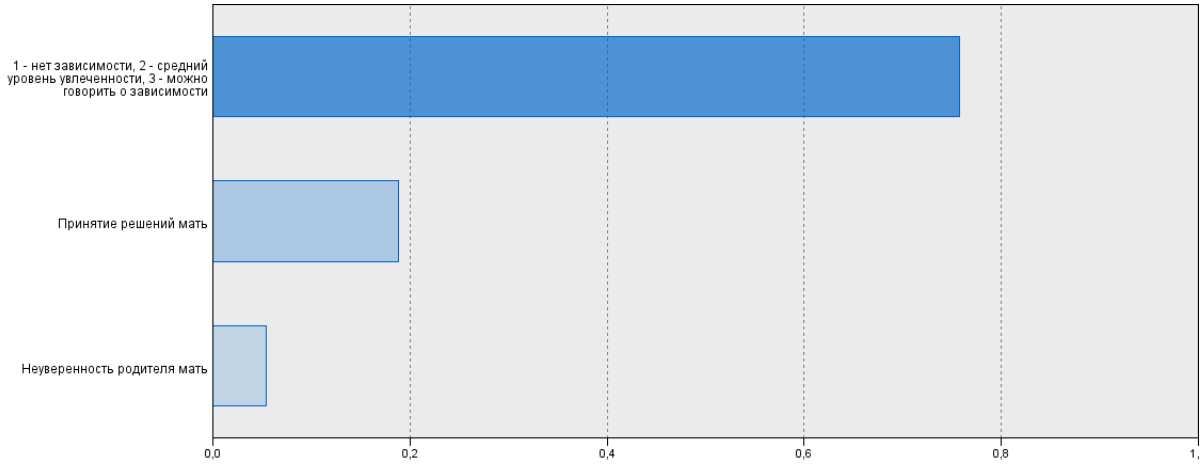


Рис. 3. Предикторы увлеченности подростков компьютерными играми (факто «Отношения с матерью»)

Так, определённое значение имеет и удовлетворенность отношениями с матерью. Чем менее удовлетворён подросток взаимодействием с матерью, тем сильнее ощущение эмоциональной дистанции, которая лишает ребенка необходимого чувства принятия и эмоциональной поддержки. Материнская фигура традиционно рассматривается как базовый источник эмоциональной стабилизации, поэтому снижение качества отношений отражается на эффективности подростка справляться со стрессом, регулировать эмоции и ощущать свою значимость в семье.

Далее следует требовательность матери, которая также демонстрирует влияние на изучаемый показатель. Избыточные требования, давление с целью соответствия ожиданиям или недостаточная чувствительность к возможностям подростка создают у него чувство несоответствия, вины и внутреннего напряжения. В таких условиях подростку сложнее воспринимать семейные отношения как поддерживающие, что снижает уровень доверия и эмоционального комфорта в диаде «мать–ребенок».

Выводы

Таким образом, результаты исследования позволяют предположить, что увлечённость компьютерными играми выступает одним из способов психологической компенсации при эмоциональной неудовлетворённости и повышенной тревожности в семье. Виртуальное пространство становится для подростков сферой, где они могут реализовать потребность в контроле, автономии и признании, которые не находят достаточного удовлетворения в отношениях с родителями.

Для того чтобы подросток, выбирая между реальным миром и миром компьютерных игр выбрал первое, необходимы чувство постоянства, безопасности, принятия,

уважительное отношение внутри семьи, которые формируют пространство для развивающейся автономии подростка.

Удовлетворительные взаимоотношения внутри семьи для ребенка и подростка становятся той базой, тем фундаментом, на котором в дальнейшем он будет строить свою самостоятельную жизнь. В свою очередь неудовлетворительные отношения могут причинять много эмоциональной боли ребенку и подростку, которые могут стать травматическим опытом. Под влиянием этого опыта у подростка могут формироваться вредные привычки, опасное поведение, склонность к аддиктивному поведению.

Список литературы

1. МКБ-10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – URL: https://mkb-10.com (дата обращения: 04.02.2026)
2. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. - 432с. – DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4.
3. Арамачева Л. В., Дубовик Е. Ю. Анализ консультационных запросов современных родителей, воспитывающих подростков 13-15 лет // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева (Вестник КГПУ). – 2023. – № 1(63). – С. 110-118. – EDN QJBMTC. (Дата обращения: 04.02.2026).
4. Coşa, I. M., Dobrean, A., Georgescu, R., & y Păsărelu, C. (2022). Parental behaviors associated with internet gaming disorder in children and adolescents: A quantitative meta-analysis. Current Psychology, 42(22), 19401–19418.
5. Эриксон Э. Г. Идентичность и цикл жизни. – СПб.: Питер, 2024. – 208 с.
6. Блос П. Психоанализ подросткового возраста / Пер. с англ. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. – 272 с.
7. Винникотт Д.В. Ребенок, семья и внешний мир / Пер. с англ. Богрянева А.М. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2017. – 256 с.
8. Венсан М. Болезнь отрочества. Клиническая работа с подростками и их родителями. – М.: Когито-Центр, 2012. – 231 с.

© Калицкая В.В., Зильберберг Н.В., Копырин А.С., Борзунова Т.И.

УДК 614.2:338.2:61

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИНАНСОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В КОММЕРЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Калицкая В.В.[1], Зильберберг Н.В.[1,2], Копырин А.С.[1,3], Борзунова Т.И.[4]

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

[2]Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» г. Екатеринбург, Россия

[3]Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Белоярская центральная районная больница «Белоярская центральная районная больница г. Екатеринбург, Россия

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

Резюме. Статья посвящена актуальным вопросам организации финансового планирования в коммерческих медицинских организациях. Заявленная тема исследования имеет особое значение на современном этапе экономического развития. При этом отраслевая принадлежность коммерческих медицинских организаций и отсутствие общепринятой методологии финансового планирования дает основание для разработки теоретических положений.

Ключевые слова: коммерческая медицинская организация, управление финансами, финансовое планирование, горизонт планирования.

THEORETICAL BASIS OF FINANCIAL PLANNING IN COMMERCIAL MEDICAL ORGANIZATIONS

Kalitskaya V.V.[1], Zilberberg N.V.[1,2], Kopyrin A.S.[1,3], Borzunova T.I.[4]

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

[2]State Budgetary Institution of the Sverdlovsk Region "Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology" Yekaterinburg, Russia

[3]State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region "Beloyarsk Central District Hospital" Yekaterinburg, Russia

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

Summary. This article addresses current issues of financial planning in commercial healthcare organizations. This research topic is particularly important at the current stage of economic development. Furthermore, the industry affiliation of commercial healthcare organizations and the lack of a generally accepted financial planning methodology provide grounds for the development of theoretical principles.

Key words: commercial medical organization, financial management, financial planning, planning horizon.

Введение

Актуальность темы исследования определяется необходимостью выработки научно обоснованных положений финансового планирования в коммерческих медицинских организациях, что предопределено отсутствием унифицированных положений и необходимостью обеспечения уровня платежеспособности, финансовой устойчивости и экономической эффективности частных медицинских организаций.

Коммерческие медицинские организации на современном этапе экономического развития имеют особое место в системе здравоохранения Российской Федерации, при этом их деятельность влияет на доступность и качество медицинской помощи, а также на финансирование и регулирование медицинской отрасли. При этом коммерческие медицинские организации для реализации своих производственных функций по оказанию медицинской помощи населению территорий России активно используют кадровый потенциал (врачей и медицинского персонала), которые осуществляют свою

производственную деятельность в государственных медицинских организациях (доля врачей-совместителей составляет более 53%).

Финансовое планирование направлено на обеспечение уровня платежеспособности, финансовой устойчивости и независимости коммерческих медицинских организациях, что приводит к росту стоимости активов. В экономической литературе присутствует достаточный массив теоретических положений финансового планирования, что наблюдаются в трудах отечественных авторов таких как: А.М. Бирмана, А.Ф. Закировой, В.В. Ковалева, П.Н. Машегова, В.В. Петрова, Г.Б. Поляка, О.П. Овчинникова, В.М. Родионова, Р.С. Сайфулина, А.Д. Шеремета и многих др.; в зарубежной литературе исследуемый аспект представлен в научных трудах авторов, Э. Альтман, И. Бетте, А.И. Бланк, Дж. Блейк, С. Браун, К. Друри, Х. Джонсон, М. Метьюс, Б. Уилсон, Д. Харрингтон и др.

Несмотря на массив имеющих теоретических положений по заявленной теме не выработаны согласованные позиции в отношении финансового планирования в практике учетно-аналитической работы и финансового управления коммерческих медицинских организаций.

Цель работы

Научно-обоснованная разработка положений финансового планирования в коммерческих медицинских организациях, которая обеспечит достижение основных финансовых целей деятельности таких хозяйствующих субъектов.

Материалы и методы

При подготовке представленной публикации использовалась совокупность мыслительных приемов для всестороннего изучения объектов и явлений на теоретическом уровне.

Результаты и обсуждение

Управление финансами коммерческих медицинских организаций нацелено на стратегическое развитие, что предопределяется интересами стейкхолдеров [2]. На рисунке 1 представлена основная цель финансово-хозяйственной деятельности коммерческой медицинской организации и ее основные стратегические задачи.



Рисунок 1. Основная цель деятельности коммерческой медицинской организации (авт.)

Современная коммерческая медицинская организация представляется как «…юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации» [6].

Необходимо отметить, что на сегодняшний день спрос на услуги коммерческих медицинских организаций увеличивается, следовательно, и наблюдается положительная динамика приращения показателей, характеризующих результаты деятельности, так объём коммерческих медицинских услуг за 2025 год составил 2,32 трлн руб., что на 15,2% превышает показатели 2024 года.

Обращаем внимание на то обстоятельство, что для целей финансового планирования показателей деятельности коммерческих медицинских организаций отсутствует единая унифицированная позиция. При этом планирование можно признать составной частью экономики коммерческой медицинской организации, что представляет собой «... совокупность методов и средств, которые позволяют выбрать оптимальный вариант действий и развития, в итоге обеспечивается использование ресурсов организации и служит для повышения эффективности деятельности [1]».

Исследование экономической литературы по заявленной теме позволило выделить методы, которые возможно использовать при разработке методических положений финансового планирования в практике учетно-аналитической работы и финансового

управления коммерческой медицинской организаций. К числу таких методов следует отнести:

1. Метод экономического анализа, который основан на анализе прошлых и текущих финансовых показателях медицинской организации.

2. Нормативный метод, благодаря которому установлены нормы и стандарты для планирования (в нашем случае потребление ресурсов на оказание медицинской помощи).

3. Балансовый метод (метод балансовых расчетов), который основан на достижении равновесия между доходами и расходами (что означает, что все планируемые траты должны соответствовать имеющимся или предсказуемым доходам).

4. Коэффициентный метод (расчет коэффициентов), характеризует достигнутые результаты, финансовое положение.

5. Метод дисконтирования денежных потоков, используется как способ оценки будущих денежных потоков с точки зрения их текущей стоимости (метод помогает определить, насколько выгодным будет вложение в проект или предприятие в будущем, принимая во внимание временную ценность денег).

6. Метод многовариантности (сценариев), обеспечивает разработку различных сценариев (вариантов) развития событий и оценку их финансовых последствий (метод помогает подготовиться к разным ситуациям и выбрать оптимальные действия в условиях неопределенности).

7. Экономико-математическое моделирование, заключается в разработке математических моделей для прогнозирования финансовых результатов, что способствует принятию более взвешенных решений на основании сложных вычислений и анализа данных.

Также в экономической литературе присутствует два подхода к финансовому планированию (табл. 1).

Таблица 1

Подходы к финансовому планированию коммерческих медицинских организаций

(составлено авт. по источникам [5], [7])

Планирование сверху вниз	Планирование снизу вверх
Подход начинается с определения общих целей и стратегий на уровне медицинской организации, а затем снижается к деталям. Подход применяется в крупных организациях, где необходимо согласовать общий стратегический план с оперативной деятельностью.	Подход начинается с составления оперативных планов и бюджетов на уровне отдельных подразделений или отделов, которые затем интегрируются в общий бюджет и план организации. Этот метод обеспечивает большее вовлечение сотрудников в процесс планирования.
1) Определение стратегических целей. Организация решает, каких результатов она хочет достичь в долгосрочной перспективе (могут быть цели по увеличению рыночной доли, выходу на новые рынки или достижению определенного уровня прибыли). 2) Финансовая оценка и прогнозирование. Разрабатываются финансовые модели, которые оценивают, как стратегические цели повлияют на доходы, расходы и прибыль. 3) Разработка бюджета. Основываясь на стратегических целях и финансовых прогнозах, разрабатывается бюджет, который направлен на достижение этих целей. Бюджет включает в себя распределение ресурсов, определение капитальных затрат и операционных расходов. 4) Внедрение и контроль. После разработки бюджета наступает этап внедрения. Все уровни организации должны быть вовлечены в реализацию плана. Непрерывный контроль обеспечивает уверенность в том, что реализация соответствует плану и позволяет вносить корректировки при необходимости.	1) Сбор данных и анализ. Процесс начинается с проведения анализа на уровне отдельных подразделений. Каждое подразделение оценивает свои текущие финансовые состояния и выясняет возможные направления развития и улучшения. 2) Разработка оперативных планов. На основании собранных данных каждое подразделение разрабатывает оперативные планы, которые включают в себя детальные бюджеты и распределение ресурсов. Задачи определяются в направлении увеличения эффективности и достижения местных целей. 3) Согласование и интеграция. Оперативные планы и бюджеты передаются на более высокий уровень для согласования. Руководство организации изучает их и интегрирует в общий сводный бюджет и план. 4) Реализация и координация. После согласования планы реализуются. Важную роль играет координация между различными подразделениями и уровнями управления, чтобы обеспечить эффективное использование ресурсов и достижение синергии

С учетом того, что в результате учетно-аналитической работы и финансового планирования создается (разрабатывается) проект документа (финансового плана), который является базовой основой для эффективного управления в коммерческой медицинской организации по средствам реализации следующих функций, таких как:

- во-первых, оптимизация ресурсов, которая позволяет менеджменту коммерческой медицинской организации прежде, чем запустить принять управленческое решение аргументированно понять, какие ресурсы потребуются в каком объеме и какие источники образования потребляются для формирования полного объема ресурсов;

- во-вторых, определение бизнес-цели и разработка альтернативных вариантов достижения, при сопоставлении доходов и расходов;

- в-третьих, поиск резервов для увеличения прибыли;

- в-четвертых, обоснование надежности принимаемого решения и степени риска.

Процесс учетно-аналитической работы и финансового планирования в коммерческой медицинской организации осуществляться на основании следующих принципов к числу, которых относятся:

1. Принцип гибкости (постоянная адаптация к изменениям среды функционирования, для чего необходима корректировка показателей при различных изменениях внешней и внутренней среды).

2. Принцип непрерывности (базируется на допущении о том, что коммерческая медицинская организация осуществляет непрерывно свою ФХД и коммерческая медицинская организация будет продолжать осуществлять ее в обозримом будущем).

3. Принцип коммуникативности предполагает координацию и интеграцию усилий всех участников процесса принятия решений и помогает обеспечить эффективную коммуникацию между учетно-аналитическими работниками (занимающимися планированием) и заинтересованными сторонами.

4. Принцип адекватности предполагает, что показатели, которые формируются в процессе финансового планирования должны предусматривать устойчивые тенденции развития и взаимосвязи коммерческой медицинской организации.

Таким образом, финансовое планирование невозможно без учетно-аналитической работы коммерческой медицинской организации. В понимании авторов финансовое планирование представляется как процесс определения финансовых целей, что предполагает разработку финансовой стратегии и ее достижения посредством управления денежными потоками, активностями и обязательствами. Практическая реализация процесса финансового планирования в коммерческой медицинской организации представляется в виде документа (финансового плана), в котором представлены ожидаемые доходы, расходы, инвестиции и резервы. При этом,

финансовое планирование в практике учетно-аналитической работы коммерческих медицинских организаций определяется горизонтом планирования (табл. 2).

Таблица 2

Горизонт финансового планирования коммерческих медицинских организаций (составлено по источнику [4])

Наименование	Описание
Оперативное (краткосрочное) финансовое планирование	Горизонт финансового планирования - месяц, неделю, день. Цель планирования — обеспечение своевременной оплаты счетов, управление дебиторской и кредиторской задолженностью, контроль кассовых разрывов, что обеспечивает уровень платежеспособности
Тактическое (среднесрочное) финансовое планирование	Горизонт финансового планирования - один год. Цель планирования — конкретизация стратегических целей в виде годовых бюджетов, детальная проработка доходов, расходов, движения денежных средств на год вперёд, что обеспечивает возможность проектирования финансовой структуры (устойчивости)
Стратегическое (долгосрочное) финансовое планирование	Горизонт финансового планирования три-пять лет и более. Цель планирования — определение финансовых целей коммерческой медицинской организации (разработка инновационного или инвестиционного проекта), обоснование ресурсного обеспечения и источников его образования

Для практической реализации финансового планирования возможно использование следующих инструментов, таких как:

- во-первых, финансовое моделирование, что позволяет коммерческой медицинской организации разработать варианты бюджетов различного горизонта

планирования с учетом вариантов реализации по возможным сценариям (оптимистическом, реалистическом и пессимистичном развитии событий);

- во-вторых, нормативный метод финансового планирования по заранее установленным нормам и нормативам (которые должны быть экономически обоснованы);

- в-третьих, балансовый метод финансового планирования благодаря которому имеется возможность оценки сбалансированности доходов и расходов; ресурсов и источников их образования в практике ФХД коммерческой медицинской организации.

Выводы

На первоначальном этапе финансового планирования необходимо организовать процесс сбора и систематизации учетно-аналитической информации необходимой для разработки планов (и плановых показателей) различных горизонтов. Для этого возможно использовать программный продукт Excel.

Авторы предлагают несколько шаговых позиций, которые необходимо реализовать при планировании финансовых показателей коммерческой медицинской организации:

- Шаг 1. Систематизация учетно-аналитической информации о видах доходов и расходов (такая систематизация может быть на основании данных управленческого учета и на основании данных бухгалтерской (финансовой) отчетности [3]).

- Шаг 2. Анализ систематизированной информации. Выявление отклонений и причин этих отклонений.

- Шаг 3. Формулировка цели финансового планирования коммерческой медицинской организации.

- Шаг 4. Разработка прогнозного баланса.

- Шаг 5. Разработка бюджета доходов и расходов

- Шаг 6. Разработка бюджета движения денежных средств.

Направления дальнейших исследований направлены на разработку макета (формы) перечисленных прогнозных отчетов, таких как: бюджет прогнозного баланса, бюджет прогнозного отчета доходов и расходов, бюджет движения денежных средств.

Список литературы

1. Дмитриева, С. Л. Планирование как метод повышения экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных

условиях / С. Л. Дмитриева, И. В. Борзунов, А. Ф. Шарипов // Системная интеграция в здравоохранении. – 2025. – № 4(70). – С. 103-111. – EDN GMKPPT.

2. Падиев, Г. Б. Организация и управление в частной медицине: современные вызовы и стратегические приоритеты / Г. Б. Падиев // Здоровье мегаполиса. – 2025. – Т. 6, № 3. – С. 160-167. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;160-167. – EDN YTVRZV.
3. Мустафина, О. В. Актуальные вопросы формирования бухгалтерской (финансовой) отчетности частной медицинской организацией / О. В. Мустафина, О. Б. Федосеева, А. Ф. Шарипов // Системная интеграция в здравоохранении. – 2025. – № 4(70). – С. 96-102. – EDN FKYWTU.
4. Современный подход к формированию методологии учетно-аналитической системы коммерческой организации с использованием цифровых технологий / С. Л. Моисеенко, Н. П. Малышева, О. В. Мустафина [и др.] ; Уральский государственный экономический университет. – Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2022. – 298 с. – ISBN 978-5-9656-0328-2. – EDN EKNYWQ.
5. 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.
6. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
7. Экономический анализ в управлении деятельностью коммерческих организаций региона / Г. А. Агарков, И. С. Антонова, М. С. Андрюшина [и др.] ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. – Екатеринбург: Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2020. – 196 с. – ISBN 978-5-7996-2998-4. – EDN ZZEGLZ.

© Федоров В.В., Борзунов И.В., Пазина М.В., Зильберберг Н.В.

УДК: 614.2:388.2:61

АНАЛИЗ ИНТЕГРАЦИИ ДАННЫХ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СИСТЕМЫ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНЫМИ ВЫЗОВАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Федоров В.В.[1], Борзунов И.В.[1], Пазина М.В.[1,2], Зильберберг Н.В.[1,2]

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

[2]Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» г. Екатеринбург, Россия

Резюме. Цель исследования – анализ интеграция данных автоматизированной диспетчерской информационной системы (АДИС) и экономических показателей для управления безрезультатными вызовами скорой медицинской помощи на примере скорой медицинской помощи промышленного города. Проведен ретроспективный анализ данных на 2-х летний период (2024–2025 гг.): оценены доля и структура причин безрезультатных вызовов, потери ресурса по времени занятости бригад (выезд–освобождение) и эксплуатации машин скорой медицинской помощи (с учетом пробега). Экономический эффект рассчитан по стоимости машино-часа транспортной услуги при аутсорсинге и по фонду оплаты труда (ФОТ) с учетом косвенных расходов. Определены приоритетные причины и предложены управленческие меры для снижения потерь и повышения доступности помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; безрезультатные вызовы; АДИС; аутсорсинг; машино-час; ФОТ; экономическая оценка.

ANALYSIS OF THE INTEGRATION OF DISPATCH SYSTEM DATA AND ECONOMIC INDICATORS FOR MANAGING UNSUCCESSFUL EMERGENCY MEDICAL SERVICE CALLS

Fedorov V.V.[1], Borzunov I.V.[1], Pazina M.V.[1,2], Zilberberg N.V.[1,2]

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

[2]State Budgetary Institution of the Sverdlovsk Region "Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology", Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents an analysis of the integration of data from the automated dispatch information system (ADIS) and economic indicators for managing unsuccessful ambulance calls using the example of the industrial city ambulance service. A retrospective analysis of data for a 2-year period (2024-2025) was carried out: the proportion and structure of causes of unsuccessful calls, loss of resource in terms of time of employment of teams (departure–release) and operation of ambulances (taking into account mileage) were estimated. The economic effect is calculated based on the cost per car-hour of outsourcing transportation services and the payroll, taking into account indirect costs. Priority causes have been identified and management measures have been proposed to reduce losses and increase the availability of assistance.

Key words: emergency medical service; unsuccessful calls; dispatch system; outsourcing; vehicle-hour; payroll; economic evaluation

Введение

Безрезультатные вызовы скорой медицинской помощи (БРВ) приводят к прямым потерям ресурса выездных бригад и транспортной службы, снижая доступность помощи для пациентов с экстренными состояниями. При сопоставимом общем объеме вызовов влияние БРВ проявляется в росте занятости бригад, увеличении пробега машин и временных потерь на выездах без оказания медицинской помощи, а также в косвенных организационно-экономических последствиях (перераспределение нагрузки, ухудшение показателей оперативности).

Цель работы

На примере Станции скорой медицинской помощи промышленного города оценить частоту, структуру причин и ресурсно-экономические потери БРВ по данным автоматизированной диспетчерской информационной системы за 2-хлетний период

(2024–2025 гг.), а также предложить управленческие меры по снижению затратных причин.

Задачи исследования: (1) определить долю БРВ среди всех вызовов; (2) описать структуру причин (REZL) и ее динамику; (3) оценить потери времени занятости (VYEZ–TISP) и пробега (KILO); (4) рассчитать экономический эквивалент потерь по транспортной услуге (аутсорсинг, машино-час) и ФОТ (выездной/административный); (5) сформулировать рекомендации.

Материалы и методы

Дизайн и источники данных. При ретроспективном исследовании на основе анализа данных ПК АДИС (НСТ) за 2-х летний период (2024 и 2025 гг.) м с учетом годовых статистических отчетных форм общий объем вызовов составил 36820 и 36466 (соответственно).

Критерии включения и переменные. В анализ включены записи БРВ, идентифицируемые по результату/причине (поле REZL). Срочность вызова определялась по полю PRTY: 1–2 - экстренные, 3–6 – неотложные в соответствии с алгоритмами ПК АДИС [14]. Принадлежность к подстанции определялась по полю STAN: STAN=3 - подстанция №3, STAN=1- подстанция №1.

Ресурсные потери оценивались по временным меткам: TPRM (прием), TPER (передача), VYEZ (выезд), PRZD (прибытие), TISP (освобождение), а также по пробегу KILO (км). Времена с символом «^» фиксировались навигационной системой, с символом «:» - вручную.

Экономическая модель.

Транспортные потери оценивались по стоимости машино-часа комплексной услуги аутсорсинга транспорта: 1225 руб. (2024 г.) и 1310,75 руб. (2025 г.), т.к. станция пользуется услугами аутсорсинга автомобилей СМП. ФОТ учитывался как затраты труда, распределенные по драйверу бригадо-часов круглосуточного дежурства (10 бригад 24/7; ФОТ, относимый на БРВ, распределяли по драйверу фактического времени занятости на БРВ (VYEZ–TISP). Косвенные расходы по ФОТ учитывались в процентном виде; доля принималась 15,6% по структуре ФОТ 2024 и 2025 гг. (см. табл. 1).

Таблица 1.

Разложение ФОТ на выездной и административный (в % от ФОТ).

Компонент ФОТ	Доля, %
ФОТ выездного персонала	84.40
ФОТ административного персонала	15.60

Статистический анализ.

Снижение доли БРВ в 2025 году может быть обусловлено внедрением управленческих мероприятий на этапах приема и верификации вызова, контроля ожидания и подтверждения контакта с пациентом на месте. Алгоритмизация приема вызовов по дереву решений АДИС и более точная категоризация срочности повышают качество исходной информации, а обязательные телефонные оповещения при длительном ожидании, а также в момент прибытия бригады уменьшают долю контактных причин БРВ. Дополнительный контур контроля качества (фиксация номера по автоматическому определению номера, ретроспективный контроль старшим врачом смены и аудит аудиозаписей) снижает риск необоснованной классификации БРВ.

Применялись методы описательной статистики (доли, суммы, медианы). Структура причин оценивалась с использованием анализа Pareto. При необходимости для сравнения долей могут применяться критерии χ^2, для сравнения распределений - непараметрические тесты.

Результаты и обсуждение

Безрезультатные выезды (вызовы) скорой медицинской помощи (СМП) - управленчески значимая категория потерь мощности, когда выезд бригады не приводит к контакту с пациентом и/или к оказанию помощи (пациент отсутствует, вызов ложный, адрес не найден, отказ от помощи, смерть до прибытия и т.д.). Для российской системы принципиальна нормативная определенность процессов СМП и сопоставимость статистических показателей, поскольку они используются при планировании ресурсов и управлении качеством. Базовые требования к организации, маршрутизации и диспетчеризации СМП закреплены в Порядке оказания СМП (приказ Минздрава России № 388н) [1]. Ежегодная отчетность и формирование ряда управленческих индикаторов строятся на федеральной форме статистического наблюдения № 30 и указаниях по ее заполнению [2]. Нормативные требования к организации и порядку оказания скорой медицинской помощи, включая

диспетчеризацию и маршрутизацию, регламентируются действующими ведомственными актами, что следует учитывать при разработке управленческих мер по снижению БРВ [1].

В международной литературе близкой по смыслу, но более широкой категорией выступают исходы non-conveyance / non-transport - клиническое решение не транспортировать пациента в стационар и завершить помощь на месте или телефонной консультацией («see and treat», «hear and treat»). Систематический обзор Ebben и соавторы показывает, что non-conveyance распространен в разных моделях EMS, а частота существенно варьирует между территориями и службами; при этом сопоставимость ограничена различиями в определениях, документации и клинических протоколах [3]. Практический вывод для исследований и управления заключается в необходимости четко фиксировать операционные определения исходов и причины завершения вызова без госпитализации, а также разграничивать управляемые и неуправляемые компоненты вариабельности.

Когортные исследования последних лет уточняют профиль не транспортируемых пациентов и факторы безопасности решений. В популяционном исследовании службы скорой помощи Стокгольма (данные 2015 года) доля non-conveyance составила 13,8% всех заданий; значимая часть случаев имела высокий приоритет диспетчеризации, а среди клинических проблем чаще встречались неспецифические жалобы и психиатрическая симптоматика [4]. В проспективном исследовании Höglund и соавторы (Швеция) показано, что не транспортируемые пациенты составляют заметную долю обращений, а характеристики этой группы отличаются от транспортируемых пациентов по возрасту, времени обращения и структуре жалоб, что важно для настройки алгоритмов сортировки и маршрутизации [5]. Отдельные исследования в фокусе пожилых пациентов демонстрируют повышенную вероятность повторных обращений и неблагоприятных событий после non-conveyance, что усиливает требования к протоколам оценки риска и последующему наблюдению [6].

Организационный аспект non-conveyance рассматривается в работах, объясняющих межорганизационные различия. В качественном интервью-исследовании Knowles, Bishop-Edwards и O'Cathain по десяти региональным ambulance services Англии показано, что доля non-conveyance зависит от управленческих установок и процессов: допустимого уровня риска, роли клинической поддержки в диспетчерской, организации телефонного консультирования, правил документирования и аудита, а

также доступности альтернативных уровней помощи [7]. Практика NHS дополнительно выпускает руководства по безопасному снижению «избежимой транспортировки» (avoidable conveyance), связывая этот показатель с интеграцией скорой помощи, первичного звена и служб социальной поддержки [8]. Для локальных исследований в российских условиях это аргументирует включение в модель факторов территориальной доступности, кадровой конфигурации бригад и организационных правил завершения вызова.

Экономическая оценка безрезультатных выездов и близких явлений (включая неэффективные перевозки и завершение вызова без госпитализации) наиболее практична в логике «стоимости занятости ресурса»: длительность занятости бригады/автомобиля умножается на стоимость минуты или часа, дополняется переменными затратами (например, пробег) и долей накладных расходов (административный аппарат, информационные системы, диспетчерская инфраструктура). В англоязычных системах такие расчеты встраиваются в стандарты costing, которые задают требования к источникам данных, классификации затрат и принципам распределения накладных расходов [9]. Прикладной пример использования временных метрик и стоимости единицы времени представлен в экономическом анализе мобильной интегрированной помощи, где авторы переводят «time on task» в денежные показатели и сравнивают альтернативные модели реагирования [10].

Ключевое ограничение экономических расчетов по данным автоматизированных диспетчерских систем - качество событийных данных и точность отметок времени и статусов. Обзор Mashoufi и соавторы систематизировал исследования по оценке качества данных EMS и выделил измерения полноты, точности, согласованности, доступности и своевременности; авторы указывают, что ошибки таймстампов и кодирования исходов способны существенно искажать управленческие выводы и экономические оценки [11]. В практических отчетах по производительности подчеркивается, что неоднородность ИТ-ландшафта и различия в процессах учета препятствуют корректному бенчмаркингу и делают обязательной стандартизацию первичных данных [12]. В качестве ориентиров для описания структуры полей, допустимых значений и подходов к валидации широко используются отраслевые руководства по наборам данных EMS, например NEMSIS [13].

Организационные мероприятия (интервенции) в 2025 году

В начале 2025 года внедрен комплекс управленческих мероприятий, направленных на снижение безрезультатных вызовов: (1) строгий прием вызовов диспетчером по алгоритму дерева решений АДИС с более четким определением срочности вызова; (2) обязательный обзвон пациентов диспетчером при длительном времени ожидания в диспетчерской, а также при ситуации, когда бригада не встречается с пациентом, включая обзвон в момент прибытия бригады на адрес; (3) фиксация номера телефона вызывающего по автоматическому определению номера, а не со слов; (4) ретроспективный обзвон и анализ безрезультатных вызовов старшим врачом смены для контроля необоснованной классификации и снижения риска манипулирования показателем; (5) прослушивание аудиозаписей приема вызовов диспетчером как элемент контроля соблюдения алгоритма и качества коммуникации.

Частота БРВ и динамика

В 2024 г. зарегистрировано 2675 БРВ (7,27% от всех вызовов), в 2025 г. - 1779 БРВ (4,88%). Доля безрезультатных вызовов снизилась с 7,27% (2675/36820) в 2024 г. до 4,88% (1779/36466) в 2025 г. (Δ=2,39%). Различия статистически значимы: z-тест для двух пропорций (двусторонний) z=13,52, p <0,001 (фактически $p=1{,}18\times10^{-41}$). 95% доверительный интервал для разницы долей составил 2,04–2,73%. Относительный риск БРВ в 2025 г. по сравнению с 2024 г. составил 0,67 (95% ДИ 0,63–0,71), что соответствует снижению относительного риска примерно на 33%.

Сезонность и временная динамика БРВ

Для уточнения сезонных колебаний выполнено поквартальное и помесячное агрегирование записей БРВ по дате приема вызова (DPRM в формате ГГММДД) и времени (TPRM). Помесячная динамика числа БРВ за 2024–2025 гг. представлена на рис. 1, а распределение по кварталам с суммарными потерями времени занятости (VYEZ–TISP) и пробега (KILO) - в табл. 2.

Рис. 1. Помесячная динамика безрезультатных вызовов (БРВ), 2024-2025 гг.

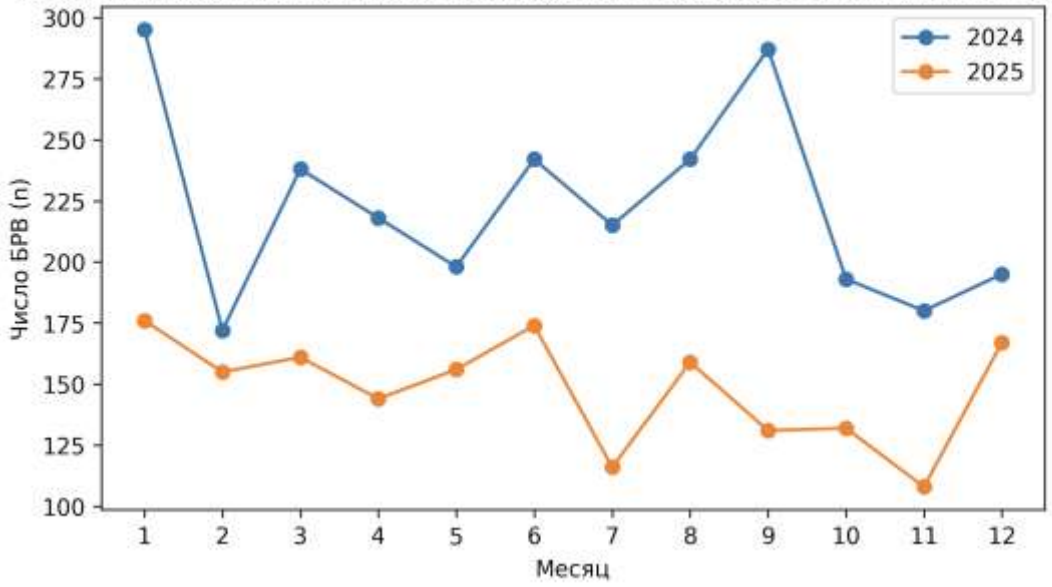


Рис. 1. Помесячная динамика безрезультатных вызовов (БРВ), 2024–2025 гг.

Анализ ежемесячной динамики безрезультатных вызовов (рис. 1) показал устойчивое снижение показателей БРА в 2025 году в сравнении с 2024 годом во всех месяцах, что указывает на системный характер изменений и не связан с сезонностью. Среднемесячное число БРВ уменьшилось на −33,0% (с 223 до 148 случаев). В 2024 году отмечались выраженные пики (январь, сентябрь), тогда как в 2025 году амплитуда колебаний ниже и распределение более ровное, что свидетельствует о снижении вариабельности процесса. Наибольшее сокращение наблюдалось в сентябре, январе и июле, минимальное - в феврале и декабре.

Таблица 2.

Поквартальная структура БРВ и ресурсные потери (внутри БРВ)

Квартал	**2024, n**	**2024, % от БРВ**	**2024, занятость, ч**	**2024, пробег, км**	**2025, n**	**2025, % от БРВ**	**2025, занятость, ч**	**2025, пробег, км**
Q1	705	26.36	363.4	5906	492	27.66	214.2	4682
Q2	658	24.60	332.3	6247	474	26.64	207.3	3959
Q3	744	27.81	360.3	7500	406	22.82	187.3	3526
Q4	568	21.23	302.0	6100	407	22.88	189.8	4064

Примечание: доли рассчитаны как доля квартала в общем числе БРВ соответствующего года.

По данным таб.2 отмечено, что в 2024 году распределение БРВ по кварталам было неравномерным: максимум пришелся на III квартал - 744 случая (27,81%), далее I квартал - 705 (26,36%), II - 658 (24,60%), минимум - IV квартал 568 (21,23%). В 2025 году структура стала более «плоской»: наибольшая доля в I квартале - 492 (27,66%)

и II - 474 (26,64%), тогда как III–IV кварталы составили по ~22,8%. По всем кварталам 2025 года отмечено снижение ресурсных потерь: суммарная занятость (VYEZ–TISP) уменьшилась с 363,4–302,0 ч до 214,2–189,8 ч, а пробег - с 5906–7500 км до 3526–4682 км. Наибольшее снижение по числу БРВ наблюдается в III квартале (−338 случаев).

Структура причин БРВ

Основной вклад в структуру причин формируют контактные и организационные факторы (например, «дверь не открыли», «нет на месте», «дежурство», «отказ от осмотра»). Для выявления приоритетов управления использовался принцип «частые» и «дорогие» причины: меры следует направлять не только на наиболее распространенные причины, но и на причины с наибольшими потерями времени и пробега. Структура причин представлена на рис. 2.

Рисунок 2. Pareto-диаграммы причин безрезультатных вызовов (БРВ) по данным АДИС

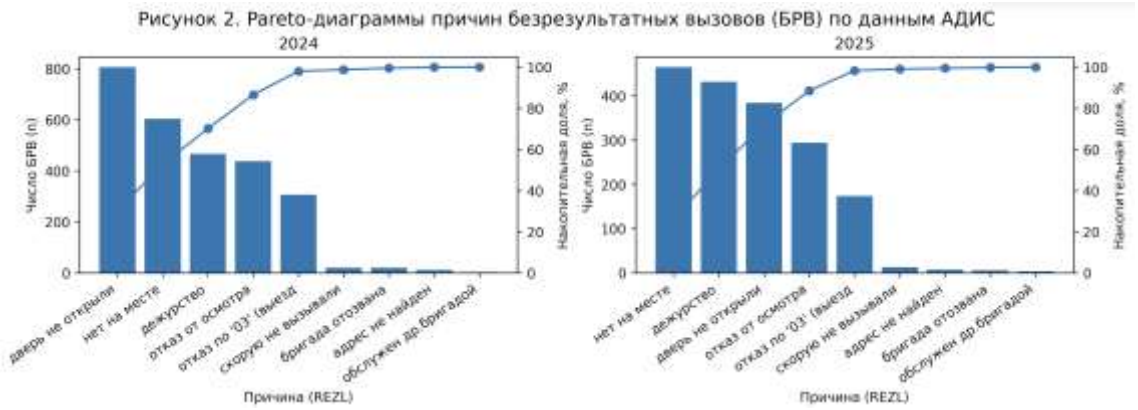


Рис. 2. Pareto-диаграммы причин безрезультатных вызовов (БРВ) по данным АДИС за 2024–2025 гг.

Стоимость БРВ по причинам (REZL): «частые» и «дорогие» причины.

Для уточнения приоритетов управления выполнено разложение полной стоимости БРВ по причинам (REZL) с расчетом стоимости одного БРВ по каждой причине. Стоимость одного БРВ рассчитывали через время занятости бригады (VYEZ–TISP): C_i = (VYEZ–TISP)_i × (C_транспорт, час + C_труд, час), где C_транспорт, час принималась равной стоимости машино-часа аутсорсинга, а C_труд, час оценивалась как отношение ФОТ, приходящегося на БРВ, к суммарному времени занятости на БРВ

за год. Топ-9 причин по суммарной стоимости представлены в табл. 3–4, а объединенная матрица «частота × средняя стоимость» для 2024–2025 гг. — на рис. 3.

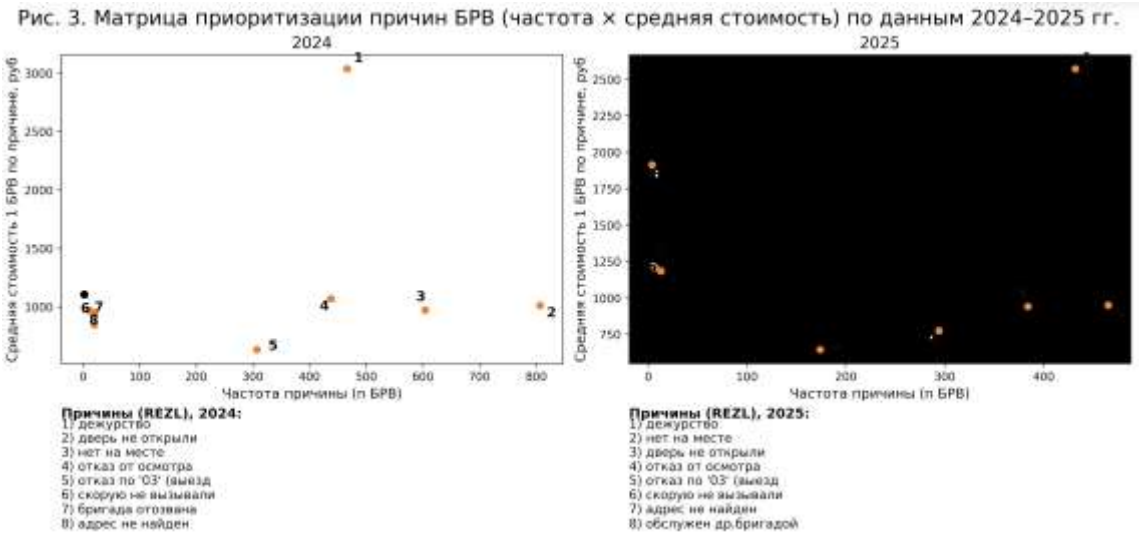


Рис. 3. Матрица приоритизации причин БРВ (частота × средняя стоимость) по данным 2024–2025 гг.

Таблица 3.

Топ-9 причин БРВ по суммарной стоимости (2024 г.)

Причина (REZL)	n	Занятость, ч	Ср. занятость, ч	Сумма, руб	Ср. на 1 БРВ, руб	Доля суммы, %
дежурство	466	544.5	1.168	1414798	3036	40.10
дверь не открыли	807	314.0	0.389	815966	1011	23.12
нет на месте	604	225.9	0.374	586966	972	16.63
отказ от осмотра	438	180.0	0.411	467788	1068	13.26
отказ по '03' (выезд	307	74.8	0.244	194313	633	5.51
скорую не вызывали	20	7.3	0.365	18968	948	0.54
бригада отозвана	20	6.5	0.325	16889	844	0.48
адрес не найден	11	4.1	0.373	10653	968	0.30
обслужен др.бригадой	2	0.9	0.425	2209	1104	0.06

Таблица 4.

Топ-9 причин БРВ по суммарной стоимости (2025 г.)

Причина (REZL)	n	Занятость, ч	Ср. занятость, ч	Сумма, руб	Ср. на 1 БРВ, руб	Доля суммы, %
дежурство	432	387.2	0.896	1111156	2572	48.48
нет на месте	465	154.1	0.331	442157	951	19.29
дверь не открыли	384	125.9	0.328	361235	941	15.76
отказ от осмотра	294	79.3	0.270	227655	774	9.93
отказ по '03' (выезд	174	39.2	0.225	112393	646	4.90
скорую не вызывали	13	5.4	0.413	15400	1185	0.67
адрес не найден	7	3.0	0.421	8465	1209	0.37
обслужен др.бригадой	4	2.7	0.667	7652	1913	0.33
бригада отозвана	6	2.0	0.333	5739	957	0.25

Таблицы 3 и 4 показывают разложение полной стоимости безрезультатных вызовов по причинам (REZL) и позволяют перейти от общей оценки потерь к управлению «портфелем причин» в логике частоты и стоимости одного случая. В 2024 году (табл. 3) топ-9 причин формирует доминирующую часть суммарных потерь: вклад отдельных причин определяется либо высокой частотой (массовые контактные/организационные ситуации), либо повышенной средней длительностью занятости бригады, что повышает среднюю стоимость одного БРВ даже при меньшем числе случаев. В 2025 году (табл. 4) по большинству причин наблюдается сокращение n и/или часов занятости, что приводит к снижению суммарной стоимости, а структура топ-9 становится более «сглаженной» — меньше роль единичных пиковых причин и ниже средние затраты на один случай там, где сокращается длительность VYEZ–TISP. Сопоставление таблиц позволяет выделить три управленческих приоритета: (1) причины, которые остаются частыми — требуют усиления алгоритмизации приема, верификации и обзвона; (2) причины со стабильно высокой стоимостью одного случая — требуют контроля времени занятости и дисциплины фиксации событий; (3) причины, по которым произошел наибольший спад, — служат маркерами

эффективности введенных организационных мер и точками для закрепления практики.

Ресурсные потери (время и пробег).

Суммарная занятость (VYEZ–TISP) на БРВ составила 1382,0 часа в 2024 г. и 798,7 часа в 2025 г.; суммарный пробег (KILO) - 25753 км и 16231 км соответственно.

Экономическая оценка и структура затрат.

Транспортные потери (аутсорсинг) оценены в 1,693 млн руб в 2024 г. и 1,047 млн руб в 2025 г. Потери по ФОТ - 1,865 млн руб и 1,245 млн руб соответственно. Полная стоимость БРВ составила 3,558 млн руб (2024 г.) и 2,292 млн руб (2025 г.). Структура полной стоимости представлена в таблицах (транспорт / выездной-ФОТ / административный-ФОТ). См. табл. 5 и табл. 6.

Таблица 5.

Структура полной стоимости БРВ (в процентах от итога)

Компонент	**2024, %**	**2025, %**
Транспорт (аутсорсинг, машино-часы)	47.58	45.68
ФОТ выездного персонала	44.24	45.85
ФОТ административный и прочий	8.18	8.47

Таблица 6.

Контекст: величина потерь и доля в финансировании

Показатель	**2024**	**2025**	**Изменение**	**Примечание**
Полная стоимость БРВ, млн руб	3.558	2.292	-35.6%	транспорт + ФОТ
Транспорт, млн руб	1.693	1.047	-38.2%	аутсорсинг, машино-часы
ФОТ, млн руб	1.865	1.245	-33.2%	выездной + административный
Доля полной стоимости БРВ в расходах, %	1.55	0.80	-0.75 %	расходы: 229,5 и 288,0 млн руб

Ограничения.

Ограничениями являются вариативность качества регистрации временных меток (ручная фиксация). Возможна также субъективность в кодировании причин (REZL) разными медицинскими работниками, что могло повлиять на структуру БРВ. Для оценки качества событийных данных дополнительно учитывалось происхождение временных меток в полях TPRM, TPER, VYEZ, PRZD и TISP: символ «^» соответствует

автоматической фиксации навигационной системой, «:» — ручному вводу. В массиве БРВ за 2024 г. доля автотаймстампов составила 6,81% от общего числа временных отметок (911 из 13 375), за 2025 г. — 2,87% (255 из 8 895); доля ручных отметок — 93,19% и 97,13% соответственно. Наибольшая доля автоматической фиксации приходилась на поле TISP (30,95% в 2024 г. и 8,38% в 2025 г.), тогда как поля TPRM и TPER были заполнены вручную в 100% наблюдений.

Рекомендации.

1) Стандартизировать справочник причин REZL и обеспечить регулярный Pareto-анализ (ежемесячно) по частоте и по затратности (время VYEZ–TISP, пробег KILO).

2) Усилить входной контроль диспетчеризации для групп риска: обязательность контактного телефона и уточнения адресных атрибутов (квартира/подъезд/домофон), а также регламент подтверждающего обратного звонка при неполных данных.

3) Обеспечить повышение доли автоматической фиксации временных меток (навигация) и аудит случаев ручного заполнения, включая обучение персонала единым правилам статусов.

4) Для территориально удаленных зон (в т.ч. подстанция №3) применять приоритетное таргетирование «дорогих» причин, так как потери на единицу БРВ в этих условиях выше.

5) Закрепить регламент строгого приема вызовов диспетчером по алгоритму дерева решений АДИС с обязательной проверкой полноты исходных данных и корректности определения срочности.

6) Ввести обязательный обзвон пациентов диспетчером при длительном времени ожидания вызова в диспетчерской, а также при отсутствии встречи бригады с пациентом, включая обзвон в момент прибытия бригады на адрес.

7) Обеспечить фиксацию номера телефона вызывающего по автоматическому определению номера (АОН) как приоритетный источник контакта; использование номера «со слов» допускать только при невозможности АОН с обязательной отметкой причины.

8) Организовать ретроспективный контроль и обзвон безрезультатных вызовов старшим врачом смены (выборочно или по триггерам: экстренный приоритет, длительное ожидание, удаленные территории) для выявления необоснованной классификации и профилактики манипулирования показателем.

9) Внедрить регулярное прослушивание аудиозаписей приема вызовов диспетчером (аудит качества) с разбором кейсов и обратной связью, включая оценку соблюдения алгоритма и коммуникативных сценариев.

Меры 5-9 можно рекомендовать к тиражированию на другие Станции и подразделения, так как уже имеют положительный результат.

Выводы

Таким образом:

1) Доля БРВ снизилась с 7,27% в 2024 г. до 4,88% в 2025 г. при сопоставимом общем объеме вызовов.

2) В структуре причин сохраняют значимость контактные и организационные факторы.

3) Суммарные потери времени занятости и пробега на БРВ в 2025 г. ниже, чем в 2024 г.

4) Полная стоимость потерь, связанных с БРВ, снизилась на 35,6%, при этом вклад транспорта и ФОТ сопоставим по величине.

5) Разложение полной стоимости БРВ по причинам (REZL) показало неоднородность потерь: в 2025 г. структура затрат стала более концентрированной, при этом причина «дежурство» формирует наибольшую долю суммарной стоимости (рост доли по сравнению с 2024 г.). Это выделяет «дежурство» как ключевой драйвер экономических потерь и приоритет для управленческого воздействия.

6) Контактные причины («дверь не открыли», «нет на месте») остаются значимыми по частоте, однако их вклад в суммарные потери снизился, что согласуется с внедренными в 2025 г. мерами диспетчеризации и контроля контакта (обзвоны, фиксация номера по АОН, аудит вызовов).

7) Наряду с массовыми причинами выявляется класс «редких, но относительно дорогих» причин (например, ошибки маршрутизации/дублирования и адресации), которые целесообразно рассматривать как триггеры для выборочного аудита и корректировок процессов, а не как объект массовых профилактических мероприятий.

8) В 2025 г. структура затрат на БРВ стала более концентрированной из-за роста доли причины “дежурство” в стоимости.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (ред. от 21.02.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.ru/documents/9118 (дата обращения: 13.02.2026).
2. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 30.12.2025 № 768 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 30 "Сведения о медицинской организации" и указаний по ее заполнению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://base.garant.ru/413427534/ (дата обращения: 13.02.2026).
3. Ebben R.H.A., Vloet L.C.M., Speijers R.F., и др. A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review // Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. – 2017. – Vol. 25. – Art. 71. – DOI: 10.1186/s13049-017-0409-6. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28716132/ (дата обращения: 13.02.2026).
4. Lederman J., Lindström V., Elmqvist C., Löfvenmark C., Djärv T. Non-conveyance in the ambulance service: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10(7). – e036659. – DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036659. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32665389/ (дата обращения: 13.02.2026).
5. Höglund E., Andersson-Hagiwara M., Schröder A., и др. Characteristics of non-conveyed patients in emergency medical services (EMS): a one-year prospective descriptive and comparative study in a region of Sweden // BMC Emergency Medicine. – 2020. – Vol. 20. – Art. 61. – DOI: 10.1186/s12873-020-00353-8. – URL: https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-020-00353-8 (дата обращения: 13.02.2026).
6. Lederman J., Djärv T., Lindström V., et al. Non-conveyance of older adult patients and association with subsequent clinical and adverse events after initial assessment by ambulance clinicians: a cohort analysis // BMC Emergency Medicine. – 2021. – Vol. 21. – Art. 148. – DOI: 10.1186/s12873-021-00548-7. – URL: https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-021-00548-7 (дата обращения: 13.02.2026).

7. Knowles E., Bishop-Edwards L., O'Cathain A. Exploring variation in how ambulance services address non-conveyance: a qualitative interview study // BMJ Open. – 2018. – Vol. 8(11). – e024228. – DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024228. – URL: https://bmjopen.bmj.com/content/8/11/e024228 (дата обращения: 13.02.2026).
8. NHS England. Planning to Safely Reduce Avoidable Conveyance [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/publication/planning-to-safely-reduce-avoidable-conveyance/ (дата обращения: 13.02.2026).
9. NHS England. Ambulance information requirements, costing processes and costing methods 2025 [Электронный ресурс]. – 2025. – Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/long-read/ambulance-costing-standards-2025/ (дата обращения: 13.02.2026).
10. Xie F., Yan J., Agarwal G., Ferron R. Economic Analysis of Mobile Integrated Health Care Delivered by Emergency Medical Services Paramedic Teams // JAMA Network Open. – 2021. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0055. – URL: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776751 (дата обращения: 13.02.2026).
11. Mashoufi M., Ayatollahi H., Khorasani-Zavareh D. A Review of Data Quality Assessment in Emergency Medical Services // Open Medical Informatics Journal. – 2018. – Vol. 12. – P. 19–32. – DOI: 10.2174/1874431101812010019. – URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5997849/ (дата обращения: 13.02.2026).
12. NHS England, NHS Improvement. Operational productivity and performance: Ambulance trusts [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/Operational_productivity_and_performance_NHS_Ambulance_Trusts_final.pdf (дата обращения: 13.02.2026).
13. National EMS Information System (NEMSIS). 2020 NEMSIS Research Data Set v3.4.0 User Manual [Электронный ресурс]. – 2021. – Режим доступа: https://nemsis.org/wp-content/uploads/2021/05/2020-NEMSIS-RDS-340-User-Manual_v3-FINAL.pdf (дата обращения: 13.02.2026).
14. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 15 сентября 2020 года N 1597-п «Об организации Единого центра диспетчеризации, мониторинга и медицинской эвакуации государственного автономного

учреждения здравоохранения Свердловской области "Территориальный центр медицины катастроф» (ред. от 18.04.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/570917885 (дата обращения: 13.02.2026).

© Дмитриева С.Л., Борзунов И.В., Хайбуллин А.Э.

УДК 614.2:338.2:61

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дмитриева С.Л. [1], **Борзунов И.В.**[1], **Хайбуллин А.Э**[2]

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

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

Резюме. Для эффективного функционирования системы здравоохранения важно оценивать основные показатели и критерии, характеризующие работу организаций здравоохранения. Экономическая эффективность деятельности тесно связана с оценкой медицинской и социальной эффективностями. В комплексе это позволяет принимать эффективные управленческие решения и своевременно реагировать на изменяющиеся условия.

Ключевые слова: организации здравоохранения, экономическая эффективность, показатели эффективности.

KEY INDICATORS AND CRITERIA CHARACTERIZING THE ECONOMIC EFFICIENCY OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Dmitrieva S.L.[1], Borzunov I.V.[1], Khaibullin A.E.[2]

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

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

Summary. To ensure an effective healthcare system, it is important to evaluate the key indicators and criteria characterizing the performance of healthcare organizations. Economic efficiency is linked to the assessment of medical and social effectiveness. This comprehensive approach allows for management decision-making and prompt responses to changing conditions.

Key words: healthcare organizations, economic efficiency, performance indicators.

Введение

Для эффективного функционирования системы организаций здравоохранения в целом необходимо оценивать основные показатели, характеризующие их экономическую эффективность. Кроме того, в комплексе должна быть изучена медицинская и социальная эффективности. Именно от эффективности функционирования системы здравоохранения зависит качество и удовлетворенность оказанием медицинской помощи населения. Поэтому важным является оценка основных показателей и критериев, характеризующих экономическую эффективность деятельности организаций здравоохранения.

Цель работы

Выявление и анализ основных показателей и критериев, характеризующих эффективность деятельности организаций здравоохранения.

Материалы и методы

На основании данных литературы выявлены и проанализированы основные показатели и критерии, характеризующие эффективность деятельности организаций здравоохранения.

Результаты и обсуждение

В Российской Федерации отсутствует единый механизм, который позволяет сопоставить эффективность работы организаций здравоохранения, различных субъектов Российской Федерации.

Известно [1,2], что от эффективности политики в области здравоохранения во многом зависят жизнь и здоровье россиян. Важной составляющей развития системы здравоохранения в современном мире является именно максимальное использование задействованных ресурсов при оказании медицинской помощи.

В целом, критерии оценки здравоохранения можно разделить на две группы: субъективные и объективные. К субъективным критериям относится самый важный критерий – удовлетворенность населения медицинской помощью. К объективным критериям относятся: качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи, эффективность использования ресурсов и справедливость распределения общественных ресурсов.

В России основными причинами недовольства пациентов являются низкая организация бизнес-процессов и сниженная мотивация медицинского персонала [1]. Элементы неэффективного управления могут быть улучшены путем привлечения в отрасль профессиональных управленцев и переобучения нынешних руководителей. Недостаток клиентоориентированности в системе здравоохранения приводит к недоверию к квалификации медицинских работников среди населения, высокому уровню самолечения и, как следствие высокому уровню неудовлетворенности медицинской помощью.

Качество оказываемой медицинской помощи должно оцениваться на основании объективных измерений по нескольким критериям: показатели эффективности профилактики и лечения, качества организации, пациентоцентричность. Необходимо определение конкретных показателей, которые позволят оценивать выполнение данных критериев медицинскими учреждениями и внедрены в систему их мониторинга. Результаты оценки должны влиять на рейтинг учреждения и систему мотивации медицинского персонала.

Расчет показателей эффективности здравоохранения может производиться по следующим направлениям:

1. По виду эффективности: медицинская, социальная, экономическая.
2. По уровню: уровень работы врача, работы подразделений, работы медицинских организаций и отрасли здравоохранения.
3. По этапам или разделам работы: на этапе предупреждения заболевания, лечения заболевания, реабилитации.
4. По объему работы: эффективность лечебно-профилактических мероприятий и медико-социальных программ.
5. По способу измерения результатов: через снижение потерь ресурсов, экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат, интегрированный показатель.
6. По затратам: по затратам общественного труда, суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.
7. По форме показателей: нормативные показатели здоровья населения, трудовых затрат, стоимостные показатели.

В целом, большую часть показателей эффективности деятельности медицинской организации по виду можно объединить в показатели медицинской, социальной и экономической эффективности.

Медицинская и социальная эффективности считаются определяющими при выборе той или иной медицинской технологии [1]. А показатели экономической эффективности могут определить необходимые наиболее оптимальные варианты финансирования.

К показателям медицинской эффективности можно отнести процент выздоровления, летальность, уровень смертности, уровень инвалидизации, объем оказанных медицинских услуг, средняя длительность пребывания в стационаре.

Показатель «процент выздоровления» (или показатель излечимости) не является фиксированным числом, так как данный показатель зависит от конкретного заболевания, стадии его обнаружения и доступности медицинской помощи. Например, процент выздоровления при острой респираторной инфекции близок к 99 %. При онкологических заболеваниях процент выздоровления зависит от стадии заболевания.

Показатель «летальность» (коэффициент летальности) означает отношение числа умерших от определенного заболевания к общему числу людей, у которых было диагностировано это же заболевание за определенный период. На данный показатель влияют вирулентность возбудителя, своевременность диагностики, доступность медицинской помощи.

Показатель «уровень смертности» —демографический показатель, который отражает количество смертей на определенное число людей за год, и рассчитывается как отношение числа умерших к среднегодовой численности населения. Данный показатель важен для оценки состояния здоровья населения, качества медицины, а также благосостояния и условий жизни. Зависит от возраста, пола, развития здравоохранения и внешних факторов. В России в 2025 году уровень смертности составил 12 человек на 1000 жителей (12,8‰), но сильно варьирует в зависимости от региона. В мире средний показатель смертности составляет примерно 7,7 на 1000 населения.

Показатель «уровень инвалидизации» - доля людей с инвалидностью в общей численности населения. Измеряется данный показатель в группах в зависимости от тяжести нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Численность людей с инвалидностью в России составляет более 10 млн человек, что составляет около 7-8% населения.

В России принята система групп инвалидности, указывающих на тяжесть ограничений: I группа - при неспособности человека к самообслуживанию, нуждаются в постоянной помощи; II группа – при умеренных нарушениях, могут трудиться при определенных условиях; III группа – при незначительных нарушениях, требуется социальная защита.

Показатель «объем оказанных медицинских услуг» — это количественный и стоимостной показатель, отражающий весь спектр помощи (диагностической, лечебной, профилактической), предоставляемой в медицинских организациях, как бесплатно в рамках ОМС, так и платно.

Услуги в рамках ОМС оказываются по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и включают первичную помощь, скорую, специализированную и высокотехнологичную помощь, паллиативную, реабилитацию. Их объем нормируется (посещения на 1000 человек).

Платные медицинские услуги — услуги, предоставляемые медицинскими организациями за деньги (из личных средств граждан, средств работодателей или иных источников), на возмездной основе, по договору, а не в рамках обязательного медицинского страхования или госгарантий. Они регулируются законодательством и предоставляются в дополнение к бесплатной помощи.

Показатель «средняя длительность пребывания в стационаре» является одним из основных показателей эффективности, отражающий среднее число дней, которое пациент проводит в стационаре за один эпизод госпитализации. Рассчитывается как отношение общего числа койко-дней к числу выписанных больных, показатель для планирования ресурсов, оптимизации работы и оценки доступности медицинской помощи, а конкретные значения зависят от профиля отделений.

Таким образом, медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности.

Социальную эффективность в целом можно представить как степень достижения социального результата, а в частности, в отношении конкретного пациента как возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. К основным критериям социальной эффективности можно

отнести увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Показатель социальной эффективности «увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, ожидаемая продолжительность жизни» является ключевым демографическим индикатором, измеряется в годах. Показывает, сколько лет в среднем предстоит прожить человеку, родившемуся в определенном году, при неизменных уровнях смертности. Увеличение этого показателя свидетельствует о прогрессивном развитии здравоохранения, улучшении условий жизни и снижении смертности. Показатель ожидаемой продолжительности жизни в России на 2024 год составляла в среднем 72,84 лет (рисунок 1).

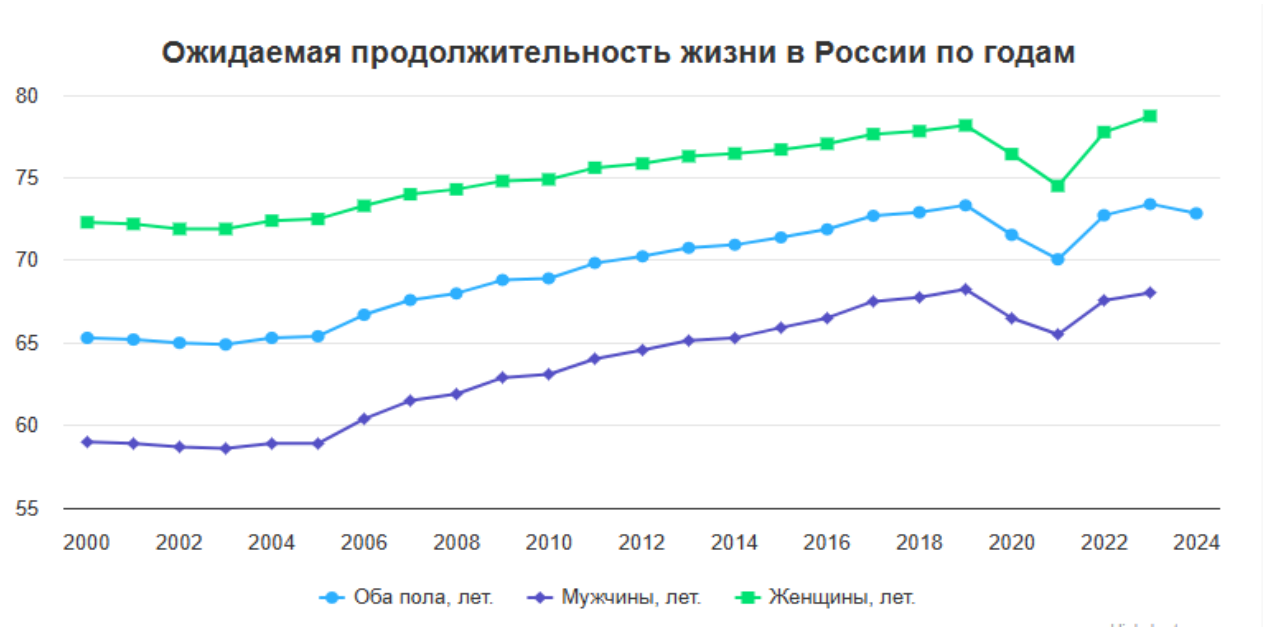


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни в России по годам (источник https://gogov.ru)

Показатель «ожидаемая продолжительность жизни» является интегральным показателем, одним из компонентов Индекса человеческого развития (ИЧР) ООН [2,3]. В целом, индекс человеческого развития — это интегральный показатель, который оценивает уровень жизни, грамотности, образованности и долголетия в стране. Рассчитывается как среднее арифметическое трёх компонентов: индекса долголетия (ожидаемая продолжительность жизни), индекса образования (грамотность и охват обучением) и индекса дохода (валовой национальный доход на душу населения по паритету покупательной способности), с максимальным значением 1. Индекс человеческого развития позволяет оценить комплексное развитие страны.

Показатель «год жизни с поправкой на инвалидность» (DALY) —определяет «бремя» заболевания в виде количества лет, потерянных из-за ухудшения здоровья, полученной валидности или преждевременной смерти. Один DALY представляет собой один потерянный год «здоровой» жизни из-за преждевременной смерти (YLL) и инвалидности (YLD).

Показатель «удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи» является ключевым индикатором качества и доступности медицинской помощи, измеряемый через регулярные социологические опросы населения. Ряд исследователей [4] оценивали связь уровня удовлетворенности медицинской помощью с половозрастными характеристиками респондентов, сроками получения медицинской помощи, местом проживания и предпочтениями в выборе медицинских организаций. Авторами было предложено, что результаты социологических опросов могут стать основой для разработки мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности общества медицинской помощью.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Алла Владимировна Самойлова высказывает мнение, что «понятие «качества медицинской помощи» с позиции организаторов здравоохранения и надзорного ведомства - это соответствие стандартам, клиническим рекомендациям, то есть тому, что было заложено в правилах лечения. Если же мы говорим об удовлетворенности медицинской помощью, то здесь большую роль играет субъективная оценка, а ведь пациент далеко не всегда может знать правильно или неправильно, с его точки зрения, назначили лечение. Значит, удовлетворенность и качество оказания медицинской помощи – это все же не тождественные понятия».

Согласно исследованию Протасова Л.М. [5] уровень удовлетворенности медицинской помощью может быть использован как индикатор для оценки деятельности учреждений здравоохранения, способствующий повышению эффективности взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, что является ключевым аспектом при построении пациент ориентированной модели здравоохранения.

Экономическая эффективность в здравоохранении является одним из результатов деятельности медицинских организаций, выражается в показателях прибыли или убытков, определяется как разница между доходами и расходами.

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся ресурсов в системе здравоохранения.

Экономическая эффективность в системе здравоохранения может рассматриваться в следующих аспектах:

- внутренний аспект – эффективность использования различных видов ресурсов;
- внешний – влияние системе здравоохранения на развитие экономики страны.

Кроме того, положительные социальные последствия приводят к огромным экономическим выгодам: уменьшение расходов на выплату пособий и пенсий по обязательному социальному страхованию, увеличение объемов производимой продукции, уменьшение расходов на лечение тяжелых и запущенных форм заболеваний.

Экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, поэтому главными критериями являются показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранении также необходим для обоснования потребности в ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности состоит в том, что медицинские мероприятия могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективности от их реализации достаточно высоки.

Четких критериев, по которым необходимо оценивать показатели экономической эффективности нет ни в одном нормативно- правовом акте.

К основным группам показателей, характеризующие экономическую эффективность в здравоохранении можно отнести:

1. Показатели прибыльности и рентабельности: рентабельность продаж в здравоохранении (ROS); рентабельность активов (ROA); рентабельность собственного капитала (ROE); рентабельность инвестиций (ROI).
2. Показатели использования ресурсов (ресурсоотдачи): производительность труда; фондоотдача; материалоемкость.
3. Показатели эффективности проектов: чистая приведенная стоимость (NPV); экономический эффект.

Показатель «рентабельность продаж в здравоохранении» (ROS) - финансовый показатель, который показывает, сколько чистой прибыли приносит каждый рубль выручки от оказания медицинских услуг, то есть эффективность превращения доходов в прибыль. Данный показатель рассчитывается как Чистая прибыль ÷ Выручка × 100%. Высокий показатель ROS говорит о хорошей операционной эффективности и позволяет оценить, насколько прибыльно работает учреждение здравоохранения. Для большинства медицинских организаций хорошим результатом считается 15–20%, а при показателе меньше 10% - о необходимости анализа затрат и доходов. У этого показателя нет универсальной «нормы», так как показатели зависят от специфики услуг, но динамика всегда важна.

Показатель «рентабельность активов» (ROA) в здравоохранении показывает, насколько эффективно медицинская организация использует свои активы (оборудование, здания, деньги) для получения прибыли. Рассчитывается как чистая прибыль ÷ активы × 100%. Высокий показатель свидетельствует о лучшей отдаче, например, 5-10% считается хорошим для многих отраслей, но для здравоохранения важен рост показателя и сравнение с аналогами, чтобы проанализировать, насколько эффективно используются ресурсы в здравоохранении и необходима ли оптимизация процессов, т.е. сколько прибыли приносит каждый рубль, вложенный в основные средства (МРТ, УЗИ, кабинеты) и оборотные активы.

Показатель «рентабельность собственного капитала» (ROE) в здравоохранении показывает, насколько эффективно используется капитал владельцев для получения прибыли. Рассчитывается как чистая прибыль / собственный капитал**,** и является важным индикатором для инвесторов. Нормы данного показателя зависят от страны и сектора, указывая на высокую эффективность при положительном и высоком уровне, но также и на возможные риски при чрезмерном использовании долга. Позволяет сравнивать эффективность различных медицинских учреждений.

Показатель «рентабельность инвестиций» (ROI) в здравоохранении рассчитывается по формуле (доход от инвестиций - стоимость инвестиций) / стоимость инвестиций * 100%**.** Он измеряет финансовую эффективность вложений в медицинские технологии, программы или процессы, показывая, сколько прибыли принесли потраченные средства, например, в виде экономии на листах нетрудоспособности, роста продуктивности работы и снижения текучести кадров**.** ROI >100% означает прибыль, а <100% - убытки, помогая оценить, стоит ли продолжать вкладывать средства.

Показатель ROI 20% показывает, что инвестиции окупились, принеся 20% прибыли (или 20 руб. чистой прибыли на каждый вложенный 100 руб.); 150% означает высокую эффективность, каждый вложенный рубль принес 1,5 руб. прибыли; <100%: означает, что инвестиции не окупились, стоит пересмотреть стратегию.

Показатель «производительность труда в здравоохранении» - объем оказанных медицинских услуг за единицу времени, измеряемый через количество посещений, процедур, или стоимость услуг. Зависит от факторов как материально-технического обеспечения (оборудование, инфраструктура), управления (процессы, менеджмент), так и человеческого фактора (климат, квалификация, мотивация). В России реализуются федеральные проекты по повышению производительности труда, направленные на рост эффективности, сокращение времени ожидания и улучшение качества медицинской помощи.

Основные факторы, влияющие на производительность труда в здравоохранении: материально-технические (уровень оснащенности, состояние оборудования, комфортные условия труда), организационные (система менеджмента качества, эффективность процессов, централизация или децентрализация служб, нормирование труда), человеческий капитал (квалификация персонала, мотивация, морально-психологический климат, психофизическое состояние работников).

Показатель «фондоотдача в здравоохранении» — это показатель эффективности использования основных фондов (зданий, оборудования, инвентаря), который показывает, сколько выручки (дохода от услуг) приносит каждый рубль, вложенный в эти фонды. Рассчитывается как отношение выручки к средней стоимости основных средств, помогая оценить, насколько результативно работает медицинское учреждение и его активы. Высокая фондоотдача говорит о лучшей производительности и более рациональном использовании дорогостоящего медицинского оборудования, а низкая — о простоях или неэффективном управлении.

Показатель «материалоемкость в здравоохранении» — это показатель эффективности использования материальных ресурсов, отражающий, сколько затрат на медикаменты, перевязочные материалы, топливо, оборудование и прочее приходится на единицу произведенной медицинской услуги или на рубль выручки. Он рассчитывается как отношение материальных затрат к объему оказанных услуг (или выручки) и позволяет оценить, насколько экономно расходуются материалы. Рост материалоемкости (снижение материалоотдачи) указывает на неэффективное

использование ресурсов и может негативно сказаться на финансовом состоянии учреждения.

Показатель «чистая приведенная стоимость» (NPV) - разница между дисконтированной (приведенной к сегодняшнему дню) стоимостью будущих денежных доходов и первоначальными затратами. Положительное значение NPV действительно указывает на финансовую выгоду и целесообразность проекта в здравоохранении, показывая то, что проект принесет прибыль, превышающую затраты с учетом временной стоимости денег. NPV переводит все будущие доходы и расходы в их эквивалент сегодняшних денег, что важно, так как деньги сегодня стоят больше, чем деньги в будущем.

Показатель NPV> 0 показывает, что проект выгодный, стоит инвестиций, NPV <0 - проект убыточен, не стоит вложений, NPV = 0 - проект безубыточен, не приносит ни прибыли, ни убытков (решение может зависеть от других факторов, например, социальной значимости).

Показатель NPV помогает оценить экономическую эффективность инвестиций в новое оборудование, программы профилактики, строительство клиник, позволяя выбрать наиболее прибыльные или социально значимые проекты. Таким образом, в здравоохранении NPV помогает принимать обоснованные финансовые решения, подтверждая, что проект не только оправдает вложения, но и принесет чистый доход в пересчете на текущие деньги.

Показатель «экономический эффект проекта» —стоимостная оценка его результатов, показывающая, окупились ли вложения и насколько улучшилось финансовое положение организации. Ключевые показатели его оценки включают NPV (чистая приведенная стоимость), IRR (внутренняя норма рентабельности), PP (срок окупаемости) и ROI (рентабельность инвестиций). Они помогают понять, стоит ли проект реализации, сравнивая затраты с будущими доходами с учетом дисконтирования (приведения к текущей стоимости).

Основные показатели экономической эффективности проекта:

- чистая приведенная стоимость (NPV): разница между дисконтированными будущими доходами и начальными инвестициями; положительный NPV говорит о прибыльности проекта;

- внутренняя норма рентабельности (IRR): ставка дисконтирования, при которой NPV равен нулю; показывает, насколько проект «рентабелен» сам по себе;

- срок окупаемости (PP): время, необходимое для возврата первоначальных вложений;

- индекс доходности (PI): отношение дисконтированных доходов к инвестициям; показывает отдачу на вложенный рубль;

- рентабельность инвестиций (ROI): отношение прибыли к стоимости проекта, выраженное в процентах.

Для определения экономической эффективности проекта изначально на этапе планирования необходима оценка потенциала, то есть рассчитывается потенциальный эффект на основе прогнозов. Проводится расчет эффекта: фактически экономический эффект, то есть доходы от проекта минус расходы, включая инвестиции.

В конечном итоге принимается решения на основе сравнения ряда показателей (NPV > 0 IRR > ставки дисконтирования, PP приемлемый, PI >1) помогает решить, реализовывать проект или нет.

Выводы

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения, организационных форм оказания медицинской помощи. Однако критерии экономической эффективности - наряду с медицинской и социальной эффективностью - могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Список литературы

1. Орлов Е.М., Категория эффективности в системе здравоохранения / Е. М. Орлов, О. Н. Соколова // Фундаментальные исследования. - 2010. - № 4. - С. 70-75. URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762,
2. Бакальская Е. В. Направления повышения эффективности медицинской организации / Е. В. Бакальская, Е. В. Брыляева // Россия: тенденции и перспективы развития. - 2022. - №17. - С. 325-330. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/napravleniya-povysheniya-effektivnosti-meditsinskoy-organizatsii
3. Каменева Д. П. Индекс человеческого развития: возможности использования методики в педагогике / Д. П. Каменева // Образовательные технологии. - 2017. - № 4. - С. 83-91

4. Тюфилин Д.С., Чигрина В.П., Медведев В.А., Деев И.А., Кобякова О.С. Удовлетворенность медицинской помощью в Российской Федерации: факторы, влияющие на оценку / Д. С. Тюфилин, В. П. Чигрина, В. А. Медведев, И. А. Деев, О. С. Кобякова // Менеджер здравоохранения. - 2023. - № 8. - С. 68–80. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-8-68-80
5. Протасова Л. М. Применение показателей удовлетворенности граждан для оценки результативности внедрения стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях / Л. М. Протасова, О. С. Кобякова, И. А. Деев, В. А. Бойков [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения сетевое издание. - 2022. - № 1. С. 4-10. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1338/30/lang,ru/ DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-1-4

© Устинов А.Л., Полежаева П.Э., Хмара В.А.

УДК 159.99 93/94

НАРЦИССИЗМ ВО ВЛАСТИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВИТЕЛЕЙ РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ИВАНА IV, ПЕТРА I, ЕКАТЕРИНЫ II)

Устинов А.Л.[1], Полежаева П.Э.[1], Хмара В.А.[1]

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

Резюме. В статье поднимаются проблемы изучения нарциссических черт крупных российских правителей прошлого — Ивана IV, Петра I и Екатерины II. Авторы рассматривают взаимосвязь между личностными особенностями лидеров и стилем их правления, акцентируя внимание на формировании особых психологических условий, поддерживающих развитие нарциссизма. Работа раскрывает значимость индивидуального восприятия власти в контексте российской истории и подчёркивает важность историко-психологического подхода для глубокого понимания динамики власти и её влияния на общество. Работа носит прикладной историко-психологический характер, и может быть интересна как для историков, так и для психологов.

Ключевые слова: нарциссизм, власть, историко-психологический подход, история России, правители, история психологии, психологический аспект, аспект личности.

NARCISSISM IN POWER: PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF RUSSIAN RULERS (EXAMPLES OF IVAN IV, PETER I, AND CATHERINE II)

Ustinov A.L.[1], Poledgaeva P.E.[1], Hmara V.A.[1]

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

Summary. The article raises the issue of studying the narcissistic traits of major Russian rulers of the past, such as Ivan IV, Peter I, and Catherine II. The authors explore the relationship between the personal characteristics of leaders and their governance styles, focusing on the formation of specific psychological conditions that support the development of narcissism. The article highlights the significance of individual perceptions of power in the context of Russian history and emphasizes the importance of a historical and psychological

approach for a comprehensive understanding of the dynamics of power and its impact on society. The article is of an applied historical and psychological nature and may be of interest to both historians and psychologists.

Keywords: narcissism, power, historical and psychological approach, history of Russia, rulers, history of psychology, psychological aspect, personality aspect.

Введение

Власть всегда была тесно связана с личностью того, кто ею обладает. История России с её традицией самодержавия, сильной централизованной власти и культом «великой державы» предоставляет богатый материал для анализа психологических особенностей политических лидеров. Одной из наиболее интересных и в то же время сложных тем остаётся нарциссизм - не как клинический диагноз, а как совокупность личностных черт, связанных с грандиозностью, потребностью в признании и стремлением к контролю над образом собственного «я».

В современной психологии нарциссизм рассматривается как спектр: от относительно безвредных черт здоровой самооценки до патологических форм, способных искажать восприятие реальности и межличностные отношения [1, с. 6]. Когда такие качества соединяются с реальной политической властью, их последствия выходят далеко за пределы личной биографии и могут оказывать влияние на судьбы народов и целых эпох.

Цель работы

На примере трех крупнейших правителей в истории России – Ивана IV, Петра I и Екатерины II – рассмотреть, как нарциссические паттерны поведения могли проявляться в стиле правления российских лидеров и каким образом культура власти и символика величия формировали особую психологическую атмосферу вокруг трона. Такой историко-психологический взгляд позволяет глубже понять не только характер правителей, но и общественные механизмы, которые поддерживали и поощряли определённый тип лидерства

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено в рамках междисциплинарного историко-психологического подхода и опирается на сочетание методов исторического анализа и концепций современной психологии личности. В качестве эмпирической базы использованы опубликованные исторические источники и научные интерпретации,

включая мемуары современников, официальные документы, переписку, биографические исследования и работы отечественных и зарубежных историков.

Методологическую основу исследования составили теоретические положения психоаналитической и личностной психологии, прежде всего концепции нарциссизма, разработанные в трудах З. Фрейда, Х. Кохута и О. Кернберга, а также современные представления о спектре нарциссических черт. Для анализа политического поведения были использованы идеи политической психологии (Х. Лассуэлл, Дж. Пост) и психологии лидерства.

Ключевым методом выступал качественный контент-анализ текстов, направленный на выявление повторяющихся поведенческих и риторических паттернов, соотносимых с нарциссическими характеристиками в их неклиническом понимании (ориентация на грандиозность, чувствительность к критике, контроль над публичным образом, централизация власти вокруг личности). Так же использованы историко-сравнительный и диахронный методы.

Результаты и обсуждение

Нарциссизм в современной психологии — это не только клиническое расстройство, но и спектр личностных черт, связанных с ощущением собственной исключительности, потребностью в восхищении и повышенной чувствительностью к критике. В «здоровой» форме такие черты помогают человеку добиваться успеха, брать на себя ответственность и демонстрировать уверенность. Однако в крайних проявлениях они могут приводить к искажённому восприятию себя и окружающих, утрате эмпатии и стремлению подчинять реальность собственному образу величия [2, с. 2].

Биографии многих правителей демонстрируют, что ранняя социализация происходила в условиях эмоциональной нестабильности, дефицита привязанности, постоянной угрозы и политической интриги. Такие обстоятельства способствовали формированию базового недоверия к миру, уязвимой самооценки и потребности в постоянном внешнем подтверждении собственной значимости.

Доступ к высшей власти в подобных случаях нередко выступал в роли компенсаторного механизма. Политическая позиция предоставляла не только инструменты управления, но и психологическое переживание всемогущества, расширяя границы субъективного «я» до масштабов государства. В этом контексте власть переставала функционировать как институциональная роль и начинала восприниматься как экзистенциальное подтверждение собственной ценности и

исключительности. Подобная трансформация способствовала закреплению нарциссических паттернов, выражающихся в гиперчувствительности к критике, нетерпимости к альтернативным интерпретациям реальности и вытеснении собственной уязвимости.

Существенным фактором становилась также сакрализация фигуры правителя в культурном и символическом пространстве. В государствах с традицией персонализированной власти лидер нередко приобретал черты сакрального субъекта, что размывало границы между человеческим и символическим уровнем идентичности. В результате формировалась устойчивая психологическая конструкция, в которой личная самооценка напрямую зависела от масштабов власти и публичного признания. Поддержание этого образа требовало постоянного контроля над нарративами, символами и интерпретациями, что усиливало тенденции к цензуре, репрессиям и управлению памятью.

Не менее значимым элементом выступала прогрессирующая изоляция от неконтролируемой обратной связи. По мере укрепления власти окружение лидера трансформировалось в систему фильтров, где критические сигналы либо блокировались, либо искажались. Это создавало эффект замкнутого когнитивного пространства, в котором собственные представления переставали подвергаться эмпирической проверке. Таким образом, личностные черты правителя не только сохранялись, но и институционально поддерживались, превращаясь в нормативный стиль управления.

В совокупности эти процессы позволяют рассматривать нарциссические тенденции правителей не как индивидуальную аномалию, а как результат взаимодействия психической структуры личности и политической системы, в рамках которой власть функционирует как непрерывный источник символического и психологического подкрепления.

Важно отметить, что речь не идёт о ретроспективной клинической диагностике. В историко-психологическом подходе нарциссизм используется как аналитическая линза — способ рассмотреть, каким образом определённые психологические механизмы могли усиливаться политическими институтами, историческими обстоятельствами и культурными ожиданиями общества.

Именно в этом контексте далее будут рассмотрены конкретные примеры из истории российских правителей — не как «медицинские случаи», а как иллюстрации того, как личность лидера и устройство власти могли взаимно усиливать друг друга.

Нарциссические паттерны в психологии российских правителей

Иван IV Грозный: нарциссизм сакральной власти и психология террора

Фигура Ивана IV представляет собой один из наиболее ранних и ярко выраженных примеров персонализированной власти в истории России, где политическая функция практически полностью сливается с психологической структурой личности правителя. Его нарциссические черты формировались в контексте ранней травматизации, институциональной нестабильности и сакрализации монархической власти, что привело к созданию уникальной модели правления, построенной на страхе, мифе о собственной исключительности и тотальном контроле.

Сравним такие проявления в правлении трех ведущих российских правителя – Ивана IV, Петра I и Екатерины II.

Раннее детство Ивана IV характеризовалось глубокой эмоциональной депривацией. После смерти Василия III и Елены Глинской ребёнок оказался в атмосфере постоянных заговоров, унижений и пренебрежения со стороны бояр. Источники свидетельствуют, что будущий царь рос в условиях бытовой жестокости, хронической опасности и отсутствия стабильной опоры во внешнем мире. Эти обстоятельства способствовали формированию базового недоверия к людям и устойчивой уязвимости самооценки [3, с. 34].

Именно в этот период закладываются основные нарциссические механизмы защиты - грандиозное самовосприятие как компенсация внутренней беспомощности и патологическая чувствительность к угрозе унижения. Иван рано начал воспринимать мир как враждебное пространство, где выживание возможно только через абсолютное доминирование [4, с. 51].

Особенностью нарциссизма Ивана IV стала его религиозно-мистическая форма. Царь воспринимал себя не просто монархом, а носителем особой божественной миссии. Он активно использовал язык священного — в посланиях, речах и постановлениях, формируя представление о себе как о «страшном судье» народа.

В переписке с князем Андреем Курбским прослеживается типичная нарциссическая логика: царь отождествляет любую критику не с политическим несогласием, а с личным предательством и ударом по установленному Богом порядку [5, с. 56]. Это

свидетельствует о размывании границ между функцией власти и личной идентичностью.

Опричнина (1565–1572) может рассматриваться не только как политическая реформа, но как проекция внутренней психодинамики Ивана IV. Опричное войско стало внешним воплощением его внутреннего мира: разделение страны, создание «чёрной гвардии», символика монахов-палачей отражали стремление к очищению мира от «враждебных элементов» [4, с. 91].

Массовые казни, конфискации имущества и демонстративная жестокость, включая уничтожение Новгорода в 1570 году, выполняли двоякую функцию: реальное подавление оппозиции и символическое утверждение собственной абсолютной власти. Для нарциссической структуры характерна именно такая логика — подтверждение собственного величия через страдание других [3, с. 119].

У Ивана IV ярко проявляется паранойяльный компонент нарциссизма: хроническое ожидание заговора, проективное мышление и разделение мира на «абсолютно верных» и «абсолютных изменников». Дело митрополита Филиппа, отказавшегося благословлять казни, демонстрирует неспособность Ивана переносить даже моральную границу со стороны духовной власти. Любая независимая позиция воспринималась как экзистенциальная угроза собственному величию.

Записки иностранцев – Иоганна Таубе, Элерта Крузе и Джерома Горсея – описывают устойчивый паттерн резких аффективных вспышек, театрализованных мучений и демонстративных казней, сопровождаемых эмоциональной холодностью после их совершения [6, с. 132].

Событие 1581 года, связанное со смертельным ранением царевича Ивана, является символической кульминацией личности Ивана IV. История, которая уже обросла легендами и домыслами, вместе с тем весьма показательно характеризует психотип царя. Этот акт отражает внутреннюю логику нарциссизма: невозможность допустить автономное существование даже ближайшего человека, если тот воспринимается как угроза или как отражение собственной уязвимости.

Исторический материал указывает, что критика или неповиновение со стороны сына могли быть восприняты царём как удар по самой основе его грандиозного самовосприятия [3, с. 120].

Переписка Ивана IV с Курбским представляет собой уникальный источник для анализа его внутренней структуры. Тексты демонстрируют характерные признаки

нарциссического дискурса: постоянную апелляцию к собственной правоте, сакрализацию власти, агрессивную защиту от критики, перепады между жалобной уязвимостью и агрессивным величием.

Иван не столько полемизирует, сколько утверждает своё право на абсолютную истину, что полностью соответствует когнитивным паттернам нарциссической личности.

Обратимся к другой фигуре – Петре I. Петр I Алексеевич: компенсаторный нарциссизм и имперская рационализация насилия.

Личность Петра I представляет собой особый тип нарциссизма, в котором грандиозность не носит мистического характера, а оформляется через идею исторического проекта – превращение России в «великую европейскую державу». Его психологическая структура сочетала в себе черты травматизированной личности, дефицит базовой безопасности и гипертрофированную идентификацию с государством как продолжением собственного «Я».

Ранние годы Петра прошли в атмосфере политического насилия и нестабильности. Стрелецкий бунт 1682 года, сопровождавшийся массовыми убийствами приближённых его семьи, стал ключевой психотравмой. Пётр был свидетелем сцен жестокости, что сформировало устойчивый страх перед анархией и восприятием мира как пространства постоянной угрозы [8, с. 51; 9, с. 97].

Изоляция в Преображенском и отстранённость от реальной власти в период регентства Софьи усилили чувство исключенности и социальной уязвимости. Эти обстоятельства способствовали развитию компенсаторных механизмов: настойчивой потребности в доминировании и создании полностью контролируемых социальных структур.

Петр выстраивал собственную идентичность не столько вокруг традиционного образа царя, сколько вокруг роли «демиурга истории». Реформы в сфере армии, флота, управления и культуры не просто модернизировали страну — они выполняли функцию постоянного подтверждения его уникальной исторической миссии.

Основание Санкт-Петербурга стало символическим актом нарциссической экспансии: город изначально задумывался как материальное воплощение его воли, вкуса и политического мировоззрения (Масси, 1980). В историко-психологической перспективе это можно рассматривать как расширение границ личности до уровня архитектурного и географического пространства.

С точки зрения психодинамики Петр демонстрировал устойчивый паттерн слияния нарциссизма и насилия. Подавление стрелецких восстаний, массовые казни 1698 года и показательная расправа над царевичем Алексеем в 1718 году отражают характерную неспособность переносить автономию и неповиновение со стороны даже ближайшего окружения [10; 11, с. 78; 12, с. 345].

Насилие в его политике носило не хаотический, а ритуальный характер: казни нередко превращались в спектакль, направленный на публичное утверждение вертикали власти. Это соответствует нарциссической логике — постоянное «театральное» подтверждение собственного превосходства.

Петр сознательно формировал визуальный образ себя как «царя-труженика», реформатора и воина. Ассамблеи, новые формы придворного поведения, введение табели о рангах и орденской системы были не только административными инструментами, но и средствами эстетизации власти.

Он создавал новые ритуалы, где сам выступал центральной фигурой — кораблестроитель, командир, законодатель мод. Это свидетельствует о глубокой нарциссической потребности быть не только источником власти, но и её главным символом.

В психологическом портрете Петра отчётливо прослеживается дефицит эмпатии. Индивидуальные судьбы воспринимались им как расходный материал для воплощения исторического замысла. Принудительные строительные работы, массовая смертность при возведении Петербурга, жестокие телесные наказания в армии воспринимались как допустимая цена «величия государства».

Эта особенность соответствует нарциссическому восприятию мира, при котором другие люди существуют не как автономные субъекты, а как функции в рамках грандиозного проекта.

В рамках историко-психологического подхода Петр I может рассматриваться как яркий представитель «травматического нарциссизма», при котором власть и реформаторская активность выполняют функцию стабилизации внутреннего мира. Его стремление к трансформации государства было не только политическим, но и глубоко психологическим процессом - попыткой вытеснить ощущение хаоса через создание жесткого, рационально сконструированного порядка.

Еще одна фигура, которая нас интересует – Екатерина II. Про нее смело можно сказать, что это интеллектуализированный нарциссизм и театрализация «просвещённой власти».

Екатерина II представляет особый тип нарциссической структуры, в которой грандиозность оформляется не через религиозную сакрализацию или военную экспансию, а через культурный и интеллектуальный капитал. Её власть строилась не только на институтах и армии, но и на тщательно сконструированном образе «философа на троне», что позволяет рассматривать её правление как раннюю форму символического политического самоконструирования.

Ранние годы Софии Августы Фредерики Ангальт-Цербстской прошли в условиях культурной и эмоциональной изоляции при русском дворе. Статус «чужой принцессы», необходимость постоянной адаптации и конкуренции, а также дефицит подлинной эмоциональной поддержки сформировали устойчивую стратегию выживания через интеллектуальное превосходство и самоконтроль.

Психологически это создало структуру, в которой самоценность поддерживалась за счет внешнего признания и способности контролировать впечатление о себе [13, с. 47].

Переписка с Вольтером, Дидро и другими философами Просвещения стала не только личной интеллектуальной практикой, но и инструментом политического самопозиционирования. Екатерина сознательно вписывала себя в европейское философское пространство, превращая собственную фигуру в символ соединения власти и разума [14; 15].

В «Записках» императрицы прослеживается сознательная работа над автопортретом: она не столько описывает события, сколько выстраивает нарратив своей уникальности, рациональности и исторической необходимости её правления.

Показательные поездки по Новороссии (1787) представляют собой классический пример нарциссической визуализации власти. Пространства, города и населённые пункты демонстрировались как «личные достижения» императрицы, превращая географию в сцену для политического самопредставления [16, с. 157].

Портретная политика — заказы Левицкому и Боровиковскому — формировала устойчивый визуальный канон ее власти. Это можно интерпретировать как раннюю форму управления символическим капиталом, когда эстетика становится инструментом политической легитимации.

Характерной особенностью её правления стала выраженная способность к сосуществованию противоположных моделей. С одной стороны — «Наказ» и риторика прав человека, с другой — усиление крепостной зависимости и жесткое подавление восстания Пугачева.

Эта двойственность отражает типичную нарциссическую когнитивную стратегию: сохранение идеализированного образа «просвещённого Я» при одновременном жёстком контроле над реальностью, которая должна соответствовать внутреннему сценарию.

Дело Н. И. Новикова (1792) и ограничение доступа к критическим публикациям демонстрируют институционализацию потребности в контроле над нарративом. Екатерина последовательно выстраивала систему цензуры, в которой допустимой считалась только та культурная реальность, которая не угрожала её сконструированному образу [13, с. 78].

Это соответствует базовой логике нарциссизма: мир должен функционировать как зеркало, отражающее идеализированную версию личности правителя.

В рамках историко-психологического анализа Екатерина II может рассматриваться как носитель «нарциссизма достижения» — формы, при которой самооценка подпитывается не только через власть как контроль, но через создание культурного, философского и эстетического поля вокруг собственной фигуры.

Её власть функционировала не только как политическое господство, но и как непрерывный акт самопрезентации: через тексты, архитектуру, ритуалы и личную легенду.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Нарциссизм российских правителей развивался в специфических социально-политических условиях раннего детства, воспитания и властных обстоятельств.

2. Можно выделить несколько типов нарциссизма: религиозно-мистический (Иван IV), компенсаторно-реформаторский (Пётр I), интеллектуально-культурный (Екатерина II).

3. Власть служила правителям механизмом компенсации глубинных травм, обеспечивая чувство уверенности и исключительности.

4. Личные нарциссические черты правителей вступали во взаимодействие с системой власти, создавая замкнутый цикл одобрения и поддержки власти самим лидером.

5. Народное сознание зачастую принимало и оправдывало нарциссические поступки правителей ради некоего общего блага.

Историко-психологическое изучение правителей помогает лучше понять природу власти и формирование общественного сознания. Анализ нарциссических черт важен для оценки последствий действий правителей в историческом масштабе. Исследование показало, насколько личные характеристики влияют на политические решения и исторический процесс.

Нарциссические черты российских правителей влияли на политическую историю страны, демонстрируя тесную связь между личностью лидера и устройством власти. Анализ психотипов ключевых исторических деятелей прошлого обогащает современную психологическую науку.

Список литературы

1. Павлова, О. Н. Цивилизационный феномен нарциссизма: векторы объективации в парадигме психоанализа / О. Н. Павлова // Вопросы философии. – 2010. – № 6. – С. 20-32. – EDN MNMEZN.
2. Сушко Н. Г. Нарциссизм и нарциссическое расстройство личности // Ученые заметки ТОГУ. 2024. №1. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/nartsissizm-i-nartsissicheskoe-rasstroystvo-lichnosti (дата обращения: 09.12.2025).
3. Скрынников Р. Г. Иван Грозный. – Л., 1975.
4. Зимин А. А. Опричнина Ивана Грозного. – М., 1964.
5. Переписка Ивана IV с А. Курбским. – М.: Концептуал, 2022. – 112 с.
6. Таубе И., Крузе Э. Записки о Московии. – М.: Директ-Медиа, 2010. – 152 с.
7. Горсей Дж. Notes on Russia. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 287 с.
8. Павленко Н. И. Пётр Великий. – М., 1994.
9. Масси Р. К. Пётр Великий: его жизнь и мир. – М., 1980.
10. Письма и указы Петра I // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.prlib.ru/item/436966 (дата обращения: 16.02.2026).
11. Миних Б. К. Записки. – М.: Изд-во ГПИБ, 2017. – 382 с.

12. Берхгольц Ф. Воспоминания. – М.: Кучково Поле, 2019. – 864 с.
13. Каменский А. Б. Екатерина II. – М., 2015.
14. «Записки» Екатерины II // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.prlib.ru/item/411948 (дата обращения: 16.02.2026).
15. Переписка Екатерины II с Вольтером (1763–1778) // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.prlib.ru/item/901656 (дата обращения: 16.02.2026).
16. Раев М. Русское общество и культура эпохи Просвещения. – М., 1986.