краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
Красноярский базовый медицинский колледж
имени В.М.Крутовского

«БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНЫ В НАШИХ РУКАХ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ В СВЕТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ»

материалы
краевой студенческой научно-практической конференции
(26.04.2016 г.)

Красноярск 2016

В сборнике представлены материалы краевой студенческой научно-практической конференции по теме: «Будущее медицины в наших руках. Актуальные вопросы медицины в свете модернизации здравоохранения Красноярского края глазами студентов - медиков»

Конференция состоялась 26 апреля 2016 года в г. Красноярске на базе КГБПОУ Красноярский базовый медицинский колледж имени В.М. Крутовского

Все тексты публикуются в авторских вариантах без изменения.

Содержание		
1	**ПРОЕКТ КУРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ** **Руденко Анна Викторовна** **Руководитель: Кулешова Марина Геннадьевна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**9**
2	**ПРОЕКТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ, КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА** **Горжевская Наталья Владимировна** **Бросова Диана Валентиновна** **Руководитель: Новокрещенова Татьяна Павловна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**12**
3	**ПРОЕКТ «ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА – ВАЖНЕЙШИЙ КУРС ПОВЫШЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ»** **Зараменская Анна Владимировна** **Руководители: Гордашевская Вера Дмитриевна** **Медведева Галина Васильевна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**15**
4	**ПРОЕКТ «ТЯЖЕЛЫЕ ШКОЛЬНЫЕ ПОРТФЕЛИ – УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ»** **Белошевская Ольга Владимировна** **Руководитель: Федько Анна Николаевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**18**
5	**ПРОЕКТ «СПИДУ – НЕТ!»** **Гайзлер Карина Игоревна,** **Широбокова Любовь Андреевна** **Руководители: Власова Мария Васильевна,** **Кожуховская Галина Анатольевна** **КГБПОУ Дивногорский медицинский техникум**	**23**
6	**ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР** **Проценко Никита Олегович** **Титенко Александр Александрович** **Руководители: Максимова Наталья Викторовна** **Харитова Елена Семеновна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**26**
7	**ПРОФИЛАКТИКА БОЛИ В СПИНЕ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ЛЕЧЕБНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА** **Абдрашитова Эльвира Рашидовна** **Руководитель: Колодина Ольга Петровна** **КГБПОУ Ачинский медицинский техникум**	**29**
8	**ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО** **Трофимов Дмитрий Сергеевич** **Черникова Алина Николаевна** **Руководители: к.м.н. Потупчик Татьяна Витальевна** **Харюшина Валентина Николаевна** **ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж**	**32**

9	**«ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕШЕНИИ ЗАДАЧ СВЯЗАННЫХ С ДОНОРСТВОМ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ» Полюдова Дарья Евгеньевна Руководители: Емельянова Елена Анатольевна, Рубцова Ирина Владимировна КГБПОУ Лесосибирский медицинский техникум**	**34**
10	**«АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА СОВРЕМЕННЫЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА» Федина Валентина Сергеевна Труханова Анастасия Александровна Руководитель: Самородская Наталья Евгеньевна КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**38**
11	**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФАРМАЦЕВТОВ-ПЕРВОСТОЛЬНИКОВ Ермакова Юлия Сергеевна Руководитель: Ярославцева Лариса Ивановна ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж**	**40**
12	**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА Иванов Павел Александрович Руководитель: Стрелкович Наталья Николаевна КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**43**
13	**СОЗДАНИЕ БЕЗУПРЕЧНОЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ УЛЫБКИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ Дозморова Юлия Николаевна Руководитель: Простакова Людмила Владимировна КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**45**
14	**«НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ КАК СРЕДСТВА ОТ БОЛИ. ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?» Молокова Дарья Александровна Бородихина Анастасия Сергеевна Руководители: Бугаева Тамара Петровна Данилович Валерий Николаевич КГБПОУ Лесосибирский медицинский техникум**	**52**
15	**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА У ШКОЛЬНИКОВ Шаршакова Екатерина Владимировна Полежаева Надежда Ивановна Руководитель: Ярошенко Ирина Анатольевна КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**55**
16	**«ГРИПП. А ТАК ЛИ НУЖНЫ ПРИВИВКИ?» Воронина Анна Владимировна Руководитель Белехова Олеся Сергеевна КГБПОУ Норильский медицинский техникум**	**57**

17	**ГРУППА КРОВИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА** **Антипова Евгения Владимировна** **Руководитель: Бабина Ирина Петровна** **КГБПОУ Ачинский медицинский техникум**	**66**
18	**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ** **Лапицкий Антон Юрьевич, Неустроева Т. Е.** **Руководители: Овчинникова Татьяна Вениаминовна,** **Журавлева Галина Николаевна** **ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж**	**69**
19	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИКУМА** **Ёркина Наталья Сергеевна** **Руководители: Рукосуева Елена Викторовна** **Болсуновская Елена Александровна** **КГБПОУ «Дивногорский медицинский техникум»**	**71**
20	**ОСТЕОПОРОЗ – «БЕЗМОЛВНАЯ ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА»** **Спиридович Алина Константиновна** **Руководитель: Макарова Елена Валерьевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**76**
21	**«ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ»** **Пыхтина Анастасия Викторовна** **Руководитель: Белова Елена Леонидовна** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**80**
22	**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ** **Фролова Гульбахор Эльнуровна** **Руководитель: Гардт Татьяна Валерьевна** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**82**
23	**«ВЛИЯНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА НА КУЛЬТУРУ САМОЛЕЧЕНИЯ»** **Белянина Елена Сергеевна,** **Шевырева Наталья Сергеевна** **Руководитель: Ярославцева Лариса Ивановна** **ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж**	**84**
24	**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРАЧЕЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ СЕЛА БЫСТРАЯ** **Соляк Наталья Андреевна** **Руководитель: Харламова Нина Александровна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**87**
25	**РАЗРАБОТКА РАЗДЕЛА «МЕДИЦИНСКИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ» ДЛЯ САЙТА «МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА»** **Бутакова Алина Николаевна** **Руководитель: Шинарева Дарья Олеговна** КГБПОУ Канский медицинский техникум	**90**

26	**ГРИПП, ОРВИ. ЛЕГЧЕ ПРЕДУПРЕДИТЬ, ЧЕМ ЛЕЧИЬ** **Глязер Наталья Николаевна** **Руководитель: Крашенинина Наталья Юрьевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**93**
27	**ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИДА** **Захаренко Анастасия Олеговна,** **Гунбина Юлия Викторовна** **Руководители: Федько Анна Николаевна,** **Ершова Анжелика Юрьевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**96**
28	**ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕВОДА НОМИНАЦИЙ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, РАСПРОСТРАНЯЕМЫХ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНУЮ СЕТЬ** **Захарова Алена Андреевна** **Астафьева Анастасия Владимировна** **Руководитель: Егорова Татьяна Александровна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**101**
29	**ПСИХОЛОГИЯ РЕКЛАМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ** **Макарова Оксана Петровна** **Руководитель: Андреева Оксана Юрьевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**104**
30	**ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТЬ У СТУДЕНТОВ** **Овсяникова Диана Викторовна** **Руководитель: Старостина Юлия Алексеевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**107**
31	**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ** **Шелехова Анна Олеговна** **Руководитель: Ершова Анжелика Юрьевна** **КГБПОУ Канский медицинский техникум**	**1111**
32	**ФОРМИРОВАНИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ, КАК ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА** **Веселовкий Евгений Владимирович** **Руководитель: Смирнова Татьяна Вячеславовна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**116**
33	**ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ** **Павлова Юлия Сергеевна** **Руководитель: Гуденок Валентина Валерьевна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**119**
34	**ПРИРОДНО- ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ Г. КРАСНОЯРСКА И ИХ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ** **Жигалова Вера Николаевна** **Руководители: Неудахина Галина Сергеевна, Мануйленко Александр Александрович** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**122**

35	**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР** **Зайцева Наталья Олеговна** **Руководители: Пляскина Марина Борисовна** **Кузьмина Антонина Витальевна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**125**
36	**«РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ КРУЖКА)»** **Фоос Ольга Евгеньевна** **Руководители: Сермягина Тамара Ивановна, Крафт Ольга Геннадьевна.** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**127**
37	**«ИСТОРИЯ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 (ПЕРИОД 1939-1954 ГГ.)»** **Белая Ксения Алексеевна,** **Парфѐнова Ольга Юрьевна** **Руководитель: Хоменко Денис Юрьевич** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**129**
38	**«ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ»** **Валиева Айнур Аббас кызы** **Руководитель: Роппельт Лилия Амировна** **КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»**	**131**
39	**ВЛИЯНИЕ СЛЕНГА НА РЕЧЕВУЮ КУЛЬТУРУ БУДУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА** **Корзун Кристина Николаевна** **Руководители: Федулова Алла Юрьевна,** **Дубовик Любовь Юрьевна** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**134**
40	**«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ»** **Петроченко Яна Сергеевна** **Руководитель: Лушникова Дарья Владимировна** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**138**
41	**«ОСОБЕННОСТИПРОВЕДЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИЕМОВМ.С. НОРБЕКОВА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ»** **Сабирова Елена Шукруллаевна** **Руководитель: Андреев Владимир Александрович** **КГБПОУ Красноярский медицинский техникум**	**142**

42	**МОТИВЫ И КАРЬЕРНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ** **Бровкина Ксения Васильевна,** **Мурза Алина Витальевна,** **Секира Анна Владимировна** **Руководитель: кандидат биологических наук, доцент кафедры анатомии и гистологии человека** **Торопова Галина Валерьевна** **ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого**	**144**
43	**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА КГБУЗ КУРАГИНСКОЙ РБ** **Лещенок Мария Анатольевна** **Руководитель: Харламова Нина Александровна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**148**
44	**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО МЕТОДУ «ВОЛЕВОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ ДЫХАНИЯ»** **Дягилева Анастасия Александровна** **руководитель: Вдовиченко Светлана Николаевна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**152**
45	**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ** **Матерн Анжела Аркадьевна** **Руководитель: Абрамова Любовь Федоровна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**156**
46	**СТАНОВЛЕНИЕ КРАСНОТУРАНСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ** **Рыльцина Дарья Валентиновна** **Руководитель: Медведева Галина Васильевна** **КГБПОУ Минусинский медицинский техникум**	**160**
47	**«РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»** **Токтарева Дарья Юрьевна** **Руководитель: Новокрещенова Татьяна Павловна** **КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского**	**164**

КУРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ

Руденко Анна Викторовна
Руководитель: Кулешова Марина Геннадьевна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Актуальность Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. По приблизительным оценкам, во всем мире ХОБЛ страдает около 210 млн. человек. В структуре заболеваемости она входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, рака легкого и церебрально-сосудистых заболеваний. В России ХОБЛ занимает 1-ое место (55%) в структуре распространенности болезней органов дыхания, существенно опережая бронхиальную астму (19%) и пневмонию (14%). По официальным данным Министерства Здравоохранения РФ в стране насчитывается около 1 миллиона больных ХОБЛ, в то время как по данным эпидемиологических исследований число таких больных в нашей стране может превышать 11 миллионов человек.

Проблема заключается в том, что заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжают расти во всем мире, что в первую очередь обусловлено широкой распространенностью курения. В настоящее время болезнь поражает мужчин и женщин практически с одинаковой частотой. По прогнозам, если не будут приняты меры против табачного дыма, общая смертность от ХОБЛ в ближайшие 10 лет возрастет более чем на 30% и это заболевание займет третье место среди причин смерти в мире. В стандартах Американского торакального общества подчеркивается, что появлению первых клинических симптомов у больных ХОБЛ обычно предшествует курение (по крайней мере 20 сигарет в день на протяжении 20 лет и более). Пациенты с ХОБЛ долгое время считают себя здоровыми людьми, а симптомы кашля, отделения мокроты и появление одышки при физической нагрузке объясняют какими-либо другими причинами. Поэтому больные ХОБЛ обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания. По данным Европейского Респираторного Общества только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно.

Цель проекта население будет убеждено, что курение наиболее значимый фактор риска развития ХОБЛ.

Задачи, поставленные для реализации проекта

1. Оценить вероятность развития ХОБЛ у студентов в будущем
2. Провести анализ основных причин развития ХОБЛ среди пациентов КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника №4»
3. Информировать население о вредном влиянии табака на систему органов дыхания.

План (содержание) работы

1.Изучение литературы по цели проекта

2.Разработка анимационных презентаций о вреде курения, о влиянии табака на развитие ХОБЛ, листовок для желающих отказаться от курения, анкет

3.Проведение исследования среди студентов по перспективам развития ХОБЛ.

4.Анализ причин ХОБЛ среди пациентов КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника №4»

5. Проведение профилактики ХОБЛ

Теоретическая часть

ХОБЛ - собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы. Признак, по которому формируется группа ХОБЛ, - это медленно прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

ХОБЛ - это заболевание, характеризующееся не полностью обратимым ограничением воздушного потока. Это ограничение обычно прогрессирует и связано с патологической реакцией легких на патогенные частицы и газы. Достаточно данных, чтобы говорить о влиянии генетических, физиологических, социальных, экологических, культурных и других особенностей на течение заболевания. Длительное время при упоминании ХОБЛ у большинства врачей всплывал образ пожилого мужчины, курящего, страдающего кашлем и одышкой, регулярно переносящего сезонные обострения хронического бронхита. Однако в последнее время стереотип

больного ХОБЛ начал меняться, и данный диагноз всѐ чаще ставится женщинам среднего возраста, умеренно курящим, а в ряде стран и вовсе не курящим, имеющим контакт с продуктами сгорания биоорганического топлива. Отмечается, что комбинированное воздействие табачного дыма и производственных поллютантов наиболее вредно. Потенцирующее влияние курения и промышленной пыли обусловлено общностью патогенетического механизма влияния на легочную ткань. Поздней поставке диагноза ХОБЛ и запоздалому лечению нередко способствует недостаточное внимание к своему здоровью курильщиков и особенность клинического течения этого заболевания. ХОБЛ может долгие годы проявляться только одним симптомом - кашлем, которому больные не придают значения, из-за чего лечение начинается поздно, когда уже появляется одышка, приводящая их к врачу. Цели лечения ХОБЛ - снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции (БО) и дыхательной недостаточности (ДН), сокращение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни. Известно, что отказ от табакокурения приводит к уменьшению выраженности хронического кашля, выделения мокроты и приступов одышки, но как у мужчин, так и у женщин курение большего числа сигарет в сутки и начало курения в ранние годы увеличивает риск сохранения этих симптомов на протяжении еще нескольких лет после прекращения курения. ХОБЛ занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов дыхания у взрослых пациентов, а также входит в четверку основных причин смертности. Если ХОБЛ не лечить, то в органах дыхания происходят изменения, снижающие продолжительность жизни в среднем на двадцать - двадцать пять лет.

Практическая часть

Для достижения целей работы на первом этапе было проведено анкетирование среди студентов (КГБПОУ «Красноярскский политехнический техникум», КГБПОУ «Красноярский технологический техникум» КГБПОУ «Красноярский базовый медицинский колледж им. ВМ.Крутовского), возрастная категория 15-23 года, 127 человек).

Респондентам была предложена анонимная анкета (приложение 1). В результате анкетирования мы получили следующие результаты: в числе опрошенных 38% из 100% «имеют пристрастие» к табакокурению. Среди них стаж курильщика варьируется от 1 года до 6 лет. У 84 % респондентов контакт с табачным дымом происходит ежедневно. Наличие кашля, не связанного с заболеваниями (ОРВИ, грипп и т.п.) присутствует у 13 % опрошенных. Жалобы на чувство нехватки воздуха, наличие хрипов, прерывание сна из-за кашля, возникающих при отсутствии заболеваний (ОРВИ, грипп и т.п.) есть у 10% респондентов.

На втором этапом исследования мы обратились в КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника №4» для того, чтобы изучить основные причины развития заболевания ХОБЛ. Нами были проанализированы амбулаторные карты пациентов с диагнозом ХОБЛ, а также проведены беседы со специалистами, которые прокомментировали ситуацию, связанную с частотой обращения пациентов, имеющих в анамнезе вредные привычки (табакокурение).

Обобщая комментарии специалистов, можно сделать соответствующие выводы. Причина хронической обструктивной болезни легких, или ХОБЛ, известна. Болеть ею начинают люди, в дыхательные пути которых попадают вредные вещества. Самым опасным и самым частым веществом для запуска ХОБЛ является табачный дым. К сожалению, болезнь развивается тогда, когда человек начинает курить (то есть в молодости). Но в течение длительного времени она проявляется лишь кашлем с мокротой, а иногда курильщик вообще не замечает симптомов. Как правило, кашель, мокрота не вызывают тревоги, человек не принимает эти симптомы за проявление болезни, считает себя здоровым и, естественно, не обращается к врачу. Но процесс разрушения легких уже идет. Наконец, наступает предел резервных возможностей организма – и появляется ощущение одышки. Сначала она возникает при тяжелых физических нагрузках, потом – умеренных, дальше – небольших, наконец, незначительных, а потом и вовсе при передвижении по комнате, утреннем туалете или во время еды. Поэтому ранняя диагностика, как и при любом другом заболевании, очень важна для раннего выявления данного заболевания и сохранения наибольших резервных возможностей организма».

Затем пациентам Красноярской городской поликлиники №4 терапевтического участка № 7 (45 человек, возрастная категория 58-89 лет) было предложено ответить на вопросы, представленные в анонимной анкете. Результаты анкетирования показали, что «пристрастие к табаку» имеют в

большинстве мужчины. Стаж курильщика у больных ХОБЛ варьирует от 29 до более 70 лет. Жалобы на кашель присутствуют у 100 % опрошенных пациентов. Жалобы на чувство нехватки воздуха составляют 95 % случаев. При обследовании пациентов при выявлении ХОБЛ хрипы и свисты в груди определяются у 90 % респондентов. Также присутствуют жалобы на прерывание ночного сна от приступа свистящих хрипов-34%, от кашля-41%.

В ходе проведенного исследования мы пришли к выводу, что курение еще в молодом возрасте служит началом для развития ХОБЛ в среднем и пожилом возрастах. По словам специалистов, большинство пациентов не придают особого значения появлению частого кашля, мокроте и не принимают это за первые признаки развития заболевания. В результате чего частота обращения в медицинские учреждения происходит уже на поздних стадиях развития ХОБЛ, когда физические запасы организма начинают истощаться. Не своевременная диагностика приводит к тяжелым, необратимым изменениям в дыхательных путях.

Назначение и применение проекта

Для реализации цели проекта проведена профилактическая работа среди студентов.

Для молодежи проведены лекции и дискуссии, где рассматривались внешние симптомы ХОБЛ, причины ее возникновения, проводилась профилактическая работа по борьбе с курением, здоровому образу жизни как основе самосохранительного поведения.

Выводы

В ходе проведенного исследования мы пришли к выводу, что курение еще в молодом возрасте служит началом для развития ХОБЛ в среднем и пожилом возрастах.

38% из опрошенных студентов «имеют пристрастие» к табакокурению. Около 10% студентов уже отмечают те или иные признаки поражения органов дыхания. После проведения лекций увеличилось количество студентов, считающих, вредным курение для здоровья.

Большая часть респондентов - 91%, удовлетворены знаниями, полученными во время лекции, а 9 хотели бы получить более подробную информацию о вреде курения. Полученные знания, помогли изменить свое отношение к курению. Респондентов, ничего не усвоивших в ходе профилактической работы, нет.

Студенты, выразившие желание бросить курить, проявляющие заинтересованность в дальнейших консультациях и реальной помощи специалистов, занимающихся проблемой курения, получили адреса медицинских учреждений и рекомендации по отказу от вредной привычки

Рефлексия деятельности

Как мы видим, проделанная нами профилактическая работа помогла студентам задуматься об отказе курения и от перспективы развития ХОБЛ.

Список использованной литературы, электронные адреса

1. Русский медицинский журнал 2002 г, том 10, № 5, 282. Рекомендации по применению препаратов Никоретте.

2. Емельянов А.В. Русский медицинский журнал, 2005 г, том 13, № 21, 1386-1393. Актуальные вопросы лечения хронической обструктивной болезни легких стабильного течения.

3. Оганов Р.Г., Ткаченко Г.Б. Москва 2001, стр. 21–22. Актуальные проблемы предупреждения распространения курения табака. Материалы конференции «Ситуация связанная с курением табака в России».

4. Левшин В.Ф, Дрожжачих В.Г., Федичкина Т.П. Нижегород.мед. журнал, 1998, № 1, с.10–5. Исследование эпидемиологии табакокурения.

6. Левшин В.Ф. Курортные ведомости. № 1 (10), 2002, стр. 35. Помощь в отказе от курения – невыполненный долг медиков России.

7. Peto R. et al. Mortality from smoking in developed countries, 1950–2000. Oxford University Press, 1994.

Приложение

Анкета

1. Курите ли Вы?
2. Ваш возраст?
3. Сколько лет курите?
4. Количество выкуриваемых сигарет в день?
5. Как часто вы контактируете с табачным дымом?

6. Среди ваших знакомых больше курящих?
7. В вашей семье, исключая вас, курят?
8. Бывает ли у вас кашель, не связанный с заболеваниями (ОРВИ, грипп и т.п.)?
9. Бывает ли у вас чувство нехватки воздуха, наличие хрипов возникающих при отсутствии заболеваний (ОРВИ, грипп и т.п.)?
10. Бывает ли у вас, прерывание сна из-за кашля, возникающих при отсутствии заболеваний (ОРВИ, грипп и т.п.)?

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ, КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Горжевская Наталья Владимировна
Бросова Диана Валентиновна
Руководитель: Новокрещенова Татьяна Павловна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Вашему вниманию представлен проект, который был запущен в прошлом году, первый этап нашего проекта называется: «Профилактическая деятельность по укреплению здоровья среди студенческой молодежи»

Девиз: «Здоровое питание – здоровая молодежь – здоровая нация!»

Направление проекта:Содействие в сохранении и укреплении здоровья студенческой молодежи. Повышение уровня знаний о рациональном питании, как залог здоровья и долголетия от которого зависит работоспособность и прогрессивное обучение студентов

Актуальность проекта:

Наш проект направлен на создание определенной системы мероприятий по пропаганде рационального питания и поддержании здорового образа жизни.

Организация рационального питания является основой жизни, главным фактором, определяющим здоровье, долголетие и работоспособность человека. При любых нарушениях питания резко снижается способность противостоять неблагоприятным воздействиям окружающей среды, стрессам, повышенным умственным и физическим нагрузкам. При этом формируется состояние, которое директор «НИИ питания» РАМН академик В.А. Тутельян определяет как «маладаптация» (недостаточная адаптация). Сегодня, по мнению многих исследователей, этому состоянию подвержено более 50% населения нашей страны.

Важно понимать, что именно питание обеспечивает процессы роста и развития человека, его физическую и умственную активность, настроение и, в конечном счете, качество жизни. Этого невозможно достичь, игнорируя основные законы здорового, правильного, рационального и безопасного питания. По энергетической ценности, набору используемых в суточном рационе продуктов и поступающих из этого набора в организм пищевых и биологически активных веществ, питание должно соответствовать возрасту, полу, профессиональной деятельности, общему состоянию здоровья человека и даже климато-географической зоне, в которой он проживает.

Достаточный уровень знаний и общая грамотность в вопросах рационального питания позволяет если не исключить, то значительно ослабить потенциальное отрицательное влияние на состояние здоровья людей. Правильный подбор продуктов, составление сбалансированного рациона, позволяет каждому человеку, даже при условии его ограниченных финансовых возможностей поможет избежать дисбаланса системы желудочно кишечного тракта и сохранить физическое, психическое и эмоциональное здоровье.

Следовательно, в ходе деятельности данного проекта составление оптимального режима питания студента поможет избежать дисбаланса ЖКТ и способствовать формированию более уверенной, раскрепощенной, адаптированной и здоровой личности.

Предполагаем, что создавая определенную систему мероприятий по пропаганде рационального питания и поддержания здорового образа жизни, студенты вырабатывают навык по соблюдению

принципов рационального питания и здорового образа жизни и будет готов проводить профилактические мероприятия по профилактике заболевания, связанных с нарушением питания.

Целевая аудитория:

Студенты КБМК им. В.М. Крутовского

Цель:

Формирование у студентов осознанного отношения к рациональному питанию, как залогу здоровья, успеха и долголетия. Создание психологической и социальной среды способствующей положительной мотивации молодежи.

Задачи:

1. Привлечь внимание к пропаганде здорового образа жизни.
2. Изучить проблемы, с которыми сталкиваются студенты при организации рациона питания.
3. Выявить факторы риска при несоблюдении рационального питания.
4. Выявить причины возникновения симптомов, способствующих возникновению заболеваний ЖКТ.
5. Провести анализ факторов риска при несоблюдении рационального питания.
6. Составить рекомендации по рациональному питанию и поддержанию здорового образа жизни.

Гипотеза проекта:

Предполагаем, что создавая определенную систему мероприятий по пропаганде рационального питания и поддержания здорового образа жизни, студенты приобретут навык по соблюдению принципов рационального питания и здорового образа жизни, а как выпускники сформируют профессиональную компетентность, связанную с профессиональной деятельностью.

Содержание проекта:

I этап (Организационный)

1. Формирование команды (до 9 человек). Это привлечение наиболее активных и творческих людей к пропаганде ЗОЖ;
2. Определение объема, режима работы команды, распределение ролей в команде;
3. Определение наиболее приоритетных и эффективных форм работы, определение цикла мероприятий направленных на профилактику рационального питания и поддержания здорового образа жизни.

IIэтап (Основной)

1. Проведение цикла мероприятий, формирующих у молодых людей выработку навыка по соблюдению принципов рационального питания и здорового образа жизни
2. Организация и проведение мероприятий, снижающих вероятность возникновения заболевания органов и системы ЖКТ:

- ✓ распространение информационных листков, методичек;
- ✓ проведение тематических классных часов;
- ✓ проведение круглого стола по актуальной теме;
- ✓ информационный ролик;
- ✓ мини лекции, презентации тренинги

III этап (Заключительный)

Произвести оценку результатов проекта, сделать выводы и опубликовать отчет в доступных формах.

В рамках первого этапа нашего проекта проведена исследовательская работа по теме и вашему вниманию представлены две учебно-исследовательской работы:

1. «Здоровое питание в поддержании здорового образа жизни на примере студентов Красноярского базового медицинского колледжа им.В. М. Крутовского» - представлена на студенческой конференции в апреле 2015
2. Рациональное питание студентов Красноярского базового медицинского колледжа им. В. М. Крутовского при профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта – представлена вашему вниманию.

Актуальность:

К сожалению, психология человека такова, что пока он молод и здоров, проблема здоровья его мало интересует. До тех пор, пока не появляются конкретные признаки ухудшения самочувствия.

Неправильное питание сопутствует различным симптомам, создающим определенный дискомфорт студентам, и впоследствии приводит к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

***Цель нашего исследования*:** составить рациональное питание, препятствующее возникновению заболеваний ЖКТ у студентов.

Задачи:

1. Провести литературный обзор по данной теме;
2. Провести анкетирование студентов на выявление наиболее распространѐнных симптомов дисбаланса системы пищеварения;
3. Провести статистическую обработку полученных данных;
4. Выявить причины возникновения симптомов, способствующих возникновению заболеваний ЖКТ;
5. Исходя из полученных данных составить рекомендации студентам по режиму питания.

На первом этапе исследования литературы, описаны следующие аспекты:

- Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, как следствие неправильного питания.
- Симптомы, характеризующие дисбаланс в органах ЖКТ.
- Причины возникновения симптомов, приводящих к дисбалансу.

На втором этапе проведено анкетирование100 студентов возрастной группы от 17до 34 лет на базе КБМК им. В.М. Крутовского. С целью выявления симптомов дисбаланса ЖКТ у студентов.

Получены следующие результаты:

- Большинство студентов не придерживаются рационального питания - 73% опрошенных;
- Подтвердили наличие заболеваний 22% опрошенных, из них:

- гастрит 19 человек;
- дискинезию желчевыводящих путей, рефлюкс-эзофагит язвенную болезнь желудка по 1человеку.

Анализ частоты встречаемости симптомов, сопутствующих заболеваниям у студентов показывал, что лидирует - "голодная боль"**47%;**

немного уступают ей - постоянная жажда **44%;**

ощущение давления/ноющие, спазматические, жгучие боли в эпигастральной области **43%**

- Подтвердили наличие симптомов дисбаланса ЖКТ:

- отрыжка 60% (отрыжка воздухом 55% , кислая отрыжка желудочным соком 45%);
- ощущение переполненности в верхней части живота после еды 56%;
- метеоризм 55%;
- изжога 42%;
- отсутствие аппетита 39%;
- тошнота 38%;
- запор 26%;
- диарея 24%.

Третий этап включает в себя разработку рекомендаций по рациональному питанию, с целью профилактики дисбаланса пищеварительного процесса.

Заключение:

Рациональное питание - залог здоровья и долголетия, наиважнейший фактор, от которого зависят работоспособность и прогрессивная учѐба студентов.

Неправильное питание сопутствует различным симптомам, создающим определенный дискомфорт студентам, и впоследствии приводит к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Работа, проведенная со студентами на выявление симптомов, встречающихся при распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, заставляет обратить на себя внимание и задуматься о правильном образе жизни. Анализ частоты встречаемости симптомов у студентов показывает степень выраженности дискомфорта, а соответственно, желание изменить ситуацию - исключить дисбаланс в организме.

Всем студентам с проявленными болезнями и выраженными симптомами заболеваний рекомендована щадящая диета, соответствующая следующим правилам:

- Употребление вареной пищи или приготовленной на пару.

- Измельчение пищи перед употреблением.
- Исключение из рациона острых, соленых, маринованных и кислых продуктов.
- Ограничение глюкозосодержащих продуктов.
- Составление меню исходя из того, что оно должно содержать постное мясо, нежирные сорта рыбы, яичный белок, творог.
- Исключение из рациона газированных, алкогольных напитков

Выводы:

1. Провели литературный обзор о причинах возникновения заболеваний ЖКТ;
2. Провели анкетирование студентов;
3. Выявили наиболее распространѐнные симптомы, сопутствующие хроническим заболеваниям ЖКТ;
4. Провели статистическую обработку полученных данных;
5. Выявили причины возникновения симптомов;
6. Исходя из полученных данных составили рекомендации студентам по режиму питания.

ПРОЕКТ «ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА – ВАЖНЕЙШИЙ КУРС ПОВЫШЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ»

Зараменская Анна Владимировна
Руководители: Гордашевская Вера Дмитриевна
Медведева Галина Васильевна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Актуальность проекта

Травматизм – основная причина смерти среди людей в возрасте от 1 до 44 лет (15% всех смертей). Около половины смертельных случаев, вызванных травмами, происходят в результате дорожных аварий, другая половина выпадает на долю травматизма бытового и на природе: падения, удушья и несчастные случаи, связанные с применением огнестрельного и холодного оружия. Несмотря то, что имеется немало мер для предупреждения травматизма, обладающих убедительной эффективностью, профилактические мероприятия, проводимые медицинскими работниками по этим вопросам, могут быть оправданы из – затяжелых последствий травм. Бытовые, неумышленные травмы основная причина вероятного сокращения продолжительности жизни в Российской Федерации.

Мероприятия, проводимые в рамках проекта «Профилактика травматизма – важнейший ресурс продолжительности жизни», призваны рекомендовать подросткам и взрослым, не заниматься деятельностью, способной вызвать повышение риска получения определенных травм в быту, на природе, при вождении транспортных средств и поведением на дороге.Проект направлен на оказание содействия Молодежному Правительству дублеров Красноярского края в формировании медицинских отрядов в рамках реализации проекта «Школа медицинского добровольчества» и был реализован в течение ноября 2015 г.

Назначение и применение проекта

Главная цель проекта – профилактика и снижение травматизма среди населения различных возрастных групп. В рамках проекта студенты-волонтеры проводили различные мероприятия по профилактике травматизма: выступали с лекциями, раздавали памятки и буклеты в Минусинском доме интернате для инвалидов и лиц пожилого возраста, в отделениях стационара Минусинской межрайонной больницы, в социальном приюте «Журавушка», в средних образовательных учреждениях и школах города Минусинска и юга Красноярского края.

Для школьников младших классов студенты провели мастер – классы «Помоги себе сам», где обучали правилам обработки ссадин, ран, наложению пластыря, повязки, и самое главное, мотивировали детей не заниматься деятельностью, способной вызвать повышение риска получения травмы в быту, на природе, на улице, на дороге.

В ходе реализации проекта было проведено интегрированное занятие смоделированной ситуации квази-профессиональной направленности - оказание помощи пострадавшим в ДТП, которая может случиться в будущей профессиональной деятельности выпускников.

Цель проекта:

Профилактика и снижение травматизма среди детей, молодежи и взрослого населения г.Минусинска.

Задачи проекта:

1. Формирование у студентов практического опыта организации мероприятий профилактической направленности среди населенияг.Минусинска.
2. Повышение информированности жителей г. Минусинска по вопросам профилактики травматизма.
3. Расширение направлений сотрудничества КГБОУ ММТ с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями г. Минусинска.

Участники проекта: преподаватели и студенты I –IV курсов КГБПОУ ММТ, врачи КГБУЗ ММБ, специалисты МО МВД России Минусинский, учащиеся общеобразовательных школ, студенты СПО города Минусинска, пациенты КГБУЗ ММБ, пациенты приюта «Журавушка» и Минусинского дома-интерната для престарелых и инвалидов.

Методическое обеспечение реализации проекта:

Нормативно – правовые документы:

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Приказ Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2013 г. № 291 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы среднего профессионального образования».
3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. № 514 «Об утверждении ФГОС СПО специальности 31.02.01. Лечебное дело»

Литература:

1.Семушкина Л.Г., Ярошенко Н.Г. Содержание и технологии обучения в средних специальных учебных заведениях: Учеб. Пособие для преп. Учреждений сред. Проф. Образования. – М.: Мастерство, 2001 г.

2. Ситуационное обучение в сестринском деле /Под общей редакцией С.И. Двойникова и С.В.Лапник – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2044г.

3.Учебно-методический вестник № 26 : Сборник материалов. – Омск, 2007 г.

4. Советова Е.В. Эффективные образовательные технологии. _ Ростов н/Дону: Феникс, 2007. – 285 с.

5. Современные технологии обучения (электронные ресурсы) URLhttp://www.orenipk.ru/kp/distant/ped/tech/htm

Этапы реализации проекта:

1. Подготовительный: (01.11.15 – 20.11. 2015)
2. Основной этап: (23.11.15 – 02.12. 2015)
3. Заключительный: (03.12.15- 04.12. 2015)

Подготовительный этап

- Разработка содержания мероприятий проекта.
- Подбор эффективных методикоценки качества проведенных мероприятий.
- Установление взаимовыгодного сотрудничества по вопросам реализации проекта с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями г. Минусинска.

Основной этап

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОЕКТА

«Профилактика травматизма – важнейший ресурс повышения продолжительности жизни»

№/п	дата	Мероприятия	Время проведения	Место проведения	Ответственные
1	23.11.2015.	Открытие проекта Круглый стол с представителями ЛПУ, МВДг.Минусиснка«Борьба с травматизмом – приоритетное направление профилактической работы»	10.00	Общежитие ММТ	Медведева Г.В. Кичапин А.С. Бехтерева Л.А.
2	23.11.2015	Лекторский десант «Профилактика непроизводственного травматизма»	В течение дня	Пациенты стационаров КГБУЗ ММБ	Абросимова Л.Ф., 311 гр.
3	24.11. 2015	Профилактическая беседа «Путь к долголетию – профилактика травматизма»	В течение дня	Пациенты стационаров КГБУЗ ММБ	Харламова Н.А., 411, 412 гр.
4	25 – 30 ноября 2015 г.	Мастер-класс «Помоги себе сам» (оказание первой медицинской помощи при травмах)	В течение дня	Образовательные учреждения города (СОШ, ПОУ)	Маар Н.Н., Терпугова И.С., Медведева Г.В. 1-2 курсы
5	24.11.2015	«Акция здоровья» Рекомендации соблюдения физической активности у пожилых людей с целью профилактики травматизма.	В течение дня	Социальный приют «Журавушка»	Повх Л.А., 22 гр.
6	26.11.2015.	Открытое интегрированноезанятие смоделированной ситуациивквази-профессиональной направленности «Мы - профессионалы»	10.00	Общежитие ММТ	Абрамова Л.Ф., Вдовиченко С.Н., Бехтерева Л.А., Заречнева Т.Ю., Медведева Г.В., Кичапин А.С., Повх Л.А. и студенты 311,31,32 гр.
7	30.11.2015.	Школа здоровья«Профилактика остеопороза»	10.00	Дом-интернат для инвалидов и лиц пожилого возраста	Харламова Н.А., 411 , 412 гр.
8	04.12.2015.	Закрытие проекта. Торжественное награждение победителей и участников проекта.	10.00	Общежитие ММТ	Медведева Г.В.

Заключительный этап

- Закрытие проекта «Профилактика травматизма – важнейший ресурс повышения продолжительности жизни». Награждение победителей и активных участников проекта.
- Обобщение и анализ результатовпроекта.
- Размещение материала о проекте в местной прессе и на сайте техникума.

Результаты реализации проекта:

1. Студенты приобрели практический опыт в проведении профилактических мероприятий и пропаганде здорового образа жизни.
2. Повышен уровень информированности детского и взрослого населения города Минусинска по вопросам профилактики травматизма.
3. Укреплено сотрудничество КГБПОУ ММТ с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями города.

«ТЯЖЕЛЫЕ ШКОЛЬНЫЕ ПОРТФЕЛИ – УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ»

Белошевская Ольга Владимировна
Руководитель: Федько Анна Николаевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Актуальность темы. Школьный возраст – это период физиологических и психологических изменений. Школьника невозможно представить без портфеля. По его наличию можно выделить ученика из толпы. Перед началом учебного года каждый ученик с родителями отправляется в магазин выбирать школьный портфель.

Актуальной проблемой здоровья у детей на современном этапе стала проблема сохранения правильной осанки тела. Результаты профилактических медицинских осмотров детей и подростков - школьников Красноярского края свидетельствуют о том, что нарушения осанки, сколиоз и понижение остроты зрения выявляются в период поступления детей в детское дошкольное учреждение и при поступлении в школу, а за период обучения в школе частота выявления данной патологии у детей увеличивается,[8]. Тревогу бьют не только врачи, но она беспокоит детей и их родителей. Происходит это по разным причинам, в том числе и из-за больших предметных нагрузок, неправильной посадкой за партой в школе и за письменным столом дома, *ношением тяжелых сумок (особенно на одно плечо)*. Регулярная большая ассиметричная нагрузка на не окрепший позвоночник чревата неприятностями на всю дальнейшую жизнь, что может проявиться в виде нарушения осанки.

Проблема. Постоянный вопрос школьников и их родителей: «Сколько должен весить школьный ранец?». На этот вопрос взрослые отвечают обычно себе сами, определяя вес рюкзака навскидку, школьники отводят роль декоративным качествам, не зная, если ли определенные правила по выбору школьного портфеля. Слабая информированность родителей способствует тому, что покупая неправильные портфели, они наносят вред здоровью детей. Информируя родителей и детей, рассказывая им о правильном выборе портфеля, рассказывая о профилактике нарушений осанки, мы предупреждаем беду.

Подсчитано, что для маленького ребѐнка носить портфель в четыре килограмма равносильно тому, что если бы взрослый человек каждый день носил на работу килограммов 15-20.

Ортопедические патологии (нарушения осанки, сколиозы, плоскостопие) среди других заболеваний, выявляемых при медосмотрах в детских поликлиниках, встречаются все чаще и чаще,[5].

Объект и предмет исследования. В исследовании участвовали школьники 1 и 8 классов, школы №19 и гимназии №1, в количестве 52 человек, среди них был проведен опрос и проведено соответствие веса портфеля и его содержимого согласно санитарным нормам.

Объект исследования – школьный портфель.

Предмет исследования – вес портфеля как фактор, отрицательно влияющий на здоровье школьника.

Цели проекта:

–определить соответствие портфелей школьников г. Канска санитарно - гигиеническим требованиям, изучить влияние портфеля на осанку;

–изучить возможность снижения веса портфеля школьника, провести разъяснительную работу среди школьников и родителей по соблюдению норм веса школьного портфеля, его правильного выбора и ношения, по формированию правильной осанки у детей.

Задачи проекта:

1. Изучить соответствие школьного портфеля санитарно - гигиеническим требованиям, применить элементы методики определения нарушений осанки, для выявления нарушений осанки;
2. Измерить вес школьных портфелей и учебников, установить их соответствие санитарным нормам для школьников.
3. Провести интервьюирование школьников, их родителей и выяснить предпочтения школьников при выборе портфеля.
4. Разработать рекомендации по правильному выбору школьного портфеля, снижению веса портфеля и сохранению здоровья учащихся.
5. Информировать школьников о правилах здорового позвоночника, познакомить с комплексом упражнений для поддержания правильной осанки.

Гипотеза – школьники носят тяжелые портфели, не соответствующие санитарно-гигиеническим нормам, а для сохранения правильной осанки необходимо уменьшать вес школьного портфеля.

Методы исследования: изучение медицинской литературы и нормативных документов, эмпирический метод - интервьюирование, наблюдение, измерение, сравнительного анализа, математической обработки.

Практическая значимость: результаты исследования помогут взрослым пересмотреть свои требования при выборе школьного портфеля. Тема является актуальной потому, что самое главное для любого родителя – это здоровье его ребенка. А регулярная нагрузка на неокрепший позвоночник грозит неприятностями на всю дальнейшую жизнь.

Теоретическая часть. Осанка – это положение тела во время ходьбы, сидения, стояния. У человека с правильной осанкой стройная, красивая фигура: спина прямая, плечи развѐрнуты, голова приподнята, живот втянут. При неправильной осанке плечи и голова опущены, спина сутулая, живот выпячен, колени согнуты,[4].

Правильная осанка формируется впервые годы жизни. Но наиболее важный период – с 4 до 10 лет, когда быстро развиваются механизмы, обеспечивающие вертикальную позу. Это важный период жизни для формирования осанки, даже малейшее отклонение в развитии осанки могут привести к тяжелым деформациям позвоночника и конечностей. Именно в этот период «закладываются» будущие болезни позвоночника и суставов.

Основные причины нарушений осанки: хронические заболевания, нарушения режима питания и состава пиши; недостаточный по времени отдых и пассивные формы его проведения, неправильное привычное положение тела при чтении и письме, во время занятий или игры на компьютере, при просмотре телевизионных передач, неправильно подобранная одежда, неудобная обувь, несоответствие ученического стола и стула росту ребенка, тяжелый портфель [3,4].

В одной из первых классификаций нарушений осанки в сагиттальной плоскости немецкий ортопед Ф. Штаффель (1889) выделил пять типов осанки: нормальная осанка, круглая спина, плоская спина, плоско-вогнутая спина, кругло-вогнутая спина. При патологических состояниях позвоночника возможны искривления как в передне-заднем направлении (кифоз, лордоз), так и боковые (сколиоз). Дефект осанки, сколиоз (от греч. scoliosis – изогнутый, кривой) – это искривление во фронтальной плоскости одно надплечье располагается ниже другого, остистые отростки образуют небольшую и непостоянную дугу, углы лопаток расположены асимметрично, тонус мышц асимметричен, зачастую наблюдается перекос таза.

Неправильная осанка может привести к самым разнообразным осложнениям:

–Увеличение частоты сердечных сокращений за счет ограничения подвижности грудной клетки вследствие поворота плечевого пояса и лопаток;

–Одышка при смещении органов брюшной полости.

–Деформация изгибов позвоночника приводит к болевому синдрому;

–Повышение артериального давления;

–Тошнота и рвота в кишечнике при ущемлении спинномозговых нервов в поясничном отделе;

–Частые головные боли и переутомление,[6].

Вопрос: «В чем мой ребенок будет носить все необходимое для школы?» – задавал себе каждый родитель.

Согласно ГОСТу школьный (ученический) ранец – это «кожгалантерейное изделие с плечевыми ремнями, предназначенное для переноски учебников, школьно-письменных принадлежностей на спине». Ученический портфель, по тому же ГОСТу, плечевых ремней (лямок) не имеет и должен носиться в руке. Именно из-за этого ортопеды и не рекомендуют покупать его детям. Постоянная переноска тяжестей в руке может привести к сколиозу и другим проблемам с позвоночником,[5].

Каким же портфель должен быть, чтобы заботиться о здоровье, долго служить и радовать глаз?

По мнению специалистов Роспотребнадзора: «одной из причин формирования неправильной осанки является школьный портфель. Поэтому к его выбору стоит отнестись серьезно». Решением комиссии таможенного союза от 28.05.2010 № 299 (от 07.04.2011 г.) «О применении санитарных мер в таможенном союзе» и санитарными правилами СанПиН 2.4.7/1.1.1286-03 «Гигиенические требования к одежде для детей, подростков и взрослых» регламентируются размеры, вес, конструкция, показатели санитарно-химической, токсикологической безопасности материалов, из которых изготовлены ранцы, рюкзаки, портфели для детей: 1-2 классов - более 1,5 кг; 3-4 классов – более 2 кг; 5-6 классов – более 2,5 кг; 7-8 классов – более 3,5 кг; 9-11 классов – более 4 кг,[1,2,9].

В тоже время, ортопедические нормы ограничивают вес школьного рюкзака от 10 до 15 % от веса школьника. Т.е. если школьник весит 30 кг, то вес ранца с учебниками и сменной обувью не может превышать 4,5 килограмм. Такой подход учитывает и индивидуальные возможности ребенка. Превышение указанных норм приводит к нарушению осанки и сколиозу у школьников. По согласованию с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, рекомендуется использование ортопедических ранцев. Вес (пустых) портфелей, школьных ранцев и аналогичных изделий: для обучающихся начальных классов - не более 600-700 грамм, для обучающихся средних и старших классов - не более 1000 грамм.

Для того, чтобы *обеспечить условия безопасного использования ранца, необходимо строго соблюдать и постоянно контролировать вес ранца с ежедневными учебными комплектами.* Гигиенические требования к изданиям учебников для общего и начального профессионального образования», в которых регламентирован вес учебного издания, он не должен не превышать для учащихся: 1-4 классов – 300 г., 5-6 классов – 400г., 7-8 классов – 500г., 10-11классов – 600г. Но допускается увеличение веса учебника до 10%. С целью сохранения и укрепления здоровья учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений рекомендуется обратить внимание на вес портфеля школьников. Размеры изделий для обучающихся начальных классов должны отвечать требованиям настоящих санитарных правил (табл. 1):

Таблица 1

Требования, предъявляемые к размерам изделий для обучающихся начальных классов (допускается увеличение размеров не более чем на 30 мм).

Показатели	Безопасный уровень*, мм
Длина (высота)	300-360
Высота передней стенки	220-260
Ширина	60-100
Длина плечевого ремня, не менее	600-700
Ширина плечевого ремня в верхней части (на протяжении 400-450 мм), не менее	35-40

Таким образом, хороший школьный ранец: весит менее 1 кг, с ортопедической спинкой, регулируемыми лямками, со светоотражателями, из прочной водоотталкивающей ткани, с прочными швами, с удобными замками и молниями, с укрепленными углами и пластиковым дном, с удобными карманами и вместительным внутренним отделением, с удобной крепкой ручкой.

По результатам профилактических медицинских осмотров детей и подростков - школьников в Красноярском крае по данным многолетнего периода наблюдения (2010- 2014 гг.) нарушение осанки чаще регистрируется у детей при переходе к предметному обучению (4-5 классы) – 30,5…57,0 случаев на 1000 осмотренных; сколиоз – перед окончанием школы (16-17 лет) – 10,6…24,1 случаев на 1000 осмотренных подростков – школьников,[7].

В отдельных территориях Красноярского края число выявленных при медицинских осмотрах детей с нарушением осанки на 1000 осмотренных детей и подростков-школьников в 2014 году выше средних краевых показателей – Канский район (90,6‰) находится на четвертом месте (на первом Лесосибирск), при переходе к предметному обучению (4-5) классы; на втором месте – перед окончанием школы (на первом Лесосибирск). В Красноярском крае по результатам профилактических медицинских осмотров доля детей (0-14 лет) с выявленными нарушениями в состоянии здоровья ниже среднего показателя по России,[7].

Однако многих болезней можно избежать, если родителям своевременно начать их профилактику и изменить образ жизни ребенка.

Практическая часть.

Студенты Канского медицинского техникума специальности «Сестринское дело», члены кружка, заинтересовались проблемой, существуют ли определенные СанПиН к школьному портфелю, действительно ли школьники носят тяжелые портфели, чем руководствуются родители и ученики при его покупке магазине.

Студентами, вместе с руководителем были определены цели задачи проекта, план его реализации, определены ресурсы, ожидаемые результаты.

Работа по реализации проекта началась в сентябре 2015 года с подбора и изучения теоретического материала, разработки классных часов, подготовки вопросов для опроса, презентаций, видеороликов, памяток для детей и родителей по выбору школьного портфеля и комплекса упражнений для поддержания правильной осанки.

В начале реализации проекта было проведение исследования, в котором участвовали школьники 1 и 8 классов, школы №19 и гимназии №1, в количестве 52 человек, среди них был проведен опрос и проведено соответствие веса портфеля и его содержимого согласно санитарным нормам.

Перед тем, как начинать измерение веса портфелей и качественных характеристик, необходимо было измерить массу тела школьников.

Для измерения веса портфеля со школьными принадлежностями использовалась формула рекомендованная ортопедами: 10% от веса ученика, (кг).

Но, выяснилось, что формула, больше подходит для учащихся начальных классов, у средних и старших школьников формула не применима, т.к. при массе тела 50 кг – вес идеального портфеля должен составлять – 5кг, тем самым нарушая санитарные нормы и правила.

Самыми безопасными для здоровья учащихся являются ранцы и рюкзаки, так как нагрузка распределяется равномерно на оба плеча, и если рюкзак или ранец подобраны правильно, то не происходит особого давления на спину, а в частности на позвоночник. Сумка на одной лямке или портфель, переносимый в руке, также может быть причиной искривления позвоночника из-за неравномерности нагрузки. Какой портфель предпочитают школьники?

У большинства первоклассников – рюкзаки, а для детей начальных классов ранец с формоустойчивой спинкой, является обязательным атрибутом школьника. При анализе содержимого и веса школьных портфелей первоклассников мы пришли к выводу: четырех школьников, был превышен ортопедический вес школьного портфеля, лишними в портфеле оказались конструктор «Лего», не выложенные краски, альбом, учебники, сок, у 15 школьников превышены санитарные нормы, но не превышает вес «безопасного» портфеля. В день измерения по расписанию был урок физкультуры, сменная обувь для занятия у школьников находилась в других сумках, средний вес, которых был в пределах 0,3-0,6 кг. Таким образом, можно судить, что практически у всего класса в день уроков физической культуры общий вес тяжестей превышает допустимую норму.

При опросе учащихся, «Кто выбирал портфель?», первоклассники отвечали, что они вместе с родителями. Со слов детей они ориентировались на расцветку, а родители на материал, форму, количество отделов и вес портфеля.

При измерении веса портфелей восьмиклассников и его содержимого, получились следующие результаты: у трех учащихся вес портфеля превышал допустимую ортопедическую норму, но у 21 школьника вес рюкзака превышал допустимые санитарно-гигиенические нормы, из них 10 человек носят его на одном плече. На вопрос: «Почему они носят рюкзаки на одном плече?». Ответы были следующие: «Не знаю», «Так удобнее», «Потому что сумка (рюкзак) на одно плечо».

На вопрос: «Кто выбирал, и чем Вы руководствовались при выборе рюкзака?» восьмиклассники ответили – что к мнению родителей при покупке рюкзака прислушивалась, только часть школьников. При выборе на вес рюкзака не обращали внимание, ведущая роль отводилась декоративным качествам, хотя для здоровья школьников это не имеет никакого значения. В портфеле помимо школьных принадлежностей у подростков находились лишние тетради, учебники, кошелек, телефон, расчески, ключи и мн.др.

На примере одного учащегося из первого и восьмого классов, были произведены замеры веса портфеля соответствующего СанПиН со школьными принадлежностями и сменной обувью, формой для физкультуры, по дням недели. Понаблюдав в течение недели за весом ранцев, можно прийти к выводу, что у первоклашек вес школьного портфеля каждый день превышает санитарные нормы. У восьмиклассников «легкими» днями являются среда и суббота.

После проведенных исследований для школьников были проведены классные часы: «Как правильно собрать портфель», «Осанка в жизни человека», «Правильная осанка – основа здоровья».

Для родителей школьников были проведены родительские собрания, озвучены результаты исследования, рассказаны определенные требования по выбору и весу школьного портфеля, показан видеоролик. С родителями и учителями решались возможные пути снижения веса школьного портфеля.

Назначение и применение проекта: материалы, подготовленные в рамках проекта (беседа, презентации, классные часы, памятки для родителей и детей, видеоролик) могут быть использованы учителями школ и студентами техникума в дальнейшем для проведения профилактической работы с детьми в школах города Канска.

Выводы и результаты проектной работы:

Школьный портфель, не соответствующий санитарно-гигиеническим нормам – один из факторов, оказывающих негативное влияние на сердечно-сосудистую систему и состояние опорно-двигательного аппарата ребенка. Избыточный вес ранца увеличивает опасность искривления позвоночника, заболеваний суставов рук, может развиться плоскостопие; дети быстро утомляются, а это сказывается на успеваемости. По согласованию с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, рекомендуется использование ортопедических ранцев.

1. Согласно СанПиН правильный вес ранца со школьными принадлежностями не должен превышать: 1-2 классов - более 1,5 кг; 3-4 классов – более 2 кг; 5-6 классов – более 2,5 кг; 7-8 классов – более 3,5 кг; 9-11 классов – более 4 кг. Согласно ортопедическим правилам не более 10% от массы учащегося.

2. По результатам исследования можно сказать, что у большинства школьников вес портфелей превышает допустимую норму, неравномерно распределена нагрузка школьного ранца по дням недели. 93 % детей первого класса, и 84% учащихся 8 класса носят на плечах тяжелые рюкзаки, причиняя вред собственному здоровью.

3. При выборе портфеля не все учащиеся 8 классов задумывались над тем, что он будет отрицательно влиять на их здоровье. А родители и ученики 1 класса более ответственно подошли к выбору портфеля и приобрели ранцы и рюкзаки.

4. Здоровье ребенка зависит от множества факторов, не все из которых находятся во нашей власти, но сделать так, чтобы сохранить его, вполне по силам взрослым. Чтобы не ухудшить здоровье, при использовании школьного ранца очень важно обратить внимание на 4 момента: *на вес, конструкцию, материал и вместительность.* Поэтому нами разработаны практические рекомендации для учеников, их родителей и для учителей.

Рефлексия деятельности. Члены кружка приобрели опыт подготовки и реализации проекта, расширили свои знания, научились использовать информационные технологии при подготовке

профилактических мероприятий в рамках проекта, освоили умения подготовки профилактической продукции по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, а также освоили коммуникативные способности при работе с детьми и родителями. Созданы тематические классные часы, презентации, памятки для родителей и детей, снят видеоролик.

Перспективность проекта. Учителя школ г. Канска вышли с предложением к руководителю кружка о дальнейшем сотрудничестве.

Список литературы.

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17 апреля 2003 г. N 51 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.4.7./1.1.1286-03».
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 июня 2010 г. N 72 СанПиН 2.4.7/1.1.1286-03 Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Дополнения и изменения N 1 к СанПиН 2.4.7/1.1.2651-10 «Гигиенические требования к одежде для детей, подростков и взрослых».
3. Балтина Т. В., Герасимова Е.В., Звездочкина Н.В., Каримов Ф.К., Яфарова Г.Г. Практические работы по курсу «Биология человека»/ Т.В. Балтина, Е.В. Герасимова, Н.В. Звездочкина, Ф.К. Каримов, Г.Г. Яфарова – Казань: Казанский университет, 2013. – 56с.
4. Толковый словарь русского языка [Электронный ресурс] http://tolkru.com/
5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2013 году. – Красноярск, 2014 – 278 с.
6. Формирование, виды, лечение и последствия неправильной осанки у ребенка и взрослого человека. [Электронный ресурс] http://spinazdorov.ru/deformacii-spiny/posledstvija-i-lechenie-nepravilnoj-osanki.html.
7. О заболеваемости детского и подросткового населения Красноярского края и факторах среды их обитания. [Электронный ресурс] http://24.rospotrebnadzor.ru/directions/InfAnMat/100219/
8. Анализ заболеваемости детей и подростков Красноярского края и факторов среды их обитания, 2010-2014 гг. [Электронный ресурс] http://24.rospotrebnadzor.ru/
9. Гигиенические требования к школьным портфелям, ранцам и к аналогичным изделиям для детей. [Электронный ресурс]http://24.rospotrebnadzor.ru/
10. Школьный возраст и здоровье. [Электронный ресурс] http://24.rospotrebnadzor.ru/.

ПРОЕКТ «СПИДУ – НЕТ!»

Гайзлер Карина Игоревна,
Широбокова Любовь Андреевна
Руководители: Власова Мария Васильевна,
Кожуховская Галина Анатольевна
КГБПОУ Дивногорский медицинский техникум

Актуальность:

ВИЧ/СПИД по данным ВОЗ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 34 миллионов человеческих жизней. В 2014 году 1,2 миллиона людей в мире умерли от причин, связанных с ВИЧ/СПИД [4].

Эпидемическая ситуация по ВИЧ в России продолжает ухудшаться, отмечен выход эпидемии ВИЧ/СПИД в общую популяцию. Красноярский край входит в число 20-ти регионов России с самым высоким уровнем заболеваемости ВИЧ, и каждый год случаев заражения все больше. Каждый день ВИЧ-инфекцией в мире заражаются 5 тысяч людей, в России – 200 человек, в Красноярском крае – около 10 [4]. Люди в суете будней забывают о подстерегающей их опасности заражения ВИЧ, поэтому так необходимо напоминание о ней. Вот почему темой нашего проекта мы выбрали «СПИДу - нет!».

Проблема: выход эпидемии ВИЧ/СПИД в общую популяцию в России, высокий риск заражения в молодежной среде.

Цель проекта: способствовать формированию у молодежи и населения города Дивногорска активной жизненной позиции, направленной на избегание поведенческих рисков, связанных с возможностью заражения ВИЧ – инфекцией и ответственного отношения к своему здоровью.

Задачи проекта:

1. Изучить материалы о ВИЧ/СПИДе, об эпидемиологической ситуации в мире, России и регионе.
2. Провести скрининг - опрос молодежи и подростков на предмет осведомленности о СПИДе.
3. Принять участие в просветительских мероприятиях, в рамках Всемирного дня борьбы против СПИДа, организованных КГБУЗ Краевым центром медицинской профилактики и МБУЗ Дивногорской территориальной больницей.
4. Информировать население города Дивногорска по проблемам СПИД через городскую газету «Огни Енисея».
5. Информировать студентов Дивногорского медицинского техникума по проблемам профилактики СПИД через газету техникума «Студенческий вестник».
6. Разработать тематическую презентацию для выступления в школьных и студенческих коллективах.
7. Создать медиапродукт – видеоролик, как социальную рекламу для повышения осведомленности населения о СПИДе.
8. Провести рефлексию деятельности.

Теоретическая часть.

День 1 декабря Всемирная организация здравоохранения объявила Всемирным днем борьбы против СПИДа, так как это заболевание остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения. В России эпидемия СПИДа началась с 2001 года, и в настоящее время в нашей стране ежедневно заражается около 200 человек. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г., достигло 1 006 388 человек. Из них умерло по разным причинам в 2015 году 212 579 ВИЧ-инфицированных, что на 12,9% больше, чем за аналогичный период 2014 года [4]. Активизировался выход эпидемии СПИДа из уязвимых групп населения (наркоманы, употребляющие наркотики внутривенно; лица, имеющие большое количество половых партнеров, гомосексуалисты др.) в общую популяцию. В нашей стране наблюдается тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) поражает иммунную систему и ослабляет системы контроля и защиты людей от инфекций и некоторых типов рака. Самой поздней стадией ВИЧ-инфекции является Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), который у разных людей может развиться через 2-15 лет. Для СПИДа характерно развитие некоторых типов рака (лимфома и саркома Капоши и др.), инфекций (туберкулез, криптококковый менингит), других тяжелых клинических проявлений и продолжительность жизни пациента составляет 2-3 года. С помощью лекарств удается лишь продлить жизнь пациентов. С момента заражения ВИЧ-инфицированный сам является источником распространения инфекции, но из-за низкого содержания антител в крови только через 3-6 месяцев, а иногда и через год удается лабораторно выявить ВИЧ.

ВИЧ может передаваться через разные жидкости организма инфицированных людей, такие как кровь, грудное молоко, семенная жидкость и вагинальные выделения. Люди не могут заразиться при обычных повседневных контактах, таких как поцелуи, объятия и пожатие рук, или при совместном пользовании личными предметами и употреблении продуктов питания или воды.

Факторы риска включают в себя незащищенный анальный или вагинальный секс; наличие другой инфекции, передаваемой половым путем; совместное пользование зараженными иглами, шприцами и другим инъекционным оборудованием; медицинские процедуры, включающие нестерильные разрезы или прокалывание; случайные травмы от укола иглой, в том числе среди работников здравоохранения.

Риск ВИЧ-инфицирования можно снизить путем ограничения воздействия факторов риска. Основные подходы к профилактике ВИЧ, используемые часто в сочетании, включают: использование презервативов (защищают на 85% или более от передачи ВИЧ), тестирование на

ВИЧ и ИППП, включая скрининг на туберкулез, добровольную циркумцизию (обрезание крайней плоти у мужчин) -- снижает риск ВИЧ при гетеросексуальных контактах примерно на 60%; использование антиретровирусной терапии для профилактики; использование стерильного инъекционного оборудования для каждой инъекции; ликвидацию передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку при помощи антиретровирусной терапии.

Практическая часть.

Студенты Дивногорского медицинского техникума 101 и 201 групп отделения «Лечебное дело», члены кружков «Педиатр-валеолог» и «Реабилитолог» выбрали метод проектов для реализации своего участия в городской акции - неделе борьбы против СПИД, объявленной с 28 ноября по 5 декабря 2014 года Краевым центром профилактики и борьбы со СПИД. Работа над проектом «СПИДу – нет!» проводилась в несколько этапов.

I этап. Разработка проекта. Срок: сентябрь 2014 года.

Члены кружка занимались составлением пошагового плана проекта, определением ресурсов. Выход – создание плана проекта, определение его стоимости и необходимого количества участников.

При разработке были определены основные плановые мероприятия:

1. Конкурс стенных газет по теме «СПИД и его профилактика» с 28 ноября по 4 декабря, подведение итогов 5 декабря с награждением победителей.
2. Радиогазета «ВИЧ-инфекция - проблема номер 1» 29 декабря в техникуме.
3. Классные часы «Профилактика ВИЧ-инфекции» с использованием видеофильма в группах первого-второго курсов в техникуме с 28 ноября по 4 декабря, малыми группами членов кружка по два-три человека.
4. Уличная Акция в рамках проведения недели борьбы против СПИД: «СПИДу – нет!» 1 декабря с 10-00 до 14-00 на центральной площади города Дивногорска с раздачей профилактического материала.
5. Анкетирование обучающихся ДМТ и школьников старших классов школы № 4 и № 5 города Дивногорска 29 и 30 ноября.
6. Проведение акции по профилактике ВИЧ-инфекции среди школьников старших классов школы № 4 и № 5 города Дивногорска 2 – 4 декабря.
7. Информирование населения через городскую газету «Огни Енисея».
8. Создание видеоролика по профилактике СПИД.

Материальные затраты были определены в размере трех тысяч рублей, подана заявка администрации техникума. Для реализации проекта планировалось привлечь не менее 30 студентов.

II этап. Подготовка и реализация проекта. Срок: октябрь - ноябрь 2014 года.

На этапе подготовки проводилось изучение теоретического материала и нормативных документов о ВИЧ/СПИД, его распространенности, последствиях и профилактике. Была разработана теоретическая часть проекта, проведен отбор литературы и Интернет – источников. На их основе были подготовлены материалы для проведения классных часов, статья в газету, материалы радиогазеты. Разработаны критерии оценки для конкурса стенных газет, анкета для студентов и школьников по информированности о СПИД, план проведения уличной акции.

Этап реализации проекта проходил с 28 ноября по 5 декабря 2014 года, все мероприятия состоялись согласно плану, в них приняли участие преподаватели и 35 человек студентов Дивногорского медицинского техникума. Студентам запомнилась уличная акция, которую они проводили на центральной площади города Дивногорска - площади Строителей. С целью привлечения внимания к акции каждому прохожему прикалывалась на грудь эмблема, символизирующая капельку крови, раздавались памятки о СПИД. Студенты давали краткую информацию об особенностях болезни, о том, что ВИЧ-инфекция - это реальность современного мира, о причинах и путях передачи и мерах профилактики. Красной нитью акции проходила информация о том, что ВИЧ-инфекция - смертельно опасна, но защита от нее есть - это формирование установки на здоровый образ жизни учащейся молодежи и студентов, а также формирование у них стратегии безопасного в отношении ВИЧ-инфекции поведения.

III этап. Рефлексия и самоанализ деятельности. Срок – январь-март 2015 года.

Студенты кружка проводили анализ деятельности, оформляли практическую часть проекта. В марте 2015 года представили результаты проекта на студенческую учебно-исследовательскую конференцию техникума.

Назначение и применение проекта: разработанный сценарий недели, а также профилактические материалы, созданные в ходе реализации проекта, могут быть в дальнейшем использованы для профилактики СПИД в образовательных учреждениях города.

Выводы и результаты проектной деятельности.

По итогам реализации проекта:

- в подготовке и реализации проекта участвовало 35 студентов техникума (членов кружков и участники акций);
- проведено анкетирование 130 школьников города Дивногорска по осведомленности в вопросах СПИД;
- около 400 школьников старших классов и студентов техникума были охвачены классными часами с показом видеофильма по профилактике СПИД;
- в конкурсе стенных газет по теме «СПИД и его профилактика» приняли участие студенты 10 учебных групп техникума по специальностям «Сестринское дело» и «Лечебное дело»;
- организовано представление в городских СМИ материалов по профилактике СПИД; проведена радиогазета в техникуме;
- роздано населению более 600 памяток о мерах профилактики СПИД при проведении уличной акции;
- создан профилактический видеоролик «Молодежь против СПИДа!» членами кружка и выставлен в социальной сети.

Рефлексия деятельности: члены студенческих кружков - участники проекта - приобрели опыт участия в подготовке, реализации и оформлении результатов проекта профилактической направленности по формированию у населения стратегии безопасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Информационные источники:

1. Малов В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии : учебник для студ. учреждений среднего проф. образования / В.А. Малов, Е.Я Малова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Академия, 2010. – 416 с.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник для студентов медицинских вузов /В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин - М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2009.-832 с.
3. ФЗ N 323 от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
4. Информационный бюллетень № 360 ноябрь 2015г. Всемирной организации здравоохранения.
5. Указ Президента РФ. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года
6. Наркевич М., Успех просчитан заранее, Медицинская газета № 8, март 2011г.
7. Сайт Роспотребнадзора http://rospotrebnadzor.ru/
8. Сайт Всемирной организации здравоохранения http://www.who.int/ru/

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Проценко Никита Олегович
Титенко Александр Александрович
Руководители: Максимова Наталья Викторовна
Харитова Елена Семеновна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Актуальность: По распространенности профессиональных заболеваний здравоохранения находится на пятом месте. Данные исследований, как самых первых, так и за последние десятилетия подтверждают то, что многие заболевания медицинских работников имеют

профессиональную обусловленность. [8] Особенно важно уделять внимание профилактике данных заболеваний, так как профилактическая медицина – главная цель здравоохранения во всех современных странах.

Цель исследования: изучить негативное влияние факторов вызывающих профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата среди медицинских сестер КГБУЗ "Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича".

Объект исследования: – медицинские сестры КГБУ "Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича".

Предмет исследования: влияние факторов вызывающих профессиональные заболевания опорно – двигательного аппатата у медицинских сестер КГБУЗ "Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича".

Задачи исследования:

1. Изучить обзор материала.

2. Проанализировать наличие факторов риска вызывающих заболевания опорно-двигательного аппарата среди медицинских работников среднего звена КГБУЗ "Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича".

3 Разработать рекомендации для практикующих медицинских сестер КГБУЗ "Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича" с целью профилактики развития заболеваний.

Исследование выполнено на базе КГБУ «Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».

Методы исследования: анкетирование и наблюдение.

Гипотеза исследования: В работе медицинской сестры присутствуют факторы риска развития профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Результаты исследования:

В результате изучения возрастного состава я определил, что старше 51 года – 19%; от 41 до 50 лет – 25%; от 31 до 40 лет – 35%; моложе 30 лет – 21 %.

Отвечая на следующий вопрос анкеты, было выявлено, что 55% респондентов прибывают в вынужденной рабочей позе (ассестирование при операциях, перемещение тяжелобольных пациентов), 15% отрицают наличия данного фактора, 30% - не всегда прибывают в вынужденной рабочей позе.

68% (34) исследуемых во время профессиональной деятельности пребывают в длительной статической нагрузке, 32% (16) – не подвергаются во время профессиональной деятельности пребывают в длительной статической нагрузке.

Отвечая на шестой вопрос анкеты, получены следующие результаты: 50% (25) – не соблюдают правила биомеханики при перемещении тяжелобольного пациента, 20% (10) - забывают о соблюдении правил биомеханике при перемещении тяжелобольного, 30% (15) придерживаются правил.

70% (35) – исследуемых не используют современные технические средства при перемещении пациента, 30% (15) – используют современные технические средства при перемещении пациента.

Отвечая на восьмой вопрос анкеты, получены следующие результаты: 42%(21) приходиться в силу служебных обязанностей выполнять длительную монотонную работу (заполнение документации, приготовление перевязочного материала), 58% (29) – не сталкиваются с этим.

Отвечая на следующий вопрос анкеты, получены следующие результаты: 56% (28) – респондентов испытывают эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации в течение длительного времени, 44% (22) - респондентов не испытывают эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации.

Отвечая на десятый вопрос анкеты, получены следующие результаты: 70% (35) – респондентов не занимаются регулярными физической культурой, 10% (5) – респондентов занимаются физическими упражнениями редко и не систематически, 20% (10) – респондентов занимаются в системе физическими упражнениями (фитнес, посещение бассейна, регулярная ходьба на свежем воздухе).

По результатам анкетирования можно отметить наличие хронических заболеваний у 70% (35) медицинских работников. Половина из них отметила наличие сразу двух систем организма, в

которых имеются хронические заболевания – сердечнососудистой и опорно-двигательной. На втором месте наличие хронических заболеваний сердечнососудистой системы и органов чувств. Также отмечены хронические заболевания мышечной системы, дыхательной системы. 30 % (15) сотрудников не имеют хронических заболеваний органов и систем.

1. **Выводы:** Проблема профессиональной заболеваемости опорно-двигательного аппарата у медицинских работников среднего звена в настоящее время действительно актуальна.

2. У респондентов выявлены факторы риска присутствующие в профессиональной деятельности медицинских сестер.

3. Осуществление комплекса профилактических мероприятий рекомендованных нами в трудовом процессе позволит улучшить функциональное состояние организма, поддержать высокий уровень трудоспособности и предупредить развитие профессиональных заболеваний среди среднего медицинского персонала.

Заключение: Все профессиональные заболевания медицинских работников среднего звена имеют свои факторы риска, особенности развития и отличительные особенности клинических проявлений, изучение которых позволяет разработать комплекс мероприятий по профилактике данных заболеваний, снизить количество осложнений и уровень потери профессиональной трудоспособности. Главными условиями защиты от профессиональных заболеваний являются индивидуальные мероприятия по поддержанию здорового образа жизни, соблюдение сотрудниками правил техники безопасности и общественные мероприятия по грамотной организации и проведению медицинских осмотров.

Список используемой литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными или опасными условиями труда».

2. Руководство Р.2.2.755—99 «Гигиенические критерии оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса».

3. Приказ МЗ РФ № 176 от 28.05.2001 г. «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации»

4. Постановление Правительства РФ № 967 от 15.12. 2000 г. «Об утверждении положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»

5. Приказ Минздравсоцразвития от 16 августа 2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований).

6. СанПин 2.2.2.540-96 Гигиенические требования к ручным инструментам и организации работ.

7. Авота М.А. Объективные и субъективные данные о профессиональных заболеваниях медицинских работников России / М.А. Авота, М.Э. Эглите, Л.В. Матисане и др. //Медицина труда и промэкология. – 2002. – № 3. – С.33-37.

8. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // Мед. помощь. 2013. № 2. С. 25-29.

9. Ашбель С.И., Куприянова Т.С., Маронов Л.А. //Гиг. и сан. – 2014. – № 6. – С. 49-51.

10. Благодатин В.М., Богословская И.А., Миронов П.А., Герасимова М.М. // Всесоюзная конференция «Труд и здоровье медицинских работников»: Тезисы докладов / Под ред. В.А. Капцова. – М., 2011. – С. 123-125.

11. Бойко И.В. Данные о профессиональных заболеваниях работников здравоохранения и медицинской промышленности в Санкт-Петербурге / И.В. Бойко, Т.М. Наумова, Л.Б. Герасимова // Медицина труда и промэкология. – 2011. – № 2. – С. 29-31.

12. Вялкова Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М.: Моск. мед. акад., 2011.

13. Горблянский Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников / Ю.Ю. Горблянский // Медицина труда и проэкология. – 2013. – № 1. – С. 8-12.

14. Дегтерева Э.П. Гигиена труда медицинских работников в медицинских учреждений различной формы собственности: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград: Волгогр. гос. мед. ун-т, 2014. – 19 с.

15. Здравоохранение Санкт-Петербурга в цифрах: Сборник статистических материалов под ред. В.Г. Корюкина. – СПб., 2014.

16. Зуева Л.П. Психоэмоцианальный фактор условия труда в лечебных учреждениях и его влияние на состояние здоровья медицинских работников / Л.П. Зуева, Е.С. Трегубова, Е.Н. Колосовская, Н.А. Петрова //Медицина труда и промэкология. – 2012. – № 5. – С. 37-41.

17. Косарев В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В.В.Косарев, Г.Ф.Васюкова // Гигиена и санитария. – 2014. – № 3. – С. 37-38.

18. Лымин ВЛ. Некоторые причины, вызывающие появление различных аллергодерматозов // Вести, последиплом. мед. образ. 2013. № 2. С. 16-17.

19. Нехорошев А.С. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности медицинских сестер северо-западного региона России / А.С. Нехорошев, Т.Г. Федорова, Г.Н. Котова // Гигиена и санитария. – 2013. – № 3. – С. 24-27.

20. Эпидемиология и профилактика профессиональных заболеваний вирусными гепатитами B, D и C среди медицинских работников: Учебно-методическое пособие / Сост. Тимербулатов В.М., Ефимов Г.Е., Шляхтенко Л.И., Плечев В.В., Мурысева Е.Н., Каиданек Т.В., Кондратьева К.Ф., Ахметов В.М. – Уфа : Изд-во Башкир, гос. мед. ун-та, 2011. 65 с.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛИ В СПИНЕ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ЛЕЧЕБНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА

Абдрашитова Эльвира Рашидовна
Руководитель: Колодина Ольга Петровна
КГБПОУ Ачинский медицинский техникум

Боли в спине на сегодняшний день являются одной из актуальных общемедицинских и неврологических проблем. Болевой синдром вертебрального характера ежегодно регистрируется у 15-25% взрослого населения страны.

В возрасте 30-45 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности. Из общего числа больничных листов, выдаваемых неврологами, более 70% приходится на различные неврологические проявления остеохондроза[5]. Несмотря на такую распространенность только 40% больных обращаются за врачебной помощью. У трети больных отмечается хронизация боли, которая сохраняется более 12 недель[5].

Боль в спине часто бывает обусловлена повреждением (растяжением) околопозвоночных мышц при тяжелой физической работе, а также рефлекторным мышечным спазмом при повреждении или заболевании позвоночника.Боли в спине распространѐнный синдром для людей разных профессий. Вместе с тем, профессия медицинской сестры одна из ведущих в группе риска по возникновению синдрома боли в спине.

По данным мировой статистики, каждый год 80 тысяч работников среднего медицинского звена травмируют себе спину. 3,36 тысяч человек вынуждены уходить на пенсию из за полученных травм спины, что составляет примерно 10 человек ежедневно. Травматизация спины, имеет серьезные последствия, как для самого медицинского работника, так и для лечебного учреждения. Решение проблемы требует обеспечения условий, необходимых для оптимальной организации сестринского труда и своевременной профилактики профессиональных заболеваний.

Таким образом, тема исследования: «Профилактика боли в спине у медицинских сестер лечебных отделений стационара» является актуальной и практически значимой.

Цель: выявить причины боли в спине у медицинских сестер лечебных отделений стационара и разработать рекомендации по профилактике боли в спине у медицинских сестер.

Гипотеза: Процесс профилактики боли в спине у медицинских сестер будет эффективен, если будут теоретически обоснованы и систематически применены рекомендации по безопасной организации сестринского труда связанного с физической нагрузкой.

Основным направлением исследовательской работы кружка «Сестра милосердия» более 2 лет является исследование вредных производственных факторов, связанных с физической нагрузкой, влияющих на организм медицинской сестры, организация профилактики профессиональных заболеваний.

В этом учебном году особое внимание уделено профилактике боли, поскольку этот синдром напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи пациентам

Для разработки рекомендаций по профилактике боли в спине у медицинских сестер лечебных отделений стационара важно знать механизм и ключевые причины и факторы риска возникновения болевого синдрома.

Представителями профессии медицинская сестра в основном являются женщины. Именно на их плечи возложен ответственный труд лечения ухода и реабилитации пациентов. Учеными доказано, что костный скелет у женщин развит слабее, чем у мужчин, он менее прочен на сжатие, поэтому перенос тяжестей особенно неблагоприятен для женского организма. Благодаря эластичности связок и дисков позвоночник у женщин более гибкий, и это снижает его прочность. Длительные мышечные нагрузки легко вызывают у женщин перенапряжение мышц, и как следствие развивается боль.

Физиология боли включает мышечно-связочный, костно-суставной и неврогенный механизм развития.

Мышечно-связочная боль возникает при быстром, неловком, не кооридинориванном движении, что ведет к нарушению целостности самой мышцы, растяжении и спазму, в результате нарушается кровообращение и возникает отек.

Костно-суставная боль возникает после большой физической нагрузки, резких рывков и носит парализующий характер.

Неврогенная боль является проявлением нарушения на уровне межпозвоночного диска.

Появление выбухающей грыжи диска, приводит к травматизации нервного корешка и нарушению кровообращения. Нервный ствол становится сверх чувствительный и отвечает сильной острой болью (прострел) с иррадиацией в нижние конечности.

Основным фактором, влияющим на развитие этих механизмов, является тяжелая физическая нагрузка.

Изучение литературы, наблюдения, опрос медицинских работников позволило выявить ряд следующих факторов среди медицинских сестѐр лечебных отделений стационара, влияющих на развитие боли в спине:

1. Регулярная, чрезмерная, некоординированная физическая нагрузка на организм при уходе за пациентом, особенно за тяжелобольными, передвижении тяжѐлой аппаратуры, перенос коробок с лекарственными препаратами, перемещение кварцевых лампы и многое другое.
2. Вынужденная «рабочая поза» медицинской сестры. Заполнение медицинской документации, ассистирование во время медицинских манипуляций сопровождается постуральным напряжением мышц спины, это неблагоприятно для позвоночника и мышечного аппарата спины, впоследствии приводит к появлению боли в спине. Еще более неблагоприятна рабочая поза, стоя с наклоном вперед, поскольку мышцы вынуждены дополнительно напрягаться для сохранения равновесия на малой площади опоры (стопе).
3. Эргономически неправильно организованное рабочее место. Отсутствие вращающегося стула, низкий или высокий стол.
4. Отсутствие или недостаток средств малой механизации для перемещения пациента.
5. Незнание правил и приѐмов медицинской эргономики при перемещении пациента.
6. Неправильное расположение ног, неправильный захват пациента при поднятии.

Профилактическая работа, должна быть, направлена прежде всего на устранение данных факторов.

Членами кружка «Сестра милосердия» КГБПОУ АМТ в течение двух лет проводится исследование вредных производственных факторов, связанных с физической нагрузкой, влияющих на организм медицинской сестры на базе психиатрического отделения №3 филиала №7 КГБУЗ «ККПНД №1» Для разработки рекомендаций по эффективной организации профилактики боли в спине в 2015г. и в .2016г. проводился сотрудников методом анкетирования. В исследовании принимали участие 15 медицинских сестѐр, которые согласились ответить на вопросы анкеты.

Результаты опроса, проведенного в 2015г. свидетельствуют о выраженности проблемы - боли в спине испытывают 84% от общего числа опрошенных, низкой осведомленности медицинских сестер о правилах эргономики – знают правила только 4% и недостаточном использовании ими мер по профилактике боли в спине – 2%. После проведенного опроса с медицинскими сестрами была проведена профилактическая работа, подготовлены и внедрены информационные материалы по данной проблеме. В 2016г. с целью определения эффективности проведенной работы, координации дальнейших действий проведено повторное анкетирование и проведен сравнительный анализ. Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о целесообразности проводимой работы. Несмотря на то, что физическую нагрузку при выполнении функциональных обязанностей испытывают 100% опрошенных, возросла осведомленность респондентов о правилах эргономики до 7%, стали использовать меры профилактики -12% , вместе с тем незначительно снизилось количество испытуемых, отмечающих у себя наличие боли в спине с 84% в 2015г. до 79%. Таким образом, проводимую работу, в целом, можно считать продуктивной. Данный факт, позволяет надеяться, что медицинские работники при своевременном применении знаний и правил безопасности при перемещении тяжестей способны предотвратить профессиональные заболевания и снизить риск развития боли в спине.

Вместе с тем, необходимо отметить необходимость активизации усилий, направленных на профилактику болей в спине у медицинских сестер данного отделения.

Проведѐнное исследование подтверждает выдвинутую гипотезу и позволяет сделать следующие выводы.

1. Физическая нагрузка является приоритетным фактором при развитии боли в спине.
2. Медицинское учреждение остро нуждаются в дополнительных средствах малой механизации сестринского труда.
3. Развитие боли в спине тесно связанно с не знанием медицинскими сестрами правил перемещения пациентов.
4. Профилактика боли в спине должна проводиться заранее, .до появления первых симптомов.
5. Самое эффективное и общедоступное средство профилактики заболеваний позвоночника - обычная физкультура.

На основании этого, членами кружка разработан комплект информационных материалов, по профилактике боли в спине у медицинских сестѐр, разработаны рекомендации по обеспечению условий создания безопасной организации сестринского труда связанного с физической нагрузкой.

Литература.

1. Постановление Правительства РФ «О новых нормах предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную», №105 от 06.02.1993.
2. Приказ МЗ РФ «О медицинской реабилитации» №1705н от 29.12.2012.
3. Гуркина Л.А. Основы эргономики и безопасного перемещения пациента. М., 2014.
4. Девятова М.В. Лечебная гимнастика при поясничном остеохондрозе. СПб., 2013.
5. Механотерапия, или как жить без боли в спине//Сестринское дело, №7, 2015, с. 28-29.
6. Тарновская И.А. Безопасность сестры на рабочем месте//Сестринское дело, № 5-6, 2011, с. 30-32.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО

Трофимов Дмитрий Сергеевич
Черникова Алина Николаевна
Руководители: к.м.н. Потупчик Татьяна Витальевна
Харюшина Валентина Николаевна
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж

Изучение проблем учащейся молодежи на современном этапе приобретает особую актуальность.

На фоне негативных изменений экологической обстановки, социальных проблеми экономической нестабильности прослеживается динамика увеличения поступления в учебные заведения детей и подростков с ослабленным здоровьем [2]. Вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения студенты относятся к группе повышенного риска [6]. Адаптация к новым условиям обучения происходит благодаря мобилизации функциональных резервов и требует определенного напряжения регуляторных систем. Эти изменения происходят, прежде всего, в системах дыхания и кровообращения, которые ответственны за обеспечение органов и тканей кислородом и питательными веществами [1]. Сердечно-сосудистая система наиболее чутко реагирует на неблагоприятные воздействия окружающей среды, поэтому является индикатором адаптационно-приспособительных реакций [5].

Существовавшие еще в советское время нормы физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) возвращаются в Россию. В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания с 1 сентября 2014 года Указом Президента РФ был введен Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс ГТО. Данный указ предусматривает определение понятия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО как программной и нормативной основы системы физического воспитания населения. Предполагается, что внедрение норм ГТО позволит увеличить число россиян, уделяющих внимание физкультуре и спорту с 22,5% в 2012 году до 40% в 2020 году [8].

Целями комплекса ГТО в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования являются:

– формирование у студентов устойчивой потребности в регулярных занятиях физической культурой и спортом;

– использование средств физической культуры и спорта в оздоровлении студенческой молодежи;

– совершенствование физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательных учреждениях.

Основными задачами комплекса ГТО являются:

– формирование у студенческой молодѐжи устойчивого интереса к развитию собственных физических и морально-волевых качеств, здоровому образу жизни, готовности к защите страны;

– модернизация учебной и внеучебной деятельности по развитию массовой физической культуры в учебном заведении;

– совершенствование программно-методического обеспечения занятий физической культурой;

– осуществление контроля за уровнем физической подготовки и степени владения практическими умениями физкультурно-оздоровительной и прикладной направленности [9].

В ряде ВУЗов в России были проведены исследования, позволяющие определить исходный уровень физической подготовленности, которые показалинизкий уровень подготовленности студентов, не удовлетворяющими нормативные требования комплекса ГТО. Дальнейшие исследования в динамике показали, что приростпоказателей физической подготовленности был незначительный (2-6%). Это требует коррекции учебно-тренировочного процесса в плане обеспечения гармоничности физического развития студентов [7].

Цель данного исследования: провести сравнительный анализ гемодинамических показателей и уровня физической подготовленности у студентов порезультатамдвух этапов исследования.

Задачи:

1. провестиоценку гемодинамических показателей у студентов 2 года обучения в колледже;
2. оценить уровень физической подготовленности у студентов 2 года обучения в колледже;
3. выявить динамические изменения полученных показателей.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе в начале учебного года (2014 г.) было проведено обследование студентов женского пола 1 курса Фармацевтического колледжа, отделения «Сестринское дело» в количестве 34 человека в возрасте 15-19 лет. Исследуемые были разделены на 2 группы: основная группа - 15 студентов (проживающих в городе) и группа сравнения – 19 студентов (проживающих в сельской местности). На 2 этапе по тем же показателям проведены исследования тех же студентов отделения «Сестринское дело» 2 курса в количестве 32 человек. Для изучения гемодинамических показателей использовались следующие методы исследования:антропометрия (измерение массы и длины тела) и подсчет индекса Кетле (ИК) = масса тела (кг) / длина тела (м)^2; измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), числа дыхательных движений (ЧДД); подсчитывался индекс Робинсона (ЧСС*САД/100); вычислялись значения пульсового давления (ПД=САД-ДАД); по формуле Старра рассчитывались систолический объем (СО=90,97+0,54*ПД-0,54* ДАД-0,61*В, где В-возраст обследуемого) и минутный объем кровотока (МОК=СО*ЧСС);определялся индекс межсистемного взаимоотношения Хильдебранта (Q=ЧСС/ЧД) и индекс функциональных изменений(ИФИ=0,011*ЧСС+0,014*САД+0,008*ДАД+0,014*В+0,009*МТ-(0,009*ДТ+0,27).

Все исследуемые показатели оценивались с учетом пола, антропометрических данных и возраста [3]. Для изучения уровня физической подготовленности студентов оценивались данные бега на 100 м, прыжка в длину с места, поднятие туловища, челночный бег, прыжки на скакалке [8]. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета прикладным программ «Statistica 5.5 forWindows».

На 1 этапе проведенный анализ свидетельствовал о том, что у студентов обеих групп часто встречались отклонения гемодинамических показателей: тахикардия (чаще наблюдалась у студентов сельской местности); повышенные показатели САД и ДАД (чаще отмечались у городских учащихся); у исследуемых обеих групп регистрировались пониженные показатели индекса Робинсона (40%) и нарушения межсистемных взаимоотношений в кардиореспираторной системе (30%), повышенные показатели пульсового давления (40%), свидетельствующие о снижении функциональных резервов организма. Нарушение физического развития в виде ИМТ чаще отмечалось у городских студентов (13,3%).

Пониженный уровень физической подготовленности студентов по показателям бега на 100м, прыжка в длину с места, отжимания от пола наблюдался у значительного числа студентов обеих групп (40-68%), что свидетельствовало о недостаточной готовности обучающихся к сдаче норм комплекса ГТО.

На 2 этапе было проведено повторное исследование по тем жекритериям. Были выявлены изменения по следующим показателям:

бег на 100 м - на первом этапе 55,9% студентов имели показатели ниже нормы, однако на втором этапе этих студентов стало на 2,6% меньше и составило 53,3%; прыжки в длину с места - 64,7% учащихся на первом этапе и 59,4% на втором; челночный бег - студентов, не сдавших норматив, было 5,8%, а на втором 3,1%, остальные показатели физической подготовленности улучшились не более чем на 1%.

Также отмечалась положительная динамика по ряду гемодинамических показателей: количество студентов, имеющих отклонения со стороны АД и ЧСС уменьшилось на 4%, Индекс Робинсона, характеризующий работу сердца, был ниже нормы у 53,8% на первом этапе, а на втором таких студентов было меньше (41,2%). Минутный объѐм крови повысился у 22,6% студентов, по сравнению с первым этапом.

Таким образом, отмечается минимальная, но положительная динамика со стороны как гемодинамических, так и показателей физической подготовленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко // Ростов н/Д.: Феникс.- 2000. – С. 248.
2. Баранов, А.А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации / А. Г. Ильин, А.А.Баранов, А. Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-12.
3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертонии у детей и подростков:методическиерекомендации. – Красноярск: тип. КГМА, 2002. – С. 49.
4. Критерии оценки адаптационных состояний у детей школьного возраста**:** методические рекомендации для курсантов ИПО – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012. – С. 17.
5. Псеунок, А. А. Адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы детей, обучающихся по новым образовательным программам / А. А. Псеунок // Педиатрия. – 2005. – № 6. – С. 77-79.
6. Спицин, А. П. Вариабельность сердечного ритма в условиях нервно-психического напряжения / А. П. Спицин, Т. А. Спицина // Гигиена и санитария. – 2011. - №4. – С. 65-68.
7. Туревский, И. М. Соотношение основных средств физического воспитания при подготовке студентов к сдаче норм комплекса ГТО / И. М. Туревский, А. Ю. Фролов, Г. А. Петрушина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. - № 1-3 (32). – С. 23-30.
8. Приказ Министерства спорта РФ №575 «Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «готов к труду и обороне» (ГТО)»

Внедрение Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса ГТО в Ярославской области [Электронный ресурс]: http://гто76.рф/normativnaya_baz

«ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕШЕНИИ ЗАДАЧ СВЯЗАННЫХ С ДОНОРСТВОМ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»

Полюдова Дарья Евгеньевна
Руководители: Емельянова Елена Анатольевна,
Рубцова Ирина Владимировна
КГБПОУ Лесосибирский медицинский техникум

Введение. Актуальность темы.

Символом донорства является пеликан – птица, испытывающая великую любовь к своим птенцам.

Легенда о нем рассказывает: «Пеликан, обессиленный поисками пищи, опустился в гнездо. Здесь птицу ожидали пятеро голодных птенцов. Их писк терзал сердце матери. Птица была одержима одним – накормить своих птенцов. И вдруг она сильным движением клюва разорвала себе грудь. Теплые струйки крови потекли в клювы пеликанят». Но это лишь легенда.

История донорства в России берет начало в первой трети XIX века. 20 апреля 1832 года в нашей стране было проведено первое переливание крови: петербургский акушер Андрей Вольф перелил роженице, потерявшей большое количество крови, кровь ее мужа. Переливание прошло успешно, и женщина была спасена.

К середине 1930-х годов в стране стали формироваться основные научные принципы донорства: максимум пользы больному, никакого вреда донору и добровольность самого донорства.

А как же обстоит дело с донорством в России сегодня?

В последнее десятилетие донорство переживает не самые лучшее времена, что связано с глубокими, социально-экономическими преобразованиями в стране. Медицина сделала огромнейший шаг вперѐд: новые технологии и оборудование, но до сих пор учѐные так и не придумали полноценный заменитель человеческой крови. Поэтому доноры по-прежнему спасают миллионы жизней.

Донорство крови является одной из важнейших тем, которая требует постоянного внимания.

В Красноярском крае и по России в целом существует большая потребность в донорской крови. Еѐ компоненты востребованы практически во всех стационарах города и края. По данным Министерства здравоохранения, ежегодно в переливании крови нуждаются 1,5 миллиона человек. В России на тысячу жителей приходится 13-15 доноров (а для нормального обеспечения требуется от 40 до 60).

Студентами кружков «Мединфо» и «Милосердие» была проведена научно - исследовательская работа, целью которой является определение роли медицинской сестры в решении задач, связанных с донорством крови и ее компонентов.

Для реализации цели исследования нами были поставлены следующие **задачи**:

- Изучить Федеральный закон РФ от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов".
- Изучить осведомленность жителей г.Лесосибирска о проблемах, связанных с донорством крови.
- Изучить информированность населения о деятельности государства в сфере донорства крови.
- Определить наиболее распространенные и наиболее эффективные информационные каналы, по которым население хотело бы получать сведения о проблемах, связанных с донорством крови в г.Лесосибирске.
- Выявить причины, по которым люди не сдают кровь.
- Определить отношение населения к безвозмездному донорству
- Проанализировать готовность населения принять участие в волонтерском движении, в пропаганде донорства крови.

Для достижения поставленной цели были использованы следующие **методы:**

- Изучение литературы
- Анкетирование
- Анализ и обобщение полученных результатов.

Объект исследования: проблемы донорства крови и ее компонентов.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры при решении задач связанных с донорством крови и ее компонентов.

В соответствии с темой мы выработали следующую **гипотезу** исследования:

Активная деятельность медицинской сестры по пропаганде донорства позволит повысить моральный долг и привлечь население к донорскому движению.

Место проведения исследования:

- ККБУЗ «Красноярский Краевой центр крови №1» Лесосибирский филиал.
- Образовательные учреждения и предприятия г.Лесосибирска.

Первым этапом нашей работы мы провели обзор литературы и ознакомились с историческими аспектами по вопросам донорства крови, а также изучили нормативную документацию *«Федеральный закон РФ от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов"».*

Ознакомились с деятельностью КККУЗ «ККЦК №1» Лесосибирский филиал.

Развитие Службы крови зависит от решения ряда актуальных организационных проблем, наиболее важным из них является донорство. В настоящее время донорство вышло за пределы узко медицинской проблемы и стало проблемой социальной, отражающей взаимоотношения между людьми и тем самым затрагивающей интересы всего нашего общества.

Вторым этапом с целью оценки информированности населения о донорстве крови и ее компонентов нами было проведено социологическое исследование-анкетирование людей разных возрастных групп и профессий. В опросе приняли участие 60 респондентов. Из них: являются донорами- 16, не являются - 14

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования, нами были получены следующие статистические данные по количеству доноров по г. Лесосибирску за последние 3 года.

	2013год	2014 год	2015 год
первичные	937	787	678
повторные	1439	1361	1458
активные	1597	1628	1619
итого	3973	3776	3755

Как видно, количество первичных доноров к 2015 году снизилось.

Специалисты центра крови отмечают положительную тенденцию - среди доноров последнее время много молодых людей, в том числе студентов.

Большая часть опрошенных (61%) считает, что в настоящее время существует нехватка донорской крови. 9% считают, что такой проблемы не существует, 18% ответили, что такая проблема возникает время от времени и 11% затруднились ответить на поставленный вопрос.

В большей степени наличие проблемы нехватки донорской крови отмечают молодые люди в возрасте до 26 лет, а также работающие, но не занимающие руководящих позиций респонденты зрелого возраста (36-45 лет).

Государство должно принимать меры по решению проблем нехватки донорской крови – так считает абсолютное большинство (89%) опрошенных.

Только 2% опрошенных полагают, что дефицит крови можно ликвидировать без вмешательства государства.

На вопрос «знаете ли вы о мерах государственного стимулирования донорства?» мнение разделилось следующим образом: 13%- хорошо знают, 39% - слышали, но не имеют четкого представления, 30%- ничего не слышали об этом, 17% затрудняются с ответом.

На вопрос «какие меры должны приниматься государством по решению проблем нехватки донорской крови?» были получены следующие ответы: 52% респондентов считают, что проблема нехватки крови может быть решена через рекламу и пропаганду донорского движения в СМИ, часть респондентов (35%) считают, что проблема может быть решена за счет льготного медицинского обслуживания, 34% - за счет проведения дней доноров на предприятиях и в учебных заведениях (ВУЗы, техникумы), 14% - за счет участия известных лиц в сдаче крови.

На вопрос «в каких источниках Вам встречались материалы, пропагандирующие донорство?» наибольшее количество респондентов назвали телевидение и интернет: 65% и 58 % соответственно.

Большая часть опрошенных считает, что донорство не должно быть безвозмездным.

На вопрос «какое вознаграждение должно полагаться донорам за сданную кровь?» мнение разделилось следующим образом: денежное вознаграждение-27%, льготное медицинское обслуживание- 22%, дополнительное питание- 17%, путевки в дома отдыха, пансионаты – 17%, льготы на оплаты коммунальных услуг, транспорта -16%, звание почетного донора, знак отличия-12%.

17% опрошенных считают, что никакого вознаграждения не должно полагаться, поскольку донорство – это бескорыстное дело.

На вопрос «почему Вы решили стать донором?» большая часть респондентов (29%) ответила- желание помочь больному.

Среди опрошенных так же были высказаны следующие мотивы:

• **Активная гражданская позиция**, стремление действовать, если есть возможность кому-то помочь (*«это единственное, чем я могу помочь пострадавшим»; «из простого человеческого сострадания и милосердия»*).

• **Особая ответственность людей, знающих, что обладают редкой**, «дефицитной» **группой крови** (*«редкая группа крови»; «у меня редкая группа крови, она часто нужна»*).

• **Принадлежность к медицинскому** сообществу, понимание донорства как части миссии медицинского работника (*«врач в будущем»; «медработник»*).

Нами в ходе опроса были выявлены причины по которым респонденты не хотят сдавать кровь и ее компоненты. Были названы причины из-за которых население не сдает кровь.

Из диаграммы видно, что большинство людей не могут сдавать кровь по медицинским показаниям (25%), никогда не задумывались над вопросом донации (19%), боятся заразиться ВИЧ, гепатитом (14%), а также боятся болезненных ощущений, не доверяют медицинским работникам.

Был задан вопрос «Готовы ли вы на добровольной основе принимать участие в деятельности общественных организаций, волонтерских организаций по развитию донорства?» и получили следующий результат: да- 17% , нет- 27%, затрудняюсь ответить- 56%.

На третьем этапе участниками кружков «Мединфо» и «Милосердие» было проведено повторное анкетирование респондентов после проведенных индивидуальных и групповых бесед. Повторное анкетирование было нацелено на выявление уровня информированности о донорстве крови и ее компонентов.

Результат был получен следующий: количество потенциальных доноров и потенциальных волонтеров увеличилось.

Заключение

Развитие донорства в значительной степени зависит от эффективных форм и методов пропаганды донорства. Большое значение имеет организация доходчивых форм пропаганды, адресованных к конкретным группам населения. Конечным результатом такой работы должно стать привлечение к донорству тех слоев населения, которое не заинтересовано в денежной компенсации, а принимает участие в донорстве безвозмездно, по моральным соображениям.

Цель пропаганды донорства – довести до сознания каждого здорового человека, что его моральный долг – отдать часть своей крови для переливания больным.

На заключительном этапе нашей исследовательской работы мы начали привлекать к участию студентов в качестве волонтеров и увидели, что им интересно заниматься пропагандистской деятельностью.

Темадонорствакровиизначальнопозитивна.

У донорства в России появилось новое лицо. Движение стало определенным брендом. Мы видим как постепенно, но уверенно формируется массовое донорское движение в стране. Это радует и вдохновляет, хочется быть вместе с этими людьми. Очевидно, что безвозмездных доноров крови становиться больше.

Говоря о донорском движении, мы бы использовали слово «вовлечение». В нашем деле просто быть сопереживающим мало, нужно что-то делать. Сдавать кровь, вовлекать других людей, помогать конкретными вещами. Осознание необходимости данного движения, ощущение единства с тысячами других доноров, желание помочь людям формируют чувство ответственности.

Поэтому и было принято решение о создании отряда волонтеров на базе нашего техникума, который будет заниматься пропагандистской работой.

Всегда нужны люди, которые поведут за собой и помогают в этом волонтеры. Многие хотят помочь,нонезнаюткак.

Совместно со специалистами центра крови говорили о том, как сделать нашу работу по привлечению доноров эффективной. Составили и согласовали с центром крови план мероприятий.

Специалисты смогли не только обучить волонтеров, но и вдохновить, вовлечь в решение конкретных задач. Наши волонтеры уже сегодня проводят информационные встречи с коллективами и населением, обучают, приводят примеры реальных историй и делятся личным опытом. Благодаря нашей работе мы смогли привлечь в ряды доноров 6 человек.

Донорство это хорошее дело, и оно должно быть праздником. У всех и так много в жизни трудностей, и доноры пойдут сдавать кровь, если почувствуют радость и поймут, что от этого зависитжизньдругихлюдей.

Ещѐ хорошо, когда этим занимаются сами молодые люди. Они могут распространять информацию не только в рамках специальных мероприятий, но и в неформальной среде: среди друзей, знакомых, родственников.

Вывод:

В процессе проведенного исследования можно сказать, что **гипотеза** подтвердилась, так как по полученным результатам мы видим, что при активном информировании населения о социальной значимости донорства крови и ее компонентов через средства массовой информации, а также посредством издания и распространения произведений науки, литературы и рекламных

материалов, организации тематических выставок, смотров, конференций и использования других способов возможно привлечение большего количества потенциальных доноров к сдаче крови и ее компонентов, в том числе и на безвозмездной основе.

«АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА СОВРЕМЕННЫЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА»

Федина Валентина Сергеевна
Труханова Анастасия Александровна
Руководитель: Самородская Наталья Евгеньевна
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Серьезную опасность для пациентов в лечебных учреждениях представляют инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Один из эффективных методов борьбы с ними - постоянная и правильная дезинфекция рук, инструментов и поверхностей. Дезинфекционная обработка медицинского инструментария осуществляется медицинскими сестрами, которые при этом постоянно контактируют с токсичными средствами дезинфекции. Возникает существенное противоречие: использование токсичных дезинфицирующих средств необходимо для обеспечения безопасности пациентов, но при этом данные средства значительно усложняют жизнь медицинских работников, их применяющих.

Цель: провести анализ возникновения аллергических реакций на современные дезинфицирующие средства у медицинских работников среднего звена.

Гипотеза: постоянный контакт с современными дезинфицирующими средствами приводит к возникновению аллергических реакций у медицинских работников.

Задачи:

- изучить должностные обязанности медицинских сестер, работающих в лечебных отделениях стационара; - выявить специфику развития аллергий и аллергических реакций; - провести анализ возникновения и развития аллергических реакций у медицинских сестер, работающих в процедурных и манипуляционных кабинетах. - составить рекомендации для среднего медицинского персонала, направленные на уменьшение риска возникновения аллергических реакций.

Объект: средний медицинский персонал.

Предмет: аллергические реакции на дезинфицирующие средства у среднего медицинского персонала.

Методы исследования:

- анализ литературы;
- анкетирование с последующим анализом полученных результатов.

Теоретическая часть.

Некоторые группы медицинских работников, в том числе и медицинские сестры, в процессе трудовой деятельности подвергаются неблагоприятному воздействию разнообразных химических веществ.

В медицине из раздражающих веществ достаточно широко и постоянно применяются соединения хлора, четвертичные аммониевые соединения, гуанидины, альдегиды, спирты.

В условиях профессиональной деятельности наиболее частым является поступление в организм химических веществ ингаляционным путем и при контакте с кожей.

Аллергические реакции (реакции гиперчувствительности) представляют собой реакции иммунной системы, сопровождающиеся повреждением здоровых тканей собственного организма.

Существуют различные формы аллергии: аллергия дыхательных путей, аллергический конъюнктивит, аллергические дерматозы, аллергическая энтеропатия. Чаще встречаются аллергические дерматиты, аллергические риниты, крапивница, бронхиальная астма.

О профессиональном характере возникновения заболевания свидетельствует:

- неотягощенный аллергологический анамнез;
- заболевание возникло в период профессиональной деятельности;

- ухудшение клинических проявлений в период работы;

- снижение активности процесса при прекращении трудовой деятельности (в случае, если заболевание не запущено);

- контакт с раздражающими веществами различной природы или потенциальными аллергенами во время производственной деятельности;

- отрицательные результаты аллергопроб на бытовые, эпидермальные, пищевые аллергены, растения.

Этапы исследовательской работы.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» в отделениях терапевтического профиля.

Медицинским сестрам было предложено ответить на вопросы анкеты:

Данные по результатам анкетирования распределились следующим образом:

100% респондентов – женщины.

Наличие аллергии выявлено у 50% респондентов.

Кашель выявлен у 50% респондентов.

Наличие насморка отметили 60% респондентов.

Наличие одышки отметили у себя 60% респондентов.

Наличие головной боли выявлено у 60% респондентов.

Зуд беспокоит 60% респондентов.

Симптомы раздражения глаз выявлены у 70% респондентов.

Кожные высыпания выявлены у 40% респондентов.

Наличие диареи выявлено у 30% респондентов.

Из результатов анкетирования стало известно, что при работе с дезинфектантами маску используют 90%, респиратор 10%, очки 10%, перчатки 100% медицинских работников.

По результатам анкетирования видно, что медицинские работники в течение рабочего дня чаще обрабатывают руки мылом, чем антисептиком.

В ходе анализа научной и методической литературы был проведен анализ возникновения аллергических реакций на современные дезинфицирующие средства в отделениях терапевтического профиля.

Были изучены должностные обязанности медицинских сестер, работающих в отделениях. Основная деятельность медицинских сестер направлена на оказание медицинских услуг пациентам. Технология любой услуги предполагает использование дезинфицирующих растворов.

Был проведен анализ возникновения и развития аллергических реакций у медицинских сестер. Данные исследования свидетельствуют о наличии явных признаков аллергии с ярко выраженными проявлениями в виде зуда, кашля, головных болей, тошноты, покраснений кожи и др.

Таким образом, нам удалось доказать сформулированную гипотезу и решить все поставленные задачи.

Профилактические мероприятия у медицинских работников, имеющих постоянный контакт с дезинфектантами, предусматривают средства коллективной (вентиляция) и индивидуальной зашиты (спецодежда, маски и пр.). Тщательно должны проводиться профосмотры, целью которых является выявление лиц с отягощенным аллергологическим анамнезом и первых симптомов патогенного воздействия в процессе трудовой деятельности.

Для того, чтобы уменьшить риск воникновения аллергических реакций, следует придерживаться следующих правил:

1.При работе с дезинфицирующими растворами необходимо использовать индивидуальные средства защиты: маски, респираторы, очки, водонепроницаемые костюмы и пр.

2. Способствовать распространению в ЛПО метода «сухой очистки», что снижает количество контактов медицинских работников с токсичными средствами дезинфекции.

3.Герметичное хранение средств дезинфекции снизит количество контактов медицинских работников с ними. Дезинфицирующие средства должны храниться отдельно в плотно закрытом месте, в плотно закрытой упаковке. Доступ к этим средствам должно иметь ограниченное количество людей.

4.Снизить частоту использования средств с сильным раздражающим эффектом (особенно анионных моющих средств);заменить средства, раздражающие кожу, на те, которые обладают минимальным раздражающим эффектом (например, хлоргексидин – на этиловый спирт);

5.обучать медицинский персонал вопросам использования средств гигиены рук и ухода за ними: избегать мытья рук горячей водой;заменить мытье рук водой с мылом обработкой спиртосодержащими антисептиками (за исключением случаев, когда руки очевидно загрязнены). Обработка рук антисептиком не дополняет мытье рук, а заменяет ее!

6.обеспечить персонал соответствующими перчатками, увлажняющими средствами, средствами ухода за руками.

7.Ориентировать медицинский персонал на ведение здорового образа жизни и повышение иммунитета, т.к. это снижает риск развития аллергических реакций.

Список литературы:

1. Арутюнов С.Д., Царев В.Н., Остроухова А.А.. Основы применения современных методов стерилизации и дезинфекции. Учебное пособие. – М., 2003. – 74 с.
2. Ахмеджанов Р.Р., Кудинова С.И. Основы токсикологии. – Томск: ТПУ, 2003. – 84 с.
3. Горячев С.Ф., Горячева Л.В. Аллергия. – Кисловодск: КМК, 2010. – 156 с.
4. Косарев В.В., Бабанов С.А. Аллергические заболевания медицинских работников // Главная медицинская сестра. – Самара, 2010. - №4. – С. 55-58.
5. Рогова Н.В. Первая доврачебная помощь. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2002. – 184 с.
6. Шандала М.Г. Дезинфектология как научная специальность // Дезинфекционное дело, 2014. - №4. – С. 258-270.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФАРМАЦЕВТОВ-ПЕРВОСТОЛЬНИКОВ

Ермакова Юлия Сергеевна
Руководитель: Ярославцева Лариса Ивановна
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - состояние эмоционального истощения, которое проявляется в нарушении психологического и физического состояния человека.

К. Маслач рассматривает синдром эмоционального выгорания как ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающую в себя три взаимосвязанных компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений [3]. Существует целый ряд профессий, которые чреваты возникновением СЭВ, их можно разделить на две большие группы. В первую входят те, которые предполагают работу с людьми любой направленности и уровня, более 70% своего рабочего времени специалист посвящает общению с людьми, а не работе с бумагами и механизмами. Во вторую группу входят «хелперовские профессии», где в обязанности специалиста вменяется оказание услуг по помощи чему-либо или кому-либо, работа по такой специальности сопряжена со стрессом, который несут клиенты и заказчики.

В формировании СЭВ существенную роль играют три фактора: личностный, ролевой и организационный [4]. Среди фармацевтических работников вероятно подвержены возникновению СЭВ фармацевты–первостольники, у которых одним из основных факторов формирования выгорания является организационный фактор, проявляющийся как: интенсивное общение, подкрепленное эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений [1]. Можно выделить две основных теоретических структуры синдрома эмоционального выгорания: первая представляет выгорание как синдром, состоящий из нескольких симптомов разной степени выраженности, вторая представляет выгорание как процесс, а индивида - находящимся на одной из его стадий [2].

Исходя из сказанного выше, в качестве гипотезы данного исследования было выдвинуто предположение о том, что у фармацевтов-первостольников вероятно проявление синдрома эмоционального выгорания разной степени выраженности.

Цель исследования: изучение уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.

Задачи:

1. Провести эмпирическое исследование компонентов синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.
2. Оценить уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.
3. Разработать рекомендации по профилактике синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.

Методы исследования: библиографический анализ литературы и материалов сети Internet, тестирование. Объект: синдром эмоционального выгорания и его компоненты. Предмет: уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников. Исследование эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников проводилось в ноябре-декабре 2015 г. в городе Красноярске на базе аптечных сетей: «Витамед» «Пион-фарма», ГПКК «Губернские аптеки», «Аптека счастья». В исследовании принимали участие 50 фармацевтов – первостольников, которые были выделены в три группы, исходя из стажа их работы («стажевые группы»), с учетом этапа становления специалиста в профессии: I группа - стаж работы до 3 лет включительно (16 чел.); II группа - стаж работы от 4 до 10 лет (20 чел.); III группа - стаж работы от 10 до 20 лет (14 чел.) [3]. Для диагностики СЭВ был использован Опросник на выгорание (MBI), разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой. Методика предназначена для диагностики степени выраженности синдрома выгорания среди профессионального контингента. Методика включает в себя три субшкалы соответствующие трём компонентам СЭВ, что позволяет оценить выгорание дифференцированно и интегрировано [3]. Опросник содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности. Респондентам предлагалось оценить данные утверждения по частоте возникновения каждого из них. Интерпретация и обработка индивидуальных результатов опроса каждого респондента и обобщенных результатов «стажевых групп» производилась в соответствии с общим ключом в два этапа. На первом этапе статистической обработки подсчитывалась сумма баллов для каждого компонента СЭВ - «сырые баллы». Далее «сырые баллы» были переведены в шкальные оценки. На втором этапе высчитывался интегральный показатель выгорания. Далее шкальные оценки трех показателей и интегрального показателя были соотнесены с тестовыми нормами и проинтерпретированы относительно уровня их выраженности [3]. Обобщенные данные статистической обработки результатов опроса занесены в сводную таблицу (Таблица 1) и отражены на диаграмме (Рисунок 1).

Таблица 1 – Показатели синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников в распределении по «стажевым группам»

«Стажевая группа»	Кол-во респондентов	Компоненты СЭВ (субшкалы опросника)	Сумма баллов по субшкале (среднее значение)	Шкальные оценки	
				баллы	уровень показателя
I	16	Эмоциональное истощение	10,81	1	низкий
		Деперсонализация	5,93	2	средний
		Редукция профессиональных достижений	39,25	1	низкий
		Интегральный показатель	-	4	низкий
II	20	Эмоциональное	12,6	1	низкий

		истощение			
		Деперсонализация	7,55	2	средний
		Редукция профессиональных достижений	40,7	1	низкий
		Интегральный показатель	-	4	низкий
III	14	Эмоциональное истощение	23,64	2	средний
		Деперсонализация	11,86	3	высокий
		Редукция профессиональных достижений	36,38	1	низкий
		Интегральный показатель	-	6	средний

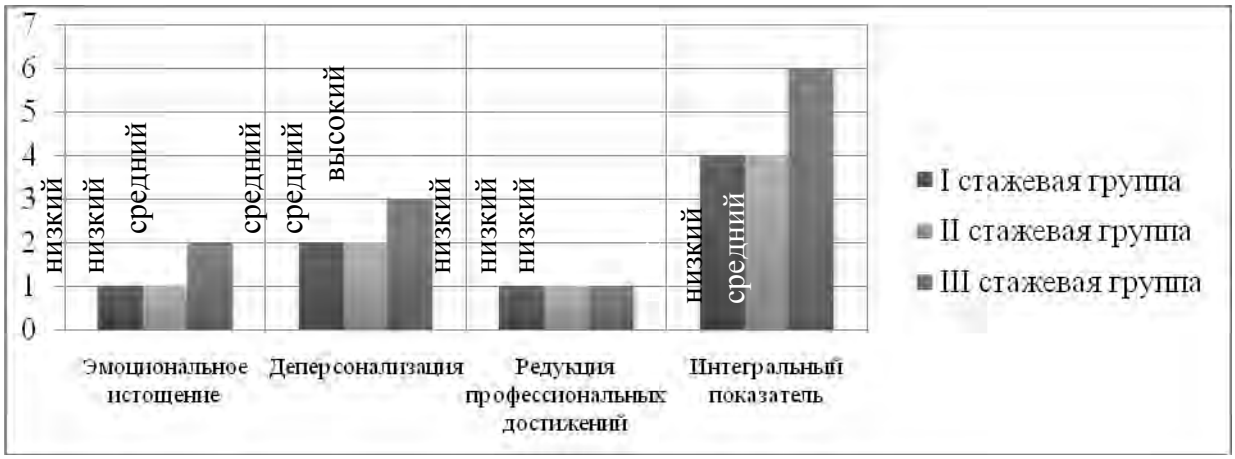


Рисунок 1 – Уровень выраженности компонентов СЭВ и интегрального показателя выгорания в трех «стажевых группах» у фармацевтов-первостольников, в шкальных оценках

При диагностике выгорания были учтены конкретные значения субшкал, которые имеют свои особенности. Получены следующие результаты. В I и II «стажевых группах» показатель эмоционального истощения имеет низкий уровень, это свидетельствует о том, что фармацевты-первостольники со стажем работы до 10 лет не имеют повышенной психической истощаемости и ощущения «пресыщенности» работой. Средний уровень эмоционального истощения в III «стажевой группе», вероятно, свидетельствует о наличии ощущения эмоционального перенапряжения, чувстве опустошенности, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов. В I «стажевой группе» средний уровень деперсонализации можно считать необходимым механизмом психологической защиты для коммуникативных профессий в процессе профессиональной адаптации. Во II «стажевой группе» уровень деперсонализации так же укладывается в рамки среднего, но его конкретное значение значительно выше чем в I «стажевой группе», в данном случае возможны зачаточные проявления СЭВ. Высокий уровень показателя деперсонализации в III «стажевой группе» может свидетельствовать о проявлениях эмоционального отстранения, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включѐнности и сопереживания. Во всех трѐх «стажевых группах» показатель редукции профессиональных достижений имеет низкий уровень, что может свидетельствовать о том, что работник удовлетворѐн собой как личностью и как профессионалом. Интегральный показатель обобщает уровень выраженности всех трѐх компонентов синдрома эмоционального выгорания, отражая уровень выраженности синдрома как процесса. Низкий уровень интегрального показателя может свидетельствовать о том, что профессионал комфортно себя ощущает во всех аспектах своей профессиональной деятельности. Средний уровень интегрального показателя может свидетельствовать об ощутимых проявлениях синдрома эмоционального

выгорания, то есть об отсутствии эмоционального равновесия и должного отношения как к пациенту, так и профессионала к себе самому [3].

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Подтвердилась гипотеза исследования, у фармацевтов-первостольников, в зависимости от стажа работы, выявлен синдром эмоционального выгорания разного уровня выраженности – от его низкого уровня до среднего;
2. Показатель синдрома эмоционального выгорания в I и II «стажевых группах» (со стажем работы до 10 лет) имеет низкую степень выраженности, а в III «стажевой группе» (со стажем работы от 10 до 20 лет) имеет среднюю степень выраженности. Ведущим компонентом синдрома эмоционального выгорания во всех трѐх «стажевых группах» является деперсонализация.
3. В III «стажевой группе» наиболее выражено эмоциональное истощение, находящееся на среднем уровне, и деперсонализация на высоком уровне.

На основании сформулированных выводов фармацевтам-первостольникам могут быть

даны общие рекомендации по профилактике СЭВ: использование «тайм-аутов» (отдых от работы); овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь); профессиональное развитие и самосовершенствование (обмен профессиональной информацией с коллегами, курсы повышения квалификации, конференции и пр.); эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коновалова В.Н. Организационные симптомы и факторы профессионального выгорания / Коновалова В.Н.//: Кадровик. Кадровый менеджмент . – 2010.-№5. [Электронный ресурс]. - Режим доступа-http://hr-portal.ru/article/organizacionnye-simptomy-i-faktory-professionalnogo-vygoraniya(Дата обращения — 09. 10.2015).
2. Опросник выгорания Маслач [Электронный ресурс]. - Режим доступа-http://psylab.info/Опросник_выгорания_Маслач (Дата обращения — 09. 10.2015).
3. Синдром выгорания, Водопьянова Н.Е.(MBI) Опросник Профессиональное (эмоциональное) выгорание. Методика К. Маслач и С. Джексон. [Электронный ресурс]. - Режим доступа- http://psycabi.net/testy/391 (Дата обращения — 15. 10.2015).
4. Синдром эмоционального выгорания. Понятие и причины [Электронный ресурс]. - Режим доступа- http://www.psynavigator.ru/articles.php?code=1954 (Дата обращения — 09. 10.2015).

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Иванов Павел Александрович
Руководитель: Стрелкович Наталья Николаевна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Цель: Изучить особенности физического развития людей юношеского возраста.

Задачи:

1. Проанализировать данные литературы по физическому статусу девушек и юношей города Красноярска.
2. Осуществить антропометрическое обследование студентов, определить тип телосложения по Таннеру.
3. Провести анализ полученных данных и изучить особенности физического развития юношеского возраста.

Что такое антропометрия? – это один из основных методов антропологического исследования, который заключается в измерении тела человека и его частей с целью установления возрастных, половых, расовых и других особенностей физического строения, позволяющий дать количественную характеристику их изменчивости.

Антропометрия не потеряла своей актуальности, наоборот стала популярнее из-за весомых изменений в пропорциях тела у современного человека и продолжает занимать почётное место в списке фундаментальных способов измерения человеческого организма.

Сегодня наиболее важным в оценке здоровья населения является выявление регионарных особенностей и биологических закономерностей его физического развития, которые можно расценивать как нормативные данные и на основе которых можно строить прогнозы о физическом статусе, а значит и о здоровье будущих поколений (Щедрина А.Г., 2003).

Физическое состояние тела человекаимеет место быть в практическом здравоохранении. П

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились студентыI курса отделения «Лечебное дело» Красноярского базового медицинского колледжа им. В.М.Крутовского. У каждого обследуемого определялись антропометрические показатели: рост тела, масса тела, средний возраст, диаметры плеч и таза. Измерения проводились с использованием стандартизированного набора антропометрических инструментов, включающие медицинские весы, ростомер, толстотный циркуль. Для определения типа телосложения использован индексный метод определения полового диморфизма, предложенный Дж. Таннером (1968) для установления связи размеров плеч и таза. Индекс J.M. Tanner представляет собой разницу произведений трех диаметров плеч (ДП) (см) и диаметра таза (ДТ) (см): индекс J.M. Tanner = (3×ДП×10)-(ДТ×10). При определении морфотипа женщин по схеме J.M. Tanner заложен принцип определения соматического пола человека, поэтому данный индекс позволяет относить женщин к гинекоморфам, мезоморфам и андроморфам. Индекс J.M. Tanner при гинекоморфном типе телосложения женщины не превышает значение 731, при мезоморфном находится в пределах 731-821, при андроморфном – более 821 (Николаев В.Г., 2007).

Данные антропометрических измерений фиксировались в разработанной нами карте антропологического исследования.

Результаты нашего обследования показали, что девушки города Красноярска имеют длину тела 163,3 см, массу 56,9 кг, диаметры плеч и таза 37и37.4см. Габаритные размеры юношей составили 176,4 см и 76,4 кг, диаметры плеч и таза 44,7 и 42,2 см (см. Приложение 1 и 2).

Определение типа телосложения по индексу Дж. Таннера показало, что среди девушек преобладают мезоморфы - 37%, геникоморфы встречаются в 50% и андроморфы - 13%(приложение 4).Сравнивая полученные данные с результатами исследования современных девушек в работе Н.Н. Стрелкович, было отмечено увеличение частоты встречаемости женщин гинекоморфного типа и уменьшение представительниц андроморфного типа телосложения. Среди юношей выявлено андроморфов -92%, геникоморфов-8%, мезоморфов отмечено не было (приложение 3).

Полученные данные исследования девушек сравнивали с результатамиработы Е.П. Шарайкиной (2005)«Закономерности изменчивости морфофункциональных показателей физического статуса молодых людей в зависимости от пола и типа телосложения». Выявлены следующие различия при сравнительном анализе габаритных размеров у девушек разных годов. Представительницы медицинского колледжа имеют меньшие значения длины и массы тела, при большей длине плеч и таза, чем девушки прошлых годов (таблица1).

Результаты полученных данных среди юношей нашего колледжа распределились следующим образом, длина тела – 176,4 см, масса – 76,4 кг, диаметры плеч и таза 44,7 и 42,2 см.Следующим этапом нашей работы стал сравнительный анализ габаритных размеров тела, диаметров плеч и таза юношей медицинского колледжа города Красноярска с мужчинами прошлых годов. Результаты нашего обследования у представителей мужского пола сравнивались с данными работы Н.Н. Медведевой. Сравнительный анализ показал, что у юношей медицинского колледжа отмечена тенденция к увеличению габаритных размеров тела (таблица 2).

Таким образом, с опорой на вышеперечисленные доказательства, можно сказать, что в современном обществе существует тенденция к изменению пропорций тела человека, и более того сейчас она находится в стадии прогресса, и неизвестно, как она будет изменяться в будущем.

Выводы:

1. Габаритные размеры (длина и масса тела) девушек и юношей нашего колледжа имеют тенденцию к увеличению.

2. Морфотипические особенности тела девушек колледжа характеризуются увеличением числа женщин гинекоморфного типа (50%) и уменьшением частоты встречаемости представительниц андроморфного типа телосложения (13%).

3.Полученные результаты у юношей медицинского колледжа характеризуются увеличением всех антропометрических параметров. По частоте встречаемости морфотипа среди представителей мужского пола отмечен характерный андроморфный тип телосложения – 92%, и не выявлено мужчин мезоморфного типа телосложения.

СОЗДАНИЕ БЕЗУПРЕЧНОЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ УЛЫБКИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Дозморова Юлия Николаевна
Руководитель: Простакова Людмила Владимировна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Актуальность

В современном мире большое внимание уделяется внешнему виду человека. Люди посещают стилистов, косметологов, занимаются спортом для того, чтобы нравиться окружающим. На пути достижения этой цели важную роль играет улыбка, которая полностью зависит от состояния здоровья полости рта. Если человек имеет какие-то дефекты зубного ряда, он будет стесняться вида своих зубов, а соответственно не будет естественно улыбаться.

В подтверждении вышесказанного представлены диаграммы 1 и 2 опроса пациентов клиники «Сибирская стоматология».

Как видно из диаграмм, большинство респондентов считают, что улыбка делает лицо привлекательным и симпатичным, а значит, улыбающийся человек нравится окружающим и способен достичь успеха в любой сфере.

Все улыбки можно разделить на три категории:

- искренняя улыбка(естественная);
- фальшивая улыбка;
- печальная улыбка.

Таким образом, если человек лишен естественной улыбки, то его улыбку будут воспринимать как фальшивую или печальную. А это может повлиять на личность не самым положительным образом. Одним из путей решения проблемы является современная реставрация зубов или протезирование.

Цель исследования

Определить составляющие компоненты безупречной улыбки при протезировании зубов.

Задачи исследования

1. Проанализировать проблемы пациентов с дефектами зубного ряда (клинические ситуации) и определить взаимодействие пациент-врач-зубной техник(ПВЗТ).
2. Рассмотреть современные методы протезирования и реставрации.
3. Предложить рекомендации возможных путей решения клинических ситуаций.

Методы исследования: наблюдение, анализ и синтез, опрос.

Объект исследования: пациенты с дефектами зубного ряда, в возрасте от 20-60лет.

Предмет исследования: улыбка пациента с приобретенными или врожденными дефектами зубного ряда.

Гипотеза исследования

Правильный выбор методов протезирования и реставрации является залогом безупречной естественной улыбки.

1. Эстетический дефект зоны улыбки

Зона улыбки, в которую входят передние зубы, является наиболее эстетически значимой. По статистике передние зубы верхней челюсти подвержены травме в 95 % случаев от всех травм зубочелюстной системы. Дефекты зубных рядов несут в себе не только эстетические неприятности, но и неблагоприятные последствия для всей зубночелютсной системы.

Существует ряд причин появления этих недостатков, основные из них:

- наследственная предрасположенность;
- генетические заболевания;
- кариозные процессы;
- механические повреждения (образуются вследствие получения разнообразных травм челюсти);
- расстройства эндокринной системы;
- как осложнение некоторых инфекций;
- вторичные патологии (возникают из-за отсутствия коррекции и длительного игнорирования уже имеющихся дефектов);
- воспаления в полости рта;
- пародонтоз;
- значительные задержки в сроках прорезывания некоторых зубов;
- новообразования в полости рта.

Наиболее распространенными эстетическими дефектами зубного ряда являются травмы передние группы зубов: сколы и трещины (рис.1,2), искривления зубов и диастемы (рис.3,4), окрашивание зубов «тетрациклиновые зубы» (рис.5), отсутствие зуба или нескольких зубов во фронтальной области.

Рисунок 1,2,3,4,5 – Дефекты зубов

Дефект зубного ряда приводит к нарушению эстетики лица и улыбки, поэтому быстрое восстановление зубов очень важно для пациента с точки зрения его социальной реабилитации.

2. Взаимодействие пациент-врач-зубной техник (ПВЗТ) для реального исследования улыбок

Взаимодействие ПВЗТ начинается, когда пациент (П) приходит в кабинет врача(В). Его необходимо выслушать и дать оценку функциональному состоянию зубов, эстетических отклонениях. Очень часто зубной техник (ЗТ) дает собственную оценку ситуации на основании гипсовой модели, и эта оценка может расходится с мнением врача или пациента, или их обоих. Здесь крайне важно, чтобы все компоненты (П,В,ЗТ) встретились и решили, что можно предпринять в данной клинической ситуации и пришли к общему решению. Внимание должно быть направлено на реальные потребности пациента, которые часто бывают большими, чем озвучено им самим. Если пациент не удовлетворен работой В и ЗТ, он может не принять результат и попросить, чтобы работу переделали.

Поэтому П должен находится в центре взаимодействия, а ЗТ и В окружают его и взаимодействуют с ним, чтобы предложить ему приемлемое лечение, для данной ситуации (рис.6).

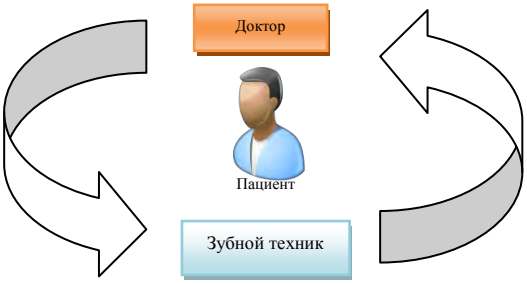


Рисунок 6 – Взаимодействие ПВЗТ

Если рассмотреть запросы пациентов, желающих получить новые зубные протезы в виде пирамиды, мы можем заметить разницу между разными уровнями, от самого основания, где расположены пациенты, желающие получить лечение на функциональном уровне, но без каких-либо особых запросов (рис.7). Вверху этой пирамиды находится пациент, который скорее всего, станет клиентом, предъявляющим крайне жѐсткие требования к эстетике. Те, кто находится на самом верху пирамиды, скорее всего, станут самыми сложными пациентами. Обычно они обращаются за лечением для повышения собственной самооценки, уверенности в себе, и, хотя они не испытывают острой необходимости в функциональном лечении, конечный эстетический результат для них всегда крайне важен. Вернувшись назад, к основанию пирамиды, мы обнаружим там пациента, срочно нуждающегося в функциональной реабилитации, но не придающего особого значения эстетической составляющей лечения. Реализация ожиданий в этих двух случаях будет существенно отличаться друг от друга, и зависеть от пожеланий и запросов пациента.

Рисунок 7 - Запросы пациентов желающих получить новые зубные протезы

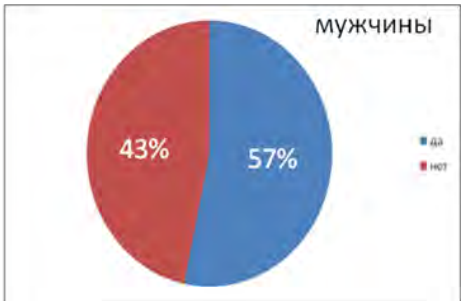
Если обратится к диаграммам опроса пациентов, то мы увидим, что они очень часто улыбаются и чаще улыбаются женщины.

Диаграммы 3 и 4. Частота улыбки

Но к сожалению, из диаграммы 5 видно, что они не довольны своей улыбкой. Таким образом, можно предположить, что на верхних уровнях пирамиды, чаще всего будут располагаться женщины.

В и ЗТ должны внимательно оценить ситуацию и предложить адекватное лечение для каждого пациента.

Диаграммы 5 и 6. Довольны ли женщины и мужчины своей улыбкой



3. Современные методы протезирования зубов

3.1 Безметалловая керамика

В настоящее время керамика является единственным материалом, способным абсолютно точно имитировать твердые ткани натуральных зубов и придавать им живой естественный блеск. Из керамики, не содержащей металла, изготавливаются следующие виды конструкций:

- безметалловые керамические коронки;
- виниры;
- мостовидные протезы;
- вкладки;
- штифтовые вкладки.

Таблица 1 – Достоинства и недостатки безметалловой керамики

Достоинства	Недостатки
• Придает естественный вид зубам, можно устанавливать, как на передние, так и жевательные зубы; • Не вызывает аллергию, обладает высокой биологической совместимостью, не раздражает десну; • Долговечность, стойкость цвета; • Наличие гладкой поверхности материала препятствует аккумуляции налета. • Отсутствие серой полоски в области десны, наличие идеального краевого прилегания, что снижает риск образования кариеса. • Легкость конструкции позволяет снизить нагрузку на опорные зубы. • Препарирование зубов более щадящее, чем при использовании материалов, содержащих металл.	• Высокая стоимость. Причины: ○ высокой стоимостью оборудования, которое используется для компьютерного моделирования при изготовлении безметалловых конструкций; ○ применением дорогих оттискных материалов; ○ стоимостью расходных материалов, используемых при изготовлении протезов; ○ высокими материальными затратами на обучение персонала работе с использованием современных технологий.

Таблица 2 – Показания к применению безметалловой керамики

Показания к использованию безметалловой керамики:	Противопоказания:
• коррекция и восстановление зубов; • выравнивание зубного ряда; • наличие множественных дефектов зубов; • при наличии у пациента аллергии на металл; • утрата зубов в зоне улыбки.	• наличие глубокого прикуса; • бруксизм (скрежет зубами); • ослабленный организм; • выраженный остеопороз; • воспалительные процессы полости рта; • при беременности.

3.2 Металлокерамика

Металлокерамические коронки наиболее удачный на сегодняшний день компромисс между прочностью, эстетикой и стоимостью при протезировании зубов.

Таблица 3 – Достоинства и недостатки металлокерамики

Достоинства	Недостатки
• Достаточно приемлемая эстетика – в случае, если металлокерамические коронки изготовлены качественно – они будут в значительной мере соответствовать внешнему виду ваших естественных зубов. • Долговечность и прочность – литой металлический каркас обеспечивает прочность конструкции, керамическая облицовка не подвержена кариесу или истиранию.	• Металлокерамика будет уступать в эстетике коронкам из безметалловой керамики. • Необходимость сошлифовывания большого объема тканей зуба (1,5-2 мм со всех сторон зуба). • Необходимость депульпирования зубов – в большинстве случаев – связи с большим объемом сошлифовки твердых тканей зуба создаются условия, при которых в процессе сошлифовки возможен термический ожег пульпы зуба и ее гибель.

4. Результаты исследований

Опрос проводился на базе клиники «Сибирская стоматология» участвовало 50 человек в возрасте от 18-60лет. Опрос показал, что респонденты в молодом возрасте (18-30лет) улыбаются с обнажением верхних зубов или у них открытая улыбка, в более зрелом возрасте (после 30лет)этот процент, чуть ниже и люди имеющие какие-то дефекты зубного ряда, улыбаются со сжатыми губами или прикрывают рот рукой (диаграмма 7).

Диаграмма 7. Виды улыбки

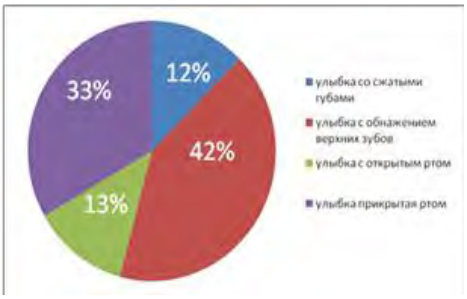


Диаграмма 8 показывает, что большинство опрошенных хотели бы прибегнуть к эстетической реставрации зубов*, либо воспользоваться брекетами. 8% опрошенных недовольны лишь цветом своих зубов, но не формой или их отсутствием.

Диаграмма 8. Что хотели бы изменить респонденты в своей улыбке

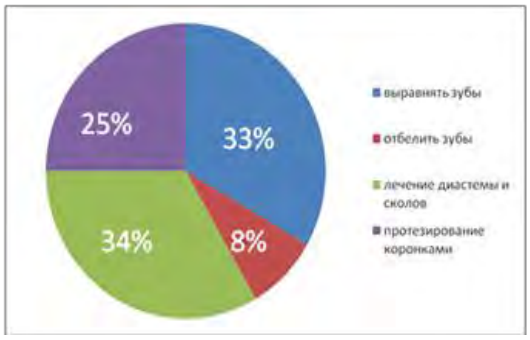


Диаграмма 9 показывает, что 54% опрошенных не знают о положительном влиянии улыбки на организм или никогда не задумывались об этой взаимосвязи. Возможно поэтому, при частичной потере зубов, люди сразу не обращаются в стоматологию для их восстановления, а ждут либо

дальнейшей потери зубов или более серьезной проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта.

Психолог Пол Экман подтверждает, что мехпника движений лица, близко связана с автономной нервной системой, контролирующей сердцебиение, дыхание, циркуляцию крови и жклудочно-кишечную функцию. Улыбка помогает насыщению легких кислородом, усиливает циркуляцию крови в головном мозге, самым положительным путем влияет на наше психологическое состояние, но самое главное она укрепляет нашу имунную систему.

Потеря зубов и связанные с этим нарушениями функции жевания, речи, ухудшение внешнего вида отрицательно сказывается на самочувствии больного. Характер и степень этого влияния зависят от пола и возраста больного, профессии, личных особенностей, а также от того, какие зубы были утрачены. Потеря передних зубов, приводящая к возникновению эстетических проблем, может вызвать реакцию у молодых людей, отличную от реакции пожилого человека. Например, для преподавателей и артистов потеря передних зубов означает временное прекращение работы. Поэтому становится понятным стремление больного, как можно быстрее установить протез и в какой-то мере восполнить образовавшийся дефект зубного ряда.

5. Примеры решений клинических ситуаций

Исходя из конкретной ситуации, врач и зубной техник предложат пациенту соответствующий метод протезирования или реставрации. На сегодняшний день наиболее популярными методами реставрации является реставрация керамическими винирами, безметалловыми керамическими коронками (на основе диоксида циркония), металлокерамическими коронками, данные технологии позволяют создать наиболее естественную улыбку. Рассмотрим примеры решения четырех клинических ситуаций.

Клиническая ситуация 1.

Зубы пациента отличаются интенсивной окраской (рис.8). Даже после многократного отбеливания стоматологу не удалось добиться удовлетворительного результата. Пациент обратился с пожеланием изготовить виниры. Еще не так давно основным вариантом реставрации столь сильно окрашенных зубов было изготовление полных коронок с металлическим каркасов или каркасом из диоксида циркония. На сегодняшний день решить эту проблему можно с помощью керамических виниров на основе дисиликата лития. Этот материал обладает высокой прочностью, что позволяет изготавливать виниры толщиной всего 0,3мм (рис.9).

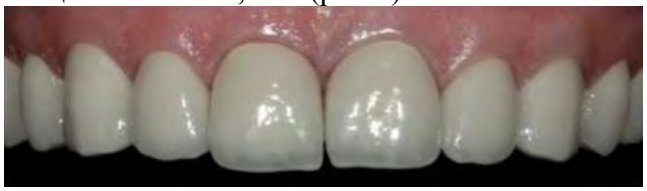


Рисунок 8 и 9 – Сильно окрашенные зубы реставрированы керамическими винирами

Клиническая ситуация 2.

Пациентка обратилась в клинику с желанием устранить недостатки своей улыбки. Ситуация до лечения: имеются многочисленные промежутки (диастема) между зубами. Диастема была довольно широкой — до 10 мм (рис. 10). Лечение заключалось в протезировании. Это предотвращает рецидив и значительно улучшает дикцию и внешний вид зубов пациента(рис.11).

Рисунок 10 и 11 – Ситуация во рту пациентки до установки виниров и после.

Клиническая ситуация 3.

Женщина, 50 лет, поступила на лечение с явными дефектами зубного ряда в зоне улыбки. После осмотра стало понятно, что для создания линии улыбки необходимо протезирование металлокерамическими коронками (рис.12 и 13).

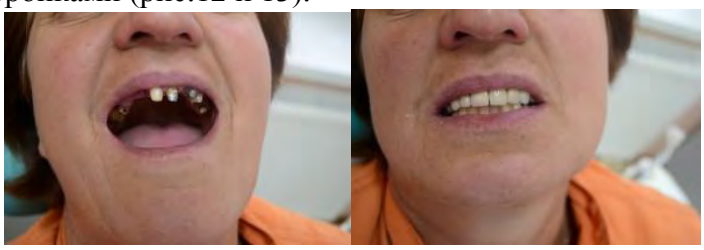


Рисунок 12 и 13 – Ситуация во рту пациентки до протезирования и после

Металлокерамика – это наиболее частый вид протезирования при восстановлении передних зубов. Частый не потому, что является лучшим, а потому, что при своей цене этот вид протезирования обладает вполне приемлемой эстетикой

Клиническая ситуация 4.

Пациентка обратилась в клинику с желанием поменять старые коронки из металлокерамики на коронки из безметалловой керамики. На сегодняшний день безметалловая керамика – единственный вариант, позволяющий при протезировании полностью имитировать твердые ткани зуба.

Рисунок 14 и 15 – Ситуация во рту пациентки до протезирования и после

Заключение

Человеку свойственно получать удовольствие и восхищаться от вида чего-либо прекрасного. Красота конкретного человека вызывает в нас положительные эмоции по отношению к нему, а ему добавляет уверенности в себе. Гармоничное сочетание внешнего вида и личностных качеств с уверенностью в себе и называется благополучием. Основываясь именно на таком представлении о красоте и избегая искусственности, мы должны стараться получить наиболее естественный результат, вызывающий приятные эмоции. С этой точки зрения эстетическая стоматология должна представлять собой тщательное спланированное лечение, направленное на создание прекрасной улыбки, которая является одной из обязательных составляющих душевного благополучия человека.

«НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ КАК СРЕДСТВА ОТ БОЛИ. ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?»

Молокова Дарья Александровна
Бородихина Анастасия Сергеевна
Руководители: Бугаева Тамара Петровна
Данилович Валерий Николаевич
КГБПОУ Лесосибирский медицинский техникум

Боль – это сложный комплекс физиологических реакций организма, а также мыслей, образов, чувств, испытываемых больным человеком.

Она указывает на нарушения в работе организма, одновременно влияя на все аспекты его жизнедеятельности. Поэтому борьба с болью является **актуальной** проблемой и остается одной из важнейших задач медицины.

Основными направлениями в решении проблемы купирования болевого синдрома являются: понимание механизмов патологической боли и поиск новых высокоэффективных фармакологических средств с наименьшим побочным действием. Для лечения боли слабой и средней интенсивности различной этиологии наиболее часто используют ненаркотические анальгетики. Считается, что ежедневно около 30 млн. людей принимают ненаркотические анальгетики.

Список различных лекарственных препаратов, в состав которых входят ненаркотические анальгетики, составляет несколько тысяч наименований, значительная часть которых, отпускается без рецепта. В странах СНГ, по самым скромным оценкам, объем продаж анальгетиков достигает 40% от числа всех препаратов на фармацевтическом рынке.

На выбор оптимального ненаркотического анальгетика для конкретного пациента влияет целый комплекс факторов: эффективность, безопасность, наличие токсического действия, фармакодинамические свойства, удобство дозировки, форма выпуска, совместимость с другими лекарственными средствами, стоимость, индивидуальная чувствительность пациента, его возраст, наличие основного заболевания, сопутствующей патологии. Но очень часто пациенты прибегают к самостоятельному лечению боли, не обращаясь за помощью к врачу.

О пользе и вреде самолечения можно дискутировать, в частности, о возможности сиюминутного мнимого благополучия, которое маскирует реальные заболевания, а также о побочных эффектах, которыми обладают распространенные безрецептурные анальгетики. Бесспорно, они являются легким и доступным способом управления болью, а эффективность самостоятельного краткосрочного приема анальгетиков доказывает сама жизнь. Но применение обезболивающих лекарственных препаратов не всегда безобидно для организма человека.

***Цель исследования**:* определение уровня информированности населения о вредном влиянии обезболивающих средств на организм человека.

В связи с поставленной целью нами определены следующие ***задачи**:*

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Разработать анкету и провести анкетирование разных групп населения г. Лесосибирска для определения уровня информированности по применению обезболивающих средств.
3. Получить информацию от работников аптек г. Лесосибирска, какие обезболивающие средства, чаще всего, применяет население для купирования болей.
4. Сделать анализ и выводы по результатам исследования.
5. Разработать материал и провести информационную работу среди населения о вредном влиянии обезболивающих препаратов на организм человека.

Объект исследования: ненаркотические анальгетики как средства от боли.

***Предмет исследования**:* влияние обезболивающих средств на организм человека.

***Методы исследования**:*

- анализ медицинской литературы;
- анкетирование;
- сравнительный анализ;
- наблюдение, беседы;

• математическая обработка данных.

***Гипотеза*:** предполагается, что население г. Лесосибирска имеет не достаточный уровень информированности о вреде обезболивающих средств на организм человека.

Членами кружка была изучена и проанализирована научная литература по рассматриваемой теме.

Составлена анкета и проведено анкетирование, в котором приняли участие 125 респондентов разного возраста (17- 63).

Нами были выбраны респонденты:

• студенты КГБПОУ Лесосибирского медицинского техникума 1 курса в количестве 30человек

• студенты 1 курса Лесосибирского филиала СибГТУ в количестве 25 человек.

• студенты 1 курса Лесосибирского педагогического института филиала СФУ в количестве 20 человек.

• пациенты КГБУЗ «Лесосибирской МБ» терапевтического отделения №1 в количестве 27 человека.

• пациенты КГБУЗ «Лесосибирской МБ» гинекологического отделения в количестве 23 человек.

Анкетирование было проведено с целью определения уровня информированности респондентов о вредном влиянии на организм человека обезболивающих средств.

Результаты анкетирования показали, что 91 % из числа опрошенных респондентов принимают обезболивающие средства. 9% опрошенных обходятся без анальгетиков.

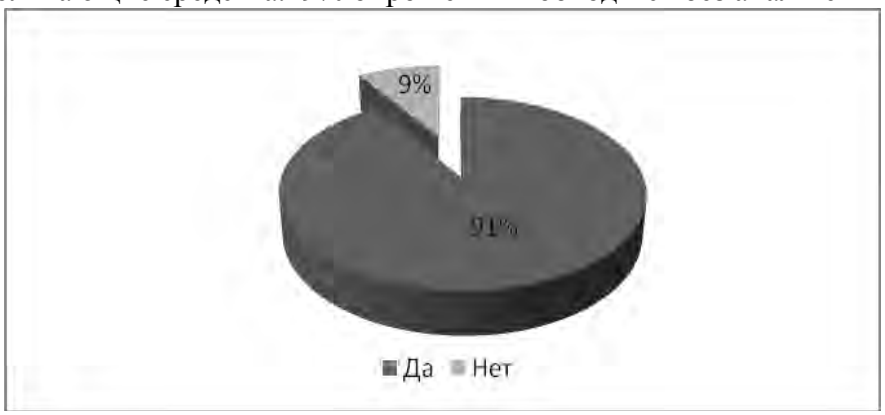


Диаграмма №1 – Результаты применения обезболивающих средств из числа опрошенных респондентов

Наибольшее количество респондентов (74%), из числа опрошенных, принимают средства от головной боли, 26 % опрошенных принимают анальгетики при болях в суставах, пояснице, менструальных болях и др.

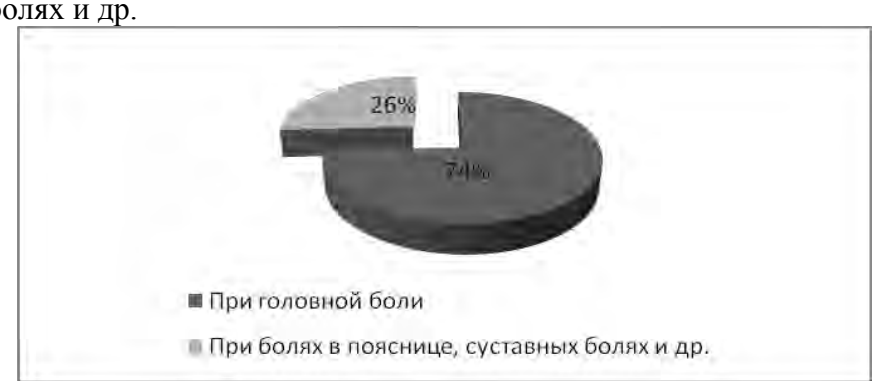


Диаграмма №2 – Результаты выбора лекарственных средств респондентами при различных болях

Причину боли знают только 42 % респондентов.

15 % респондентов принимают анальгетики не менее 2 раз в неделю;

53 % респондентов принимают анальгетики 1 раз в месяц;

32 % респондентов принимают анальгетики почти каждый день.

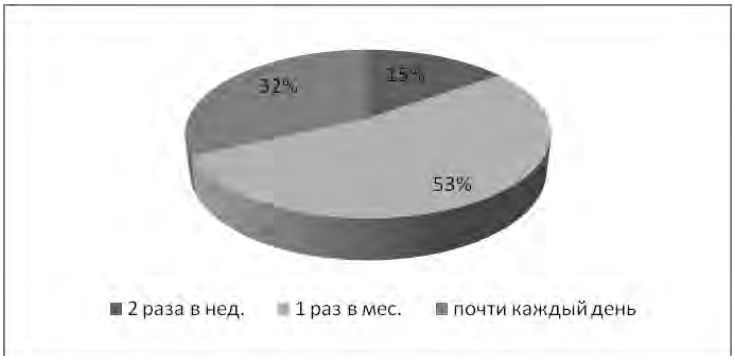


Диаграмма №3 – Результаты частоты приѐма обезболивающих средств

96 % респондентов принимают обезболивающие средства самостоятельно, без каких либо назначений. Наибольшее предпочтение для купирования болей отдают анальгинсодержащим препаратам.

Большинство респондентов (89%) не знают, в каких дозах рекомендуется применять препарат.

91 % опрошенных респондентов удовлетворены обезболивающим эффектом препаратов.

О побочных нежелательных действиях препаратов ни один из опрошенных респондентов не дал точного ответа на вопрос.

96% респондентов хотят получить более полную информацию о действии обезболивающих средств.

Также членами кружка была получена информация от работников аптек центральной, южной и северной части г. Лесосибирска о потреблении населением обезболивающих средств.

Результаты нашего исследования показали следующее:

1. Ненаркотические анальгетики (обезболивающие средства) применяются часто при различных болях.

2. Обезболивающие препараты применяются чаще самостоятельно, без назначения врача.

3. Причины боли, в большинстве случаях, респондентам не известны.

4. Из лекарственных средств, при болях, чаще всего, респонденты принимают анальгинсодержащие комбинированные препараты.

5. О побочных эффектах, применяемых препаратов, респонденты практически ничего не знают.

6. Потребление обезболивающих лекарственных средств осуществляется населением в достаточно большом количестве. Большая доля реализуемых препаратов содержит анальгин и отпускается из аптек без рецептов.

Гистограмма №1 – Количество потребления обезболивающих препаратов населением г. Лесосибирска за период с 01.06.2015 г. по 31.12. 2015 г.

7. Респонденты, в большинстве, хотят получить полезную информацию об обезболивающих препаратах, которые они принимают.

По итогам нашего исследования можно сделать вывод, что респонденты недостаточно информированы о вредном влиянии обезболивающих средств на организм человека, которое может привести к нежелательным последствиям.

Мы считаем, что необходимо постоянно проводить информационную работу среди населения о вредном влиянии обезболивающих лекарственных средств на организм человека и о вреде самолечения.

Для повышения уровня информированности населения нами были разработаны и проведены следующие мероприятия:

- разработаны и распространены памятки:

1. «Анальгетики. Вред и польза»,
2. «Правила приѐма обезболивающих средств»;

• проведены информационные беседы с населением.

Выводы: мы убеждены, что полученные данные нашего исследования, помогут медицинским работникам практического здравоохранения в проведении своевременной санитарно-просветительной работы среди населения, и жители г. Лесосибирска более внимательно будут относиться к своему здоровью.

Список литературы:

1.Змушко Е.И., Белозеров Е.С. Медикаментозные осложнения. – СПб: Питер, 2001. – 448 с.

2.Компендиум 2006 – Лекарственные препараты / Под ред. В.Н.Коваленко, А.П.Викторова. – К.: МОРИОН, 2004. – 1664 с.

3.Насонова В.А. Ненаркотические аналгетики, неспецифические противовоспалительные препараты и почки. В кн.: Успехи нефрологии. 2001, стр. 201–208.

4.Яременко О.Б. Нестероидные противовоспалительные препараты: проблемы безопасности // Doctor .- 2002.- №2.- С. 66-72.

5.Ивашкин В.Т., Фисенко В.П., Шептулин А.А., Макарьянц М.Л. Актуальные вопросы безопасности ненаркотических анальгетиков. Клиническая фармакология и терапия, 1999; 8 (5): 51–54.

6.Шухов В.С., Харпер Дж. Метамизол и метамизолсодержащие препараты. Клиническая фармакология и терапия.

7. Ю. Ф. Крылов и В. М. Бобырев, Фармакология, Москва, 1999.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА У ШКОЛЬНИКОВ

Шаршакова Екатерина Владимировна
Черных Алина Валерьевна
Руководитель: Ярошенко Ирина Анатольевна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

«Ликвидация дефицита йода станет такой же победой здравоохранения, как ликвидация натуральной оспы и полиомиелита» - БрутландГро Харлем, Генеральный директор ВОЗ.

«Скрытый голод» населения Земли – так можно назвать проблему йододефицита, поскольку у 2 млрд. жителей нашей планеты зафиксирован недостаток йода в организме, 740 млн. человек имеют эндемический зоб, 40 млн. – умственную отсталость. В 1990 году ВОЗ объявила дефицит йода критически значимым и глобальным. В Национальном докладе 2006 года «Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы» ведущие эндокринологи прямо говорят о 1.5 млн. россиян с умственной отсталостью, вызванной недостаточностью этого микронутриента. Среднее потребление йода с питанием в нашей стране составляет всего 40-80 мкг в день, что в 3 раза меньше установленной нормы; частота эндемического зоба в отдельных регионах достигает 98%; ежегодно выявляется 1.5 млн.взрослых и 650 тыс.детей с различными заболеваниями щитовидной железы, причем у детей это в 95% случаев результат йододефицита. Умеренный дефицит йода в среднем снижает интеллектуальные способности на 11-18%. По данным ЭНЦ РАМН каждый год в России рождается 315 тысяч детей (ежедневно 863 ребенка) с мозговыми нарушениями из-за дефицита йода. Суперкритические группы риска с необходимостью групповой и индивидуальной профилактики – беременные, кормящие, младенцы, дети 7-10 лет и подростки. Наиболее эффективным методом профилактики йодного дефицита является всеобщее обязательное йодирование пищевой поваренной соли, что доказано международной и отечественной практикой. Всеобщее потребление йодированной соли, закрепленное законодательно, позволило полностью устранить йодный дефицит и свести к спорадическому уровню (1,5%) распространенность зоба у детей в Сербии, Македонии, Болгарии, Румынии, Туркмении, Армении, Грузии, Казахстана, Киргизии. В России только 29% домохозяйств используют йодированную соль, т.е. добровольная модель восполнения йододефицита неэффективна.

Целью нашего исследования явилась определение состояния профилактических мероприятий в регионе по преодолению йододефицита и йододефицитных заболеваний у детей, а также возможности фельдшера в реализации этих мер. Среди задач исследования следует выделить

оценку уровня информированности населения (школьников и их родителей) о проблеме йододефицита, оценку проводимых населением профилактических мероприятий и определение основных направлений в работе фельдшера по профилактике йододефицита с разработкой практических рекомендаций. Базой исследования стало отделение эндокринологии КГБУЗ КККЦОМД, в котором с ноября 2015 по февраль 2016 проводилось анкетирование школьников и их родителей по разработанной нами анкете. Средний возраст опрошенных детей 12,5- 13 лет. Всего в анкетировании приняло участие 60 подростков и 50 матерей. Результаты анкетирования неутешительны. Только 10% школьников и 15% родителей знают о том, что Красноярский край, как и большинство регионов нашей страны, является йододефицитной территорией. Йодированную соль в домашнем хозяйстве используют только 15% женщин, и нерегулярно (средний уровень по России 29%). Школьники практически не знают какой солью пользуются дома. О существовании и использовании в питании других йодированных продуктов информации практически нет. Морепродукты (рыба, морская капуста) в рацион питания регулярно входят только у 25% респондентов. Поездки к морю 1 раз в год возможны и осуществляются только у 5% опрошенных. О значении йода для организма человека толковых ответов мы не получили, в лучшем случае говорили о нем как о средстве для обработки ран, 5% знают о значении йода для деятельности щитовидной железы. Среди опрошенных женщин только 10% использовали препараты йода во время беременности и кормления грудью, в половине случаев в виде витамино-минеральных комплексов. Школьники с трудом вспомнили название йодомарин в связи с телевизионной рекламой, никто из детей не дал утвердительных ответов по его периодическому приему. Среди опрошенных матерей 10% утверждают, что периодически дают своим детям препараты йода. Что касается роли медицинских работников в проведении профилактики йододефицита – 50% матерей отмечают, что во время беременности им был рекомендован прием препаратов йода, но рекомендации практически не выполнялись. По совету эндокринолога и педиатра йодомарин и йодид калия принимали 10% детей (со слов опрошенных мам). Во время учебы никто из школьников и родителей не ответил утвердительно на вопрос о проводимых беседах по профилактике йододефицитных заболеваний. После профилактических осмотров в школе лишь 15% опрошенных была рекомендована консультация эндокринолога в связи с увеличенными размерами щитовидной железы, что еще раз подтверждает, что фактическая распространенность диффузного эутиреоидного зоба в большинстве регионов России в 10-50 раз выше данных официальной статистики (результаты скрининга в 2013 году).

Выводы и предложения:

- информированность населения о проблеме йододефицита остается недостаточной;
- прослеживается низкая эффективность различного вида профилактических мероприятий, в том числе и добровольномассовых;
- уровень участия медицинских работников в профилактике йододефицита и выявлении йододефицитных заболеваний снижен.

В связи с этим, хочется отметить необходимость широкого участия фельдшеров школ, поликлиник, ФАПов в проводимых профилактических мероприятиях, повышения уровня знаний детей и их родителей путем обязательного участия медицинских работников в родительских собраниях, занятиях по ОБЖ, классных часах, выпуске и распространении информационных буклетов и брошюр (разработанный нами буклет приведен в приложении). Во время обучения в колледже возможна создание и реализация проекта по профилактике йододефицита в школах города (мини-лекции).

«ГРИПП. А ТАК ЛИ НУЖНЫ ПРИВИВКИ?»

Воронина Анна Владимировна
Руководитель Белехова Олеся Сергеевна
КГБПОУ Норильский медицинский техникум

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении нескольких последних лет достаточно большое внимание уделяется вакцинации против гриппа.

Актуальность темы: в последние 3-4 года проблема вакцинации против одного из самых распространенных заболеваний получила достаточно широкий резонанс как в СМИ, так и среди общественного мнения. И несмотря на пропаганду МЗ о необходимости данной прививки, ходит досужие мнение о бесполезности вакцинации.

Цель: рассмотреть заболевание «Грипп» как одну из медико-социальных проблем общества.

Задачи:

1. Выявить пути распространения заболевания.
2. Изучить факторы способствующие распространению заболевания.
3. Изучить мероприятия по профилактике данного заболевания.
4. Рассмотреть эпидемиологическую обстановку по гриппу на примере начальной школы № 28.
5. Собрать социологические данные по вакцинации против гриппа.
6. Обобщить данный материал и сделать соответствующие выводы.

Методы исследования:

1. Изучение и анализ научной литературы.
2. Интервьюирование врача педиатра.
3. Анкетирование родителей учащихся начального звена МБОУ СОШ №28.
4. Анализ статистических данных по заболеваемости гриппом привитых и не привитых.

ГЛАВА I

1.1 Общие понятия

Грипп — это тяжелая вирусная инфекция, которая поражает мужчин, женщин и детей всех возрастов и национальностей. Заболевание гриппом сопровождает высокая смертность, особенно у маленьких детей и пожилых людей. Эпидемии гриппа случаются каждый год, обычно в холодное время года, и поражают до 15% населения Земного шара.

Грипп - острое высоко контагиозное заболевание, которое отличается резким токсикозом, умеренными катаральными явлениями с наиболее интенсивным поражением трахеи и крупных бронхов.

Периодически повторяясь, грипп и ОРЗ уносят в течение всей нашей жизни суммарно около 1 года. Человек проводит эти месяцы в недеятельном состоянии, страдая от лихорадки, общей разбитости, головной боли, отравления организма ядовитыми вирусными белками.

При тяжелом течении гриппа часто возникают необратимые поражения сердечно-сосудистой системы, дыхательных органов, центральной нервной системы, провоцирующий заболевания сердца и сосудов, пневмоний, трахеобронхиты, менингоэнцефалиты.

Грипп и ОРВИ занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире и составляет 95% всех инфекционных заболеваний. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн. заболевших гриппов и другими ОРВИ.

Вирус гриппа:

Вирус гриппа (Mixovirus influenzae) принадлежит к семейству ортомиксовирусов. Он имеет сферическую структуру и размер 80-120 нанометров.

Сердцевина вируса содержит одно-цепочечную отрицательную цепь РНК, состоящую из 8 фрагментов, которые кодируют 10 вирусных белков. Фрагменты РНК имеют общую белковую оболочку, которая объединяет их, образуя нуклеопротеид.

На поверхности вируса находятся выступы (гликопротеины) - гемагглютинин (названный по способности агглютинировать эритроциты) и нейраминидаза (фермент). Гемагглютинин обеспечивает способность вируса присоединяться к клетке. Нейраминидаза отвечает, во-первых,

за способность вирусной частицы проникать в клетку-хозяина, и, во-вторых, за способность вирусных частиц выходить из клетки после размножения.

Вирус гриппа очень легко передается. Самый распространенный путь передачи инфекции - воздушно-капельный. Также возможен (хотя и более редок) и бытовой путь передачи - например, заражение через предметы обихода.

При кашле, чихании, разговоре из носоглотки больного или вирусоносителя выбрасываются частицы слюны, слизи, мокроты с болезнетворной микрофлорой, в том числе, с вирусами гриппа. На короткий промежуток времени вокруг больного образуется зараженная зона с максимальной концентрацией аэрозольных частиц. Частицы размером более 100 мкм (крупнокапельная фаза) быстро оседают. Дальность их рассеивания обычно не превышает 2-3 м.

Степень концентрации вируса гриппа и длительность его пребывания во взвешенном состоянии в воздухе, в первую очередь, зависят от величины аэрозольных частиц. Последнее определяется силой и частотой физиологических актов - чихания, кашля, разговора. Эти данные наглядно подтверждают необходимость конкретной санитарной пропаганды соблюдения больными гриппом и другими ОРЗ элементарных гигиенических правил. Стоит убедить больного чихать с закрытым ртом, как количество выбрасываемых в воздух аэрозольных частиц может быть уменьшено в 10-70 раз, а, значит, снижена концентрация в воздушной среде вируса гриппа. Если учесть, что 80 % выбрасываемых при этом частиц размером свыше 100 мкм, то они быстро будут оседать и иметь эпидемиологическое значение главным образом для лиц, находящихся в непосредственной близости от больного.

Таблица № 1.

Количество и соотношение частиц бактериального аэрозоля при чихании и кашле:

Физиологические акты	Количество образуемых частиц тыс.	Соотношение частиц %	
		Более 100 мкм	Менее 100 мкм
Чихание (сильное с открытым ртом)	100-800	50	50
Чихание (задержанное, с закрытым ртом)	10-15	80	20
Сильный кашель	50-10	85-90	20-15

После заражения вирусные частицы задерживаются на эпителии дыхательных путей. Обычно клетки слизистой оболочки носа, горла и респираторного тракта "выметают" вирусов, таким образом, предотвращая инфекцию. Однако, в некоторых случаях, частицы вируса попадают прямо в альвеолы, обходя первичные защитные механизмы организма.

Размножение вирусов протекает с исключительно высокой скоростью. Высочайшая скорость размножения вируса гриппа объясняет столь короткий инкубационный период: 1-2 суток. Быстроте репродукции вируса благоприятствует распространение многих сотен вирионов, подготовленных лишь одной зараженной клеткой.

В дальнейшем вирус попадает в кровь и разносится по всему организму. Активация вирусом всей системы протеолиза и повреждение клеток эндотелия капилляров приводит к повышенной проницаемости сосудов, кровоизлияниям и дополнительному повреждению ткани. Вирус, попадая в кровь, вызывает угнетение кроветворения и иммунной системы, развивается лейкопения и другие осложнения.

В процессе своей жизнедеятельности вирус гриппа поражает мерцательный эпителий респираторного тракта. Физиологической функцией мерцательного эпителия является очищение дыхательных путей от пыли, бактерий и т.д. Если мерцательный эпителий разрушается, он уже не может в полной мере выполнять свои функции, и бактерии с большей легкостью проникают в легкие. Таким образом, появляется опасность развития бактериальной суперинфекции (например, пневмонии и бронхита).

Описанная активность вируса гриппа представляет собой основное отличие между вирусной гриппозной инфекцией и другими ОРЗ, которые не всегда вызывают подобного рода поражения, или вообще не вызывают их. С другой стороны, симптоматика вирусной гриппозной инфекции и других ОРЗ приблизительно одинакова.

1.2 Клиническая картина

Обычно грипп начинается остро. Инкубационный период, как правило, длится 1-2 дня, но может продолжаться до 5 дней.

Затем начинается период острых клинических проявлений. Тяжесть болезни зависит от многих факторов: общего состояния здоровья, возраста, от того, контактировал ли больной с данным типом вируса ранее. В зависимости от этого у больного может развиться одна из 4-х форм гриппа: легкая, среднетяжелая, тяжелая и гипертоксическая. Симптомы и их сила зависят от тяжести заболевания.

В случае легкой (включая стертые и субклинические) формы гриппа, температура тела может оставаться нормальной или повышаться не выше 38°С, симптомы инфекционного токсикоза слабо выражены или отсутствуют.

В случае среднетяжелой (манифестной) формы гриппа температура повышается до 38,5-39,5°С и отмечаются классические симптомы заболевания.

Передача вируса:

Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным путем. Вирус со слизистых дыхательных путей при дыхании, чихании, кашле, разговоре выделяется в огромной концентрации и может находиться во взвешенном состоянии несколько минут. Также существует вероятность передачи инфекции через предметы обихода, соски, игрушки, белье, посуду.

Таблица № 2.

Защитные механизмы против вирусной инвазии и репликации.

Защитные факторы организма	Антивирусные эффекты	Действие вируса
Слизь на поверхности эпителия дыхательного тракта	Предупреждение фиксации и перемещения вируса до достижения им эпителия	Нейраминидаза позволяет вирусу проникать сквозь мукозальную защиту
Интерферон	Очистка организма от вируса	Быстрая репликация вируса до эффективной зашиты интерферона
Т-лимфоциты, макрофаги	Деструкция вирус-инфицированных клеток	Быстрая репликация вируса до необходимой активации клеточного иммунитета
Антитела против вирусных белков	Антигенный дрейф	Нейтрализация вируса(предупреждение повторного заражения)

Основные симптомы:

1) *Интоксикационные симптомы*: обильное потоотделение, слабость, светобоязнь, суставные и мышечные боли, головная боль.

2) **Катаральные симптомы*: гиперемия мягкого неба и задней стенки глотки, конъюнктивит;***

3) *Респираторные симптомы*: поражение гортани и трахеи, сухой (в ряде случаев - влажный) болезненный кашель, нарушение фонации, боли за грудиной, ринит (насморк), гиперемия, сухость слизистой оболочки полости носа и глотки;

При развитии тяжелой формы гриппа температура тела поднимается до 40-45°С и больше. В дополнение к симптомам, характерным для среднетяжелой формы гриппа появляются признаки энцефалопатии (психотические состояния, судорожные припадки, галлюцинации), сосудистые расстройства (носовые кровотечения, точечные геморрагии на мягком небе) и рвота.

Возникновение отечного геморрагического синдрома, развитие в различной степени выраженности дыхательной недостаточности, вплоть до отека легких (геморрагическая пневмония), а также отека мозга у отдельных больных.

Если грипп протекает без осложнений, лихорадочный период продолжается 2-4 дня и болезнь заканчивается в течение 5-10 дней. Возможны повторные подъемы температуры тела, однако, они обычно обусловлены наслоением бактериальной флоры или другой вирусной респираторной инфекции. После перенесенного гриппа в 1ечение 2-3 педель могут сохраняться явления постинфекционной астении: утомляемость, слабость, головная боль, раздражительность, бессонница и др.

Таблица № 3.

Основные симптомы гриппа и их локализация:

Орган	*Название воспалительного процесса*	*Симптомы*
Нос	Ринит	Насморк
Зев	Фарингит	Боль в горле
Гортань	Ларингит	Хрипота
Трахея	Трахеит	Кашель
Бронхи	Бронхит	Кашель

1.3 Диагностика заболевания

Как правило, грипп диагностируется по совокупности клинических проявлений. При постановке диагноза гриппа необходимо учитывать время года и вероятность эпидемии гриппа. На ранних этапах инфекции и в не осложненных случаях исследование грудной клетки не обнаруживает изменений. В легких случаях симптомы такие же, как при простуде. От простуды грипп отличается высокой температурой и тяжелой общей симптоматикой. Также гриппу характерны некоторые специфические особенности, которые включают в себя:

Синдром катарального воспаления (негнойные воспалительные изменения носоглотки и конъюнктивиты глаз) - типичный диагностический признак многих респираторных вирусных инфекций:

- Гиперемия, цианотичность, сухость слизистой оболочки полости носа, мягкого неба и задней стенки глотки, дыхание через нос обычно сохранено;
- Отсутствие выраженного экссудативного компонента воспаления; скудное отделяемое серозного и серозно-слизистого характера;
- Гиперемия конъюнктив.

Клинические признаки поражения дыхательных путей - "запаздывание" катаральных симптомов от начала заболевания на несколько часов или 1-2 дня; сухой (в ряде случаев - влажный, с выделением необильной слизистой мокроты) кашель. Синдром сегментарного поражения легких - динамично нарастающая (в течение нескольких часов) легочно-сердечная недостаточность с типичной сегментарной тенью в одном из легких (сегментарный отек легких); при благоприятном исходе клинико-рентгенологические изменения проходят в течение 2-3 дней (дифференциальное отличие от пневмонии). При гипертоксической форме возможен отек легких, обычно заканчивающийся геморрагической пневмонией.

Специфическая диагностика

Лабораторные диагностические методы предназначены для целей ранней (экстренной) или ретроспективной диагностики.

Вирус гриппа может быть выделен из мазков горла и носоглотки в течение 3 дней после начала заболевания. Культурирование производится на 10-11 дневных куриных эмбрионах (в амниотической или аллантоисной жидкости) в течение 48 часов (для достижения необходимого для обнаружения количества вируса). Для определения типа вируса требуется 1-2 дня. Ввиду сложности и длительности процедуры, такая диагностика имеет смысл только для определения этиологии локальной эпидемии.

1.4 Осложнения и последствия заболевания

Наиболее частым осложнением гриппа является пневмония, причем, как правило, это вторичная бактериальная инфекция. Более редко встречается комбинированная инфекция (вирусная и бактериальная пневмония). Первичная вирусная пневмония - это редкое осложнение, характеризующееся высокой смертностью. Она возникает в случае, если грипп вызван вирусом

высочайшей вирулентности. При этом развиваются "молниеносные" смертельные геморрагические пневмонии, продолжающиеся не более 3-4 дней. Истинная первичная гриппозная пневмония может наблюдаться, прежде всего, у больных, страдающих хроническими заболеваниями сердца и легких, сопровождающимися застойными явлениями в легких.

Другие вторичные бактериальные инфекции, часто возникающие после гриппа - ринит, синусит, бронхит, отит.

Осложнение в виде *синдрома Рейе* встречается практически исключительно у детей (в основном после заболевания гриппом В) после употребления салицилатов (в том числе ацетилсалициловой кислоты) и проявляется сильной рвотой, которая может привести к коме в связи с отеком мозга.

Осложнения со стороны *сердечно-сосудистой* системы чаще встречается у лиц пожилого возраста. Может развиться миокардит и перикардит (воспалительное заболевание мышц сердца, которое может привести к сердечной недостаточности).

После гриппа часто наблюдаются *обострения хронических заболеваний,* таких как: бронхиальная астма и хронический бронхит, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ, заболевания почек и др.

1.5 Профилактика заболевания

Известно, что существует три вида профилактики гриппа. Это профилактика с помощью вакцин (специфическая, вакцинопрофилактика), химиопрофилактика (противовирусные средства) и профилактика, подразумевающая под собой соблюдение правил личной и общественной гигиены (неспецифическая).

Вакцинопрофилактика:

Вакцинация является самой надежной защитой при любых эпидемиях гриппа. Приобретенный в результате вакцинации иммунитет надежно защищает от заболевания. Многие серьезные инфекции, такие как полиомиелит, дифтерия, корь были практически полностью ликвидированы в результате массовой вакцинации. Проведение ежегодных вакцинаций против сезонного гриппа значительно снижают заболеваемость и смертность во всех возрастных группах**.**

Цель вакцинации — не полная ликвидация гриппа, как инфекции, а снижение заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии. Мы уже говорили о группах лиц, у которых осложнения от гриппа развиваются значительно чаще, чем у остальных людей.

ВОЗ рекомендует ежегодно прививать от гриппа группы риска: людей старше 65 лет, (при наличии хронической патологии — в любом возрасте), детей от 6 месяцев до 15 лет, медицинских работников и других людей с многочисленными производственными контактами.

Не подлежащие вакцинации состояния (основные):

- Аллергические реакции на компоненты вакцины — куриный белок
- Аллергические заболевания, реакции на предшествующую прививку
- Люди с обострением хронических заболеваний или с острыми инфекционными заболеваниями, сопровождающимися повышенной температурой

Химиопрофилактика:

Препараты для профилактики гриппа весьма разнообразны. Основными из них являются:

- «Арбидол»;
- Интерфероны — «Альфарон» (интраназальные капли), «Гриппферон» (интраназальные капли), мазь с «Интерфероном»;
- Индукторы интерферонов — «Циклоферон», «Амиксин»;

Неспецифическая профилактика. Соблюдение правил личной и общественной гигиены:

Больной человек наиболее заразен для окружающих первые 3–4 дня болезни, хотя выделение вируса возможно на протяжении всего заболевания и даже в период выздоровления. Дети, особенно маленькие, потенциально «опасны» более длительный период (7–10 дней).

Что надо предпринять, чтобы *не заболеть самому и не заразить окружающих:*

- Избегать контакта с больными людьми;
- Стараться не подходить к больному ближе, чем на 1 метр;

- При контакте с больными людьми одевать маску;
- Мыть руки с мылом или антибактериальными средствами (спиртсодержащие растворы) для предотвращения распространения инфекции;
- Закрывать нос и рот во время кашля и чихания, используя одноразовые носовые платки;
- Избегать большого скопления людей (зрелищных мероприятий, собраний, встреч);
- Регулярно проветривать помещение;
- Не трогать грязными руками глаза, нос и рот;
- Вести здоровый образ жизни (полноценный сон, свежий воздух, активный отдых, сбалансированная пища, богатая витаминами), что поможет организму бороться с любыми инфекциями.

Если Вы все-таки *заболели*, то:

- Оставайтесь дома, чтобы не подвергать опасности других людей и избежать опасных осложнений
- Соблюдайте постельный режим
- По возможности изолируйте себя от других членов семьи
- При первых симптомах заболевания вызовите врача
- Пользуйтесь одноразовыми носовыми платками, и после использования немедленно их выбрасывайте
- Пейте больше витаминизированных жидкостей, а также настои на клюкве, бруснике, обладающие жаропонижающими свойствами
- Выполняйте все назначения врача и принимайте препараты, особенно антивирусные, строго по схеме. Необходимо пройти полный курс приема препаратов, даже если Вам кажется, что Вы уже здоровы
- Внимательно следите за своим состоянием, чтобы при возможном ухудшении самочувствия своевременно обратиться к врачу и получить необходимое лечение.

ГЛАВА II

Практическая часть

Наряду с рассмотрением теоретической части нашей научной работы, мы проводили исследование по заболеваемости гриппом на базе МБОУ СОШ 28 школы. Начальное звено. Мы использовали следующие методы проведения исследовательской деятельности:

> Анкетирование родителей учащихся 1 - 4 классов.
> Работа с медицинской документацией (школьные медицинские карты учащихся).
> Подсчет статистических данных по заболеваемости учащихся.

Проводя исследование, изначально мы рассматривали вопрос «А так ли необходимо проводить вакцинацию против гриппа?». 43% респондентов считают, что проводить вакцинацию против гриппа необходимо, 57% против данной прививки.

По итогам анкетирования и работы с медицинской документацией были получены следующие данные:

В начальном звене МБОУ СОШ №28 школы обучается 368 человек.

Из них анкетирование прошли 275 человек. Это составляет 75 % от общего количества.

Таблица № 5

Количество учащихся начального звена:

	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
Общее кол-во учащихся	92	94	90	92
Кол-во анкетированных	79	85	33	78
% соотношение	85%	90%	36%	84%

В параллели первых классов обучается 92 ребенка. Из них в анкетировании участвовали родители 79 учеников. Это составляет 85% от общего количества.

Таблица № 6

Согласие, отказ от вакцинации против гриппа детей 1-х классов:

Год	Согласие на вакцинацию	%	Отказ от вакцинации	%
2013 – 2014г.	42 человека	53%	37 человек	47%
2014 – 2015г.	39 человек	49 %	40 человек	51%
2015 – 2016г.	45 человек	56%	34 человека	55%

В среднем согласие на прививку давали 52 % родителей. То есть половина учащихся. Исходя из этого, можно посчитать годовую заболеваемость детей первых классов.

Таблица № 7

Годовая заболеваемость детей первых классов школы № 28:

Регулярная вакцинация детей	Заболеваемость привитых детей 1-х классов	Здоровые дети
42 чел. 53%	10 чел. 23%	32 чел. 77%

Заболеваемость не привитых детей 1-х классов		Здоровые дети
37 чел. 47%	27 чел. 72%	10 чел. 28%

Из таблицы № 7 можно сделать вывод, что дети, которые прививались регулярно на протяжении 3-х последних лет, заболевают гриппом реже, чем те которые не прививались вообще или прививались нерегулярно.

Таблица № 8

Согласие, отказ от вакцинации против гриппа детей 2-х классов:

Год	Согласие на вакцинацию	%	Отказ от вакцинации	%
2013 – 2014г.	44 человека	51%	41 человек	49*%
2014 – 2015г.	39 человек	45 %	40 человек	55%
2015 – 2016г.	47 человек	55%	38 человека	45%

В среднем согласие на прививку давали 50 % родителей. То есть, половина учащихся. Исходя из этого, можно просчитать годовую заболеваемость детей вторых классов.

Таблица № 9

Годовая заболеваемость детей вторых классов школы № 28:

Регулярная вакцинация детей	Заболеваемость привитых детей 2-х классов	Здоровые дети
43 чел. 50.5 %	8 чел. 18 %	35 чел. 82 %

Заболеваемость не привитых детей 2-х классов		Здоровые дети
42 чел. 49.5 %	25 чел. 59 %	17 чел. 41 %

Из таблицы № 9 можно сделать вывод, что дети, которые прививались регулярно на протяжении 3-х последних лет, заболевают гриппом реже, чем те которые не прививались вообще или прививались нерегулярно.

Таблица № 10

Согласие, отказ от вакцинации против гриппа детей 3-х классов:

Год	Согласие на вакцинацию	%	Отказ от вакцинации	%
2013 – 2014г.	19 человека	57 %	13 человек	39 %
2014 – 2015г.	14 человек	42 %	16 человек	48 %
2015 – 2016г.	6 человек	18 %	18 человека	54%

В среднем согласие на прививку давали 39% родителей.

Меньше половины учащихся. Исходя из этого, можно просчитать годовую заболеваемость детей третьих классов.

Таблица № 11

Годовая заболеваемость детей третьих классов школы № 28:

Регулярная вакцинация детей	Заболеваемость привитых детей 3 – х классов	Здоровые дети
13 чел. 33 %	8 чел. 20%	5 чел. 80%

Заболеваемость не привитых детей 2-х классов		Здоровые дети
15чел. 31 %	10 чел. 66%	5чел. 34 %

Из таблицы № 11 можно сделать вывод, что дети, которые прививались регулярно на протяжении 3-х последних лет, заболевают гриппом реже, чем те которые не прививались вообще или прививались нерегулярно.

Таблица № 12

Согласие, отказ от вакцинации против гриппа детей 4-х классов:

Год	Согласие на вакцинацию	%	Отказ от вакцинации	%
2013 – 2014г.	36 человека	46 %	39 человек	50 %
2014 – 2015г.	32 человек	41 %	45 человек	57 %
2015 – 2016г.	17человек	21 %	60 человека	77%

В среднем согласие на прививку давали 36% родителей.

Меньше половины учащихся. Исходя из этого, можно просчитать годовую заболеваемость детей четвертых классов.

Таблица № 13

Годовая заболеваемость детей четвертых классов школы № 28:

Регулярная вакцинация детей	Заболеваемость привитых детей 4 – х классов	Здоровые дети
29 чел. 37 %	10чел. 34%	19чел. 66%

Заболеваемость не привитых детей 2-х классов		Здоровые дети
48чел. 61 %	30 чел. 62%	18чел. 38 %

Из таблицы №13 можно сделать вывод, что дети, которые прививались регулярно на протяжении 3-х последних лет, заболевают гриппом реже, чем те которые не прививались вообще или прививались нерегулярно.

Таблица № 14

Заболеваемость начального звена школы № 28:

Регулярно вакцинированные дети 127 человек	Не вакцинированные или нерегулярно вакцинированные дети 142 человека
Здоровые дети 91 человек Заболевшие дети 36 человек	Здоровые дети 50 человек Заболевшие дети 92 человека

Из таблицы № 14 видно, что в начальной школе № 28 регулярно проходят вакцинацию против гриппа 127 человек, из них остаются здоровыми 71 %, а заболевают 29 % детей. Из группы же не вакцинированных детей заболевают 64 %, а остаются здоровыми 35 %.

Заключение

В работе мы предприняли попытку рассмотреть значимость вакцинации против гриппа, на примере начального звена 28 школы.

В результате исследования выявились следующие показатели, такие как годовая заболеваемость школьников с 1 по 4 классы, проводимая вакцинация детей на протяжении 3-х лет, выявлена реакция на проведение вакцинации, а так же собраны данные о влиянии вакцинации детей на заболеваемость.

Несмотря на мнение значительного числа родителей о нецелеобразности данной прививки, практическое исследование проведенное нами показывает следующее. Если ребенка прививать на протяжении нескольких лет регулярно, то наблюдается закономерное снижение годовой заболеваемости детей, если же не прививать вовсе или проводить профилактические прививки нерегулярно, то заболеваемость увеличивается.

Научно-исследоваетельская работа, которой мы занимаемся, не только образовывает, но и учит заниматься кропотливой работой с медицинской документацией, научной литературой в библиотеке и другими источниками исследования.

Целенаправленная систематическая работа дает возможность анализировать, рассуждать, сопоставлять факты, проводить медицинские аналогии, отстаивать свою точку зрения.

Выводы:

1) Проводя исследование, первым вопросом стоял вопрос «А так ли необходимо проводить вакцинацию против гриппа?» . 43% респондентов считают, что проводить вакцинацию против гриппа необходимо, 57% против данной прививки.

2) Заболеваемость детей начального звена более всего преобладает в первых классах и закономерно уменьшается к четвертому классу.

3) Из проведенных нами исследований следует заключение, что при отказе от вакцинации прослеживается закономерный рост заболеваемости гриппом среди детей. А при увеличении числа давших согласие на вакцинацию, уменьшается число заболевших за отчетный период.

4) Так же дети, которые прививаются регулярно на протяжении нескольких лет, реже заболевают, нежели те которые прививаются нерегулярно.

5) После проведения вакцинации реакция в основном прослеживается в основном положительная.

6) Давать согласие на вакцинацию своих детей в последующем изъявили желание 43%. Отказались 39% и воздержались от ответа на поставленный вопрос 18% респондентов.

Изучая данную тему, для себя я сделала вывод о том, что грипп, это одно из самых опасных инфекционных заболеваний современного мира, так как оно имеет высокую распространенность среди населения, однако, несмотря на это, люди зачастую «залечивают» себя дома или переносят заболевание «на ногах».

Вакцинопрофилактика является наиболее эффективным методом профилактики гриппа. Именно поэтому, немаловажно обеспечить достаточную информативность людей всех групп населения о необходимости проведения вакцинации против гриппа.

Список литературы:

1) Грипп и другие респираторные вирусные инфекции : эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия [Текст] / О. И. Киселев, И. Г. Маринич, А. А. Соминина ; под ред. О. И. Киселева – СПб., 2003. – 245 с.

2) Литвинова, О. М. Этиология современного гриппа / О. М. Литвинова, Е. А. Смородинцева, Э. Г. Деева [Текст] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2001. – № 1. – С. 5-9.

3) Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста/ под ред. Д.В.Стефани, Ю.Е.Вельтищева // Руководство для врачей. – М.: Медицина. - 1996. - 384с.

4) Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В.Зверева и соавт. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880с.

5) Глобальная инициатива по безопасности вакцин (GVSI) [Электронный ресурс] / Резолюция WHA65.17, 26 мая 2012 г. – Режим доступа : http://www.who.int/vaccine_safety/ru/

6) Грипп и гриппоподобные инфекции (включая особо опасные формы) : фундаментальные и прикладные аспекты изучения [Текст] / под ред. В. И. Покровского [и др.]. – СПб., 2008. – 109 с.
7) Бугаев В. Грипп шагает по России / В. Бугаев // Гражд. защита. -1998. - N: 10. - С. 14-18.
8) Ющук Н.Пневмонии при гриппе / Н. Ющук // Мед. газ. - 2002. - 6 февр..- С. 8-9.
9) Медицинская микробиология (под ред. В.И.Покровского и О.К. Поздеева). М.: Гэотар Медицина,1999
10) Кильбурн Э.Д. В кн. Вирусы гриппа и грипп, Москва, 1978, 309–14.

ГРУППА КРОВИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Антипова Евгения Владимировна
Руководитель: Бабина Ирина Петровна
КГБПОУ Ачинский медицинский техникум

В организме человека существует множество генетически обусловленных, наследуемых факторов крови, объединенных в системы антигенов. Наиболее сильными антигенами являются антигены групп крови системы АВО. Групповые особенности крови человека являются постоянным признаком, передаются по наследству, возникают во внутриутробном периоде и не изменяются в течение жизни или под влиянием болезней.

Проблема взаимосвязи антигенов групп крови с различными заболеваниями органов и систем организма человека давно привлекает внимание исследователей. Исследования, проводимые с 20-х годов XX в. установили, что существует связь между группами крови и заболеваниями внутренних органов и систем организма человека. Профилактика заболеваний является важным направлением современной медицины, зная свою группу крови и возможные риски возникновения заболеваний, можно предупредить их возникновение.

Мы провели исследование с целью выявить связь между группой крови и заболеваниями человека.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по проблеме.
2. Провести мониторинг зависимости группы крови и заболеваний человека.

Объект исследования: профилактика заболеваний человека.

Предмет исследования: группа крови и заболевания человека.

В основе гипотезы исследования лежит предположение о том, что группа крови может являться фактором риска для возникновения заболеваний человека.

Кровь выполняет ряд важных функций: транспортирует кислород, углекислый газ и питательные вещества; распределяет тепло по всему организму; обеспечивает водно-солевой обмен; доставляет гормоны и другие биологические активные вещества к различным органам; поддерживает постоянство внутренней среды и несет защитную (иммунную) функцию. В 1901г. австрийский ученый К. Ландштейнер установил наличие у человека четырех групп крови по составу определенных антигенов и антител.

Антигены крови появляются на 2—3-м месяце внутриутробной жизни и к рождению ребенка хорошо определяются. Естественные антитела выявляются с 3-го месяца после рождения и к 5—10 годам достигают максимального титра. Реакция агглютинации происходит при склеивании антигенов одной группы крови, которые находятся в красных кровяных тельцах - эритроцитах с антителами другой группы, находящимися в плазме - жидкой части крови. Такая же реакция агглютинации происходит при смешивании крови с некоторыми продуктами питания: антигены, содержащиеся в пище, могут агглютинировать клетки крови одной группы, но прекрасно взаимодействовать с другой. Это происходит потому, что многие антигены продуктов питания подобны А и В-антигенам крови человека - такие вещества называются лектинами. Характер их восприятия или отторжения кровью продиктован генетическим наследием, передавшимся человеку с группой крови.

Полиморфизм групп крови — результат различий в последовательности ДНК. Некоторые полиморфные локусы исследованы проверкой изменений в белках, кодируемых определенными аллелями, и изучением различий в ДНК-последовательности самих аллелей. Любой человек гетерозиготен по аллелям, определяющим структурно различающиеся полипептиды, приблизительно в 20% всех локусов; при сравнении индивидуумов из разных этнических групп полиморфизм обнаруживают даже в большей доле белков. Таким образом, в пределах человеческого вида существует поразительная степень биохимической индивидуальности в характеристиках ферментов и других продуктов генов. Кроме того, поскольку продукты многих биохимических путей взаимодействуют, каждый человек, независимо от состояния его здоровья, имеет уникальные, генетически определяемые биохимические характеристики и, таким образом, уникально отвечает на влияния окружающей среды, диетические и фармакологические факторы. Это понятие химической индивидуальности, впервые выдвинуто столетие назад британским врачом Арчибальдом Гарродом.

У людей с первой группой крови наблюдается предрасположенность к язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Первая группа крови обуславливает развитие на слизистой оболочке желудка мембранных рецепторов, чувствительных к Helicobacter pylori . По этой причине у людей с данной группой крови снижена устойчивость слизистой желудка к действию пищеварительных ферментов. У людей со второй группой крови наблюдается предрасположенность к гастриту с пониженной кислотностью. Люди с этой группой крови также более уязвимы в отношении образования камней в желчных протоках, у них часто развивается хронический холецистит. У людей с третьей группой крови наблюдается предрасположенность к опухолям толстой кишки. Люди с четвертой группой крови менее предрасположены к болезням желудка и кишечника.

Ученые Гарвардского исследовательского университета штата Массачусетс исследовали зависимость группы крови пациентов и вероятности развития у них ишемической болезни сердца. Кроме принадлежности к определенной группе крови, при анализе учитывались различные факторы: возраст участников, пол, питание, индекс массы тела, менопауза, курение, история болезни, а также раса испытуемого.

Исследователи определили у людей со второй группой крови высокую концентрацию липопротеина низкой плотности – «плохого» холестерина, который способствует образованию атеросклеротических бляшек и постепенной закупорке просвета артерий. Обладатели четвертой группы крови склонны к частым воспалительным процессам, что может негативно повлиять на функционирование и состояние кровеносных сосудов. У людей с первой группой обнаружено повышенное содержание веществ, которые препятствуют образованию тромбов и существенно улучшают кровоток. Так же обнаружили, что у больных с первой группой крови, у которых все же развилась ишемическая болезнь сердца, риск развития инфаркта миокарда был ниже по сравнению с больными с остальными тремя группами крови.

Ревматизмом заболевают чаще лица со 2-й и 3-й группой крови. Воспалительный процесс, возникающий в миокарде, приводит к возникновению пороков клапанного аппарата сердца.

Программа и план исследования включают:

1. Составление регистрационных документов (анкет).
2. Определение методов сбора информации.
3. Сбор материала.
4. Анализ полученных данных.

Членами кружка «Асептика» была разработана анкета для пациентов, включающая 9 вопросов. Мы проводили исследование на базе хирургического и терапевтического отделений КГБУЗ АМРБ № 2. С целью выяснить, какую группу крови имели пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: желудка и желчного пузыря, а также заболеваний сердечно-сосудистой системы: ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, было проведено анкетирование 54 пациентов указанных отделений и проведен анализ 67 медицинских карт.

Анализ 31 медицинской карты пациентов хирургического отделения КГБУЗ АМРБ №2, перенесших операцию «холецистэктомия» с диагнозом «хронический холецистит», «желчекаменная болезнь», показал следующее распределение по группам крови: 6 пациентов с первой группой крови, что составляет 20% от числа исследуемых, 18 пациентов со второй

группой крови (58%), 2 пациента с третьей группой (6%) и 5 пациентов с четвертой группой (16%).

Анализ 11 медицинских карт пациентов терапевтического отделения КГБУЗ АМРБ №2 с диагнозом «гипертоническая болезнь», показал следующее распределение по группам крови: 1 пациент с первой группой крови (9 %), 1 пациент со второй группой крови (9%), 3 пациента с третьей группой крови (27%), 6 пациентов с четвертой группой (55%).

Анализ 13 медицинских карт пациентов терапевтического отделения КГБУЗ АМРБ №2 с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», показал следующее распределение по группам крови: 2 пациента с первой группой крови (15,5%), 3 пациента со второй группой крови (23%), 3 пациента с третьей группой крови (23%), 5 пациентов с четвертой группой (38,5 %).

Анализ 12 медицинских карт пациентов терапевтического отделения КГБУЗ АМРБ №2 с диагнозом «язвенная болезнь желудка», показал следующее распределение по группам крови: 7 пациентов с первой группой крови (58%) , 2 пациента со второй группой крови (17%), 3 пациента с третьей группой крови (25 %) и 0 пациентов с четвертой группой крови.

Проведенный анализ медицинских карт пациентов подтверждает результаты современных научных исследований в области медицины о наличии зависимости между группой крови человека и предрасположенностью к язвенной болезни желудка, хроническому холециститу и ЖКБ, а также ИБС и гипертонической болезни.

С целью выявления уровня осведомленности пациентов о зависимости между группой крови и заболеванием, а также применяемых в связи с этим мерах профилактики была проведен опрос пациентов КГБУЗ АМРБ №2 в форме анкеты.

На вопрос: «Считаете ли Вы, что существует зависимость между группой крови и заболеваниями человека?», положительно ответили только 19 пациентов, что составляет 35 % от опрошенных пациентов.

Только 15 пациентов, что составляет 28% от числа опрошенных пациентов, готовы изменить свой образ жизни, чтобы снизить риск возникновения заболеваний, связанных с группой их крови.

Таким образом, в результате проведенного опроса выявился низкий уровень осведомленности пациентов о зависимости между группой крови и заболеванием и слабая мотивация к изменению поведенческих факторов риска.

Результаты проведенного исследования показывают необходимость разработки и реализации профилактических мероприятий, направленных на повышение осведомленности людей о наличии предрасположенности человека к тем или иным заболеваниям в зависимости от группы крови, формировании ответственного отношения к своему здоровью.

В качестве пробного мероприятия, кружковцы провели беседу на тему: «Группа крови и заболевания человека» с пациентами терапевтического отделения. В результате 12 пациентов высказали мнение о готовности изменить собственные привычки, негативно влияющие на здоровье.

В целом, результаты проведенного исследования согласуются с выводами современных медицинских научных исследований о наличии предрасположенности человека к тем или иным заболеваниям в зависимости от группы крови. Информированность человека о возможных рисках возникновения заболеваний в зависимости от группы крови, позволит формировать осознанное и ответственное отношение граждан к собственному здоровью, повысить эффективность проводимой профилактической работы.

Литература.

1. Богданова Н. Группы крови: индивидуальная программа жизни. СПб., 2012.
2. Вершинина О.А. Медико-социальная характеристика первичных доноров крови и ее компонентов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.01.21 - гематология и переливание крови. М., 2011// http://medical-diss.com/medicina/mediko-sotsialnaya-harakteristika-pervichnyh-donorov-krovi-i-ee-komponentov
3. Гришина О.В. Опыт и перспективы государственного регулирования проблем донорства крови. Трансфузиология. 2009. № 3-4, с. 4-11.
4. Питер Р. Мак Нелли. Секреты гастроэнтерологии.- М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2011.

5. Соловьева В.А. Группы крови и здоровье. СПб., 2010.
6. Черешнев В.А., Баев В.Н., Головский Б.В. Реология крови в диагностической и профилактической работе врача общей практики. Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», 2012.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лапицкий Антон Юрьевич, Неустроева Т. Е.
Руководители: Овчинникова Татьяна Вениаминовна,
Журавлева Галина Николаевна
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России, Фармацевтический колледж

Проблема артериальной гипертензии чрезвычайно актуальна. Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных хронических заболеваний и выявляется у ¼ взрослого населения, при этом взаимосвязь между уровнем артериального давления и риском сердечнососудистых событий является фактически линейной. С недостаточным контролем артериального давления можно связать около 7 миллионов смертей в год во всем мире. Несмотря на наличие современных высоко эффективных средств для лечения, контроль артериальной гипертензии далек от желаемого во всѐм мире [1,2].

Хорошо известно, что частота артериальной гипертензии увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в России распространенность артериальной гипертензии после 60 лет превышает 60%, а после 80 лет приближается к 80%. Систолическое артериальное давление – фактор риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, значение которого не утрачивается с возрастом, поэтому проблема артериальной гипертензии и ее лечения становится одной из ведущих медико-социальных проблем во всѐм мире [7,5].

Каждый второй инсульт возникает вследствие повышения артериального давления. Степень повышения артериального давления определяет тяжесть течения инсульта и развития его фатальных осложнений. По данным различных исследований, у 95% пациентов, умерших от мозгового инсульта, имела место артериальная гипертензия [4,3].

В настоящее время медицина обладает огромным арсеналом гипотензивных средств различных групп и частота нормализации артериального давления у лиц с установленной артериальной гипертензией возрастает. Одновременно клиницисты разных профилей стали сталкиваться с ситуацией, когда артериальное давление начинает повышаться после хорошо установленного контроля заболевания. Одной из причин этого является недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии [6,8,9].

Целью данного исследования являлось определение уровня приверженности к лечению артериальной гипертензии, и выявление факторов, снижающих его.

В соответствии с этим ставились задачи:

1. Определить степень приверженности к лечению артериальной гипертензии;
2. Выявить группы пациентов, наиболее и наименее приверженных к лечению артериальной гипертензии;
3. Определить причины высокой и низкой приверженности к лечению артериальной гипертензии.

Методы исследования: анкетирование, тестирование по методике Мориски-Грина, выкопировка амбулаторных карт.

Исследование проводилось в КГБУЗ КМКБ №7, в отделениях хирургии, неврологии, терапии и гастроэнтерологии. Всего в исследовании приняли участие 80 человек. У всех исследуемых диагноз артериальной гипертензии был указан в истории болезни, как сопутствующий. По возрасту исследуемые распределились следующим образом: 18-45 лет – 21 человек (26,25%), 46-65 – 36 человек (45%), старше 65 лет – 22 человека (28,7%). Мужчин среди обследуемых было 58 человек (72,5%), женщин – 22 человека (27,5%). Для оценки степени приверженности к лечению былопроведено анкетирование пациентов и тестирование по методике Мориски-Грина. Методика

Мориски-Грина была рекомендована кафедрой экспериментальной и клинической фармакологии КрасГМУ для изучения приверженности к лечению артериальной гипертензии.

Согласно этому тесту, полностью приверженных к лечению оказалось 22 человека (27,5%) – пациенты, отрицательно ответившие на 4 ключевых вопроса. Как частично приверженные к лечению оказалось 33 человека (41,25%) – группа средней приверженности – пациенты, ответившие положительные ответы на 1-3 вопроса. И группа неприверженных к лечению – 25 человек (31,25%), пациенты, давшие положительные ответы на все вопросы (рис. 1).

Рисунок 1 – Приверженность к лечению артериальной гипертензии.

В дальнейшем для определения степени приверженности к лечению артериальной гипертензии сравнивались только группа полностью приверженных 22 человека (первая) и неприверженных 25 человек (вторая группа).

Сравнивая первую и вторую группу пациентов можно отметить, что в первой группе было больше женщин (50% против 40%); в возрасте старше 65 лет (41% против 16%) большинство пациентов потратило на лекарство более 1000 рублей в месяц (27% против 12%), имевших более длительный стаж заболевания (более 10 лет – 36% против 24% во второй группе), и принимавших медикаменты 1 раз в день(50% против 40%).

Пациентов, посещавших участкового врача, в группе приверженных к лечению к артериальной гипертензии было 50% тогда как в группе с низкой приверженностью к лечению их было всего 16%, а 56% из этой группы вообще не посещали участкового врача.

Сравнивая приверженных к лечению артериальной гипертензии (первая группа) и не приверженных к лечению артериальное гипертензии (вторая группа), можно отметить, что пациенты 1 группы более мотивированы на контроль АД и мониторируют свое состояние с целью профилактики осложнений.

На основании изложенного можно заключить, что вопросы собственного здоровья не являются приоритетом для части пациентов, что возможно и влияет на низкую приверженность их к лечению.

Возможно так же предположить, что негативный собственный опыт заставил людей быть более приверженными к лечению артериальной гипертензии: среди приверженных к лечению 91% пациентов имели острые инфаркты миокарда или мозговые инсульты, тогда как среди не приверженных к лечению таких было 70%.

Был проведен анализ причин низкой приверженности к лечению. Наиболее частой причиной является высокая стоимость лечения, затем больные указывают сложность схемы приема лекарств, значимыми являются необходимость длительно лечения, побочные эффекты лекарств. 8% респондентоввысказывают недоверие к врачам (рис.2.). Таким образом, приверженность к лечению у обследованных пациентов составила: 27,5%, что можно расценить как низкую. Более привержены к лечению артериальной гипертензии женщины, пациенты со средним образованием, пациенты имеющие стаж заболевания более 10 лет и имевшие в анамнезе осложнения. Эти пациенты, посещают участкового врача не реже 1 раза в месяц.

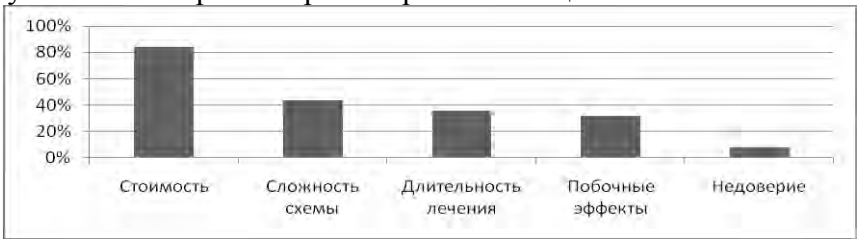


Рисунок 2 – Причины низкой приверженности к лечению артериальной гипертензии

Данные этого исследования могут быть полезны практическим врачам, в определении контингента пациентов, не приверженных к лечению и требующих большего внимания. Этим контингентом являются мужчины, возраста 45-65 лет, имеющие высшее образование, редко

посещающие врача, и не имеющие приоритетом собственное здоровье, имеющие низкий уровень осведомленности по проблеме артериальной гипертензии, тактике лечения и осложнениях

Таким пациентом следует назначать препараты, которые принимаются 1 раз в день и имеют невысокую стоимость. Кроме того, с ними необходимо проводить дополнительную обучающую работу по вопросам контроля артериальной гипертензии.

Выводы:

1. В исследуемой группе пациентов приверженность к лечению артериальной гипертензии составила27,5%, что можно расценить, как низкую;
2. Наиболее привержены к лечению женщины в возрасте старше 65 лет, имеющие стаж заболевания более 10 лет, среднее образование, принимавшие медикаменты 1 раз в день, посещающие участкового врача 1 раз в месяц, имевших в анамнезе осложнения гипертонической болезни, имевшие дома тонометр. Наименее приверженными к лечению были мужчины возраста 45-65 лет, имеющие высшее образование, редко посещающие врача, и не имеющие приоритетом собственное здоровье, имеющие низкий уровень осведомленности по проблеме артериальной гипертензии, тактике лечения и осложнениях;
3. Причинами низкой приверженности к лечению являются: высокая стоимость, сложность схемы приемы препаратов, необходимость длительного лечения, недоверие к врачам.

Список литературы

1. Органов, Р. Г. Национальное клинические рекомендации. / Р. Г. Органов // 3-е издание, М., 2010; с 487.
2. Моисеев, В.С. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. / В. С. Моисеев, Ж. Д. Кабалова//М.: МИА, 2002, с. 446.
3. Суслина, З. А. Практическая кардионеврология / З. А. Суслина, А. В. Фонякин,Л. А. Гераскина// М.. 2010. 304 с.
4. Остроумова О.Д. Антигипертензивная терапия во вторичной профилактике инсульта. Эффективная фармакотерапия. 2013; 45с.
5. Чазова, И. Е. Место блокаторов рецепторов ангиотензинаII 1-го типа в современной терапии артериальной гипертонии. / И. Е. Чазова// ConsilliumMedicum. 2008, С 10-11.
6. Барышникова, Г. А. Современные подходы к лечению артериальной гипертонии /Г. А. Барышникова, С. А. Чорбинская,И.И. Степанова // iDOCTOR 2013, С 10 – 15.
7. Карпов, Ю.А. Лечение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: роль блокады ренин-ангиотензина системы с помощью сартанов/Ю. А.Карпов // РМЖ. 2009, С 17-23.
8. Руксин, В.В. Экстренная помощь при артриальное гипертензии. Краткое руководство для врачей / В. В. Руксин// М.: МЕДпресс-информ, 2009; 48 с.
9. Манойлов, А.Е. Причины утраты контроля артериальной гипертензии у лиц, обращающихся за медицинской помощью /А. Е. Манойлов// Скорая мед.помощь. – 2011, С 18-24.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИКУМА

Ёркина Наталья Сергеевна
Руководители: Рукосуева Елена Викторовна
Болсуновская Елена Александровна
КГБПОУ Дивногорский медицинский техникум

Актуальность темы.

Формирование здорового образа жизни у граждан должно начинаться с детского возраста и обеспечиваться путем проведения мероприятий, направленных на информирование о факторах риска для здоровья, на формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом [5].

В Государственной программе «Развитие здравоохранения» Красноярского края на 2014 – 2017 годы среди основных причин недостаточной положительной динамики состояния здоровья населения Красноярского края, как и в целом по стране, указываются низкая мотивация населения

к здоровому образу жизни, а также высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное питание и ожирение) и высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение) [2].

Так, по итогам диспансеризации 2014 года взрослого населения Красноярского края [3] выявлено, что преобладающими факторами риска для здоровья (факторами риска развития неинфекционных заболеваний) среди взрослого населения Красноярского края являются:

1. Нерациональное питание - 24,7 %;
2. Курение - 17,5%;
3. Недостаток физической активности - 15,3 %;
4. Избыточная масса тела - 13,2 %;
5. Повышенный уровень артериального давления - 11,5 %;
6. Риск пагубного потребления алкоголя - 1,7 %.

Проблема: недостаточно данных по распространенности факторов риска для здоровья среди студентов Дивногорского медицинского техникума.

Гипотеза: если распространенность факторов риска для здоровья среди студентов техникума окажется ниже, чем среди взрослого населения Красноярского края, то здоровьесберегающее пространство в техникуме сформировано; а если распространенность окажется выше, то потребуется усиление мероприятий по повышению мотивации студентов к здоровому образу жизни.

Цель исследования: изучить распространенность основных факторов риска для здоровья среди студентов техникума.

Задачи исследовательской работы:

1. Изучить теоретический материал о факторах риска для здоровья и нормативные акты по вопросам диспансеризации; определить основные методы выявления и критерии оценки наличия факторов риска.
2. Изучить статистические материалы по распространенности факторов риска для здоровья среди населения Красноярского края.
3. Организовать «Площадку здоровья» для выявления факторов риска для здоровья у студентов техникума.
4. Провести сравнительный анализ распространенности факторах риска у студентов техникума и населения Красноярского края для разработки практических рекомендаций по формированию здорового образа жизни у студентов техникума.

Методы исследования:

1. Анализ теоретического материала о факторах риска для здоровья человека и нормативной документации по вопросам профилактики и диспансеризации.
2. Эмпирические методы:

- анкетирование на основе стандартной анкеты диспансеризации;
- антропометрические исследования студентов техникума, согласно алгоритмам;
- статистическая обработка полученных данных.

В ноябре 2015 года, в рамках проведения «Недели профилактики» в Дивногорском медицинском техникуме, студентами третьего курса отделения «Сестринское дело» была организована и работала в течение пяти дней «Площадка здоровья», под руководством преподавателей профессионального модуля «Проведение профилактических мероприятий». На площадку приглашались студенты техникума для выявления факторов риска для их здоровья. Обследуемым проводилось анкетирование для выявления таких факторов риска, как: табакокурение, нерациональное питание, недостаточная двигательная активность, подозрение на пагубное потребление алкоголя, наркотических веществ (базовой анкетой служила анкета диспансеризации). Для выявления таких факторов риска, как повышенный уровень артериального давления и избыточная масса тела обследуемым студентам проводились антропометрические исследования: измерение роста и массы тела, окружности талии, показателей артериального давления. Рассчитывался индекс массы тела, а для студентов младше 18 лет применялись центильные таблицы (таблицы соответствия роста и веса возрасту ребенка).

Всего за пять дней работы площадки здоровья было обследовано 75 студентов (17% от общего контингента студентов), в возрасте от 15 до 24 лет (таблица 1).

Характеристика контингента обследованных студентов

Таблица 1.

Контингент	Количество обследованных (человек)					
	Возраст до 18 лет			Возраст от 18 лет и старше		
Возраст	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет	19 лет	20-25 лет
Всего	6	22	27	6	9	5
Жен	5	16	24	5	7	3
Муж	1	6	3	1	2	2
%	7%	28%	34%	7%	11%	6%
	Всего – 55 человек - 69 % жен – 45; муж - 10			Всего – 20 человек – 31% жен – 15; муж - 5		

Основную массу - 69% обследуемых составили подростки до 18 лет - студенты 1-х и 2-х курсов отделения «Сестринское дело» (рис.1.)

Рис.1. Возраст обследуемых

Всего было обследовано 75 студентов, распределение обследуемых по полу представлено на рис. 2.

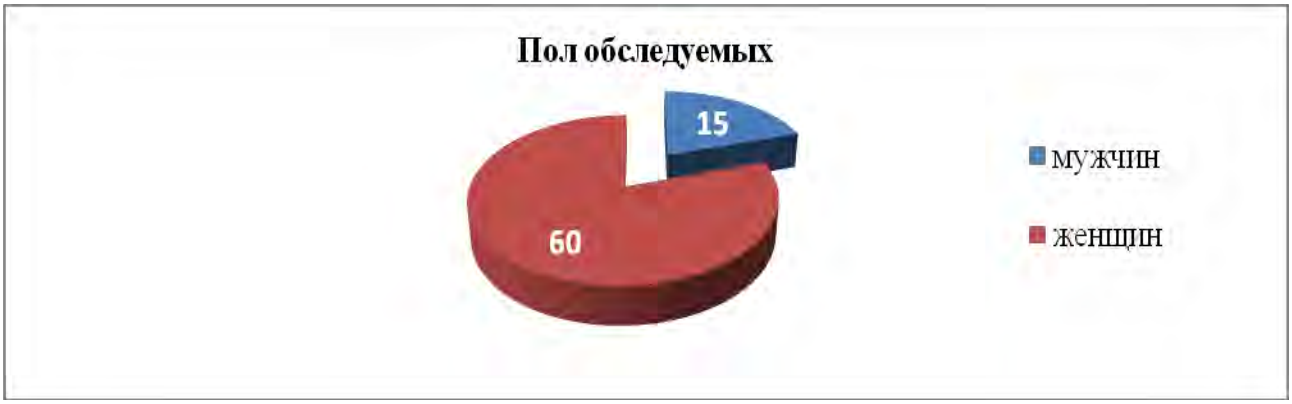


Рис. 2. Пол обследуемых

Наибольшее число обследуемых составили студенты женского пола (80% от общего числа).

Выявленные факторы риска для здоровья (из числа базовых факторов риска развития неинфекционных заболеваний). соответственно возрасту обследуемых представлены в таблице № 2.

Распространенность факторов риска

Таблица 2.

Возраст обследуемых	Количество обследуемых	Факторы риска здоровью					
		Повышение АД	Избыточная масса тела	Табакокурение	Подозрение на пагубное потребление алкоголя	Низкая физическая активность	Нерациональное питание
15 лет	6	нет	2 чел	-	2 чел (1 муж)	1 чел	3 чел
16 лет	22	нет	4 чел	1 чел (муж)	6 чел (жен)	8 чел (2 муж)	9 чел (3 муж)
17 лет	25	нет	4 чел	4 чел (жен)	8 чел (жен)	12 чел (2 муж)	18 чел (2 муж)
18 лет	6	нет	-	2 чел (жен)	3 чел (жен)	2 чел (жен)	3 чел (жен)
19 лет	9	нет	-	2 чел (1 муж)	1 чел (жен)	3 чел (жен)	5 чел (1 муж)
20 – 24 лет	5	нет	3 чел	-	-	1 чел (жен)	2 чел (1 муж)
Всего	75	нет	13 - 17% 13 жен	10 -13% 2-муж	20 - 27% 1 муж	27- 36% 4 муж	40 – 53% 7 муж

Из представленной таблицы мы видим, что:

- Повышение артериального давления не было отмечено ни у одного из студентов;
- Не выявлено студентов с подозрением на употребление наркотических веществ;
- Избыточная масса тела, определяемая в соответствии с центильными таблицами (до 18 лет) или индексом массы тела (18 лет и старше), была определена у 11 студентов женского пола – 15% от числа обследуемых, из них у 2-х студенток было определено ожирение 1-2 степени. У всех студенток с избыточной массой тела показатели окружности талии составили более 80 см (от 81 см до 124 см);
- Факт табакокурения (выкуривание 1-й и более сигарет в день) признали в анкетах 10 студентов – 13% от числа обследуемых, из них 8 - лица женского пола. Факт курения в прошлом отметили 4 студента;
- Подозрение на пагубное потребление алкоголя по данным анкетирования выявлено у 20 студентов – 27% от исследуемых, из них 19 - девушки (ответ «да» хотя бы на один из четырех тематических вопросов анкеты);
- Низкую физическую активность (ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день) по данным анкет отметили у себя 27 человек – 36%, из них четверо – мужского пола;
- Нерациональное питание по данным анкетирования выявлено у 40 студентов – 53% от числа опрошенных. Причем употребляют ежедневно менее 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля) 27 студентов – 36% опрошенных; не обращают внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении 38 студентов – 51% опрошенных; имеют привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее – 14 студентов - 19% опрошенных; потребляют шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день 19 студентов – 25% от числа опрошенных.

Таким образом, распространенность факторы риска для здоровья у обследуемых студентов техникума распределилась следующим образом:

1. Нерациональное питание выявлено у 53,0% человек;
2. Недостаток физической активности отмечен у 36% человек;
3. Подозрение на риск пагубного потребления алкоголя - 27% человек.
4. Избыточную массу тела имеют 17 % человек;
5. Табакокурение - 13 %;
6. Повышенный уровень артериального давления - не выявлено;

7. Подозрение на потребление наркотических веществ – не выявлено.

Распространенность факторов риска для здоровья среди населения Красноярского края и среди студентов ДМТ распределилась следующим образом (таб.3.):

Распределение распространенности факторов риска

Таблица 3.

Место	Красноярский край	Студенты ДМТ
1.	Нерациональное питание - 24,7 %;	Нерациональное питание 53,0%
2.	Табакокурение - 17,5%;	Недостаток физической активности 36%
3.	Недостаток физической активности - 15,3 %;	Риск пагубного потребления алкоголя - 27%
4.	Избыточная масса тела - 13,2 %;	Избыточная масса тела 17 %
5.	Повышенный уровень артериального давления - 11,5 %;	Табакокурение – 13%
6.	Риск пагубного потребления алкоголя - 1,7 %.	

Выявлено, что наиболее распространенными факторами риска для здоровья среди населения Красноярского края и у студентов техникума являются нерациональное питание, недостаток физической активности и избыточная масса тела.

В то же время, у взрослого населения края наиболее распространено табакокурение, а в молодежной среде - риск пагубного потребления алкоголя, хотя показатели распространенности табакокурения примерно одинаковы: 17,5% среди взрослого населения и 13% среди студентов.

Повышение артериального давления не было отмечено ни у одного студента, тогда как среди взрослого население оно составляет 11,5%.

Риск пагубного потребления алкоголя среди взрослого населения края составляет 1,7%, а в исследуемой группе студентов - 27%.

Выводы: наиболее распространенными факторами риска для здоровья среди студентов Дивногорского медицинского техникума являются: нерациональное питание, недостаток физической активности и риск пагубного потребления алкоголя. Их распространенность оказалась выше данных по диспансеризации взрослого населения Красноярского края за период 2014 года [3]. Таким образом, согласно гипотезе, требуется усиление мероприятий по повышению мотивации студентов к здоровому образу жизни в техникуме.

Список использованных источников:

1. Руководство по первичной медико-санитарной помощи/ Под ред. И.Н. Денисова, А.А. Баранова – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Государственная программа «Развитие здравоохранения Красноярского края» на 2014 – 2017 годы.

3. Кутумова О.Ю. «Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Красноярского края», Министерство здравоохранения Красноярского края, 2015г.

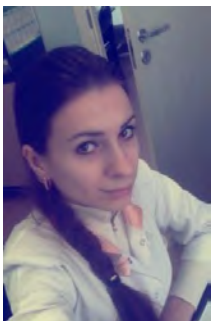
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"

5. Федеральный Закон РФ от 21.11.2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. Сайт Министерства здравоохранения Красноярского края http://www.kraszdrav.ru/contacts

ОСТЕОПОРОЗ – «БЕЗМОЛВНАЯ ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА»

Спиридович Алина Константиновна
Руководитель: Макарова Елена Валерьевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум



Актуальность темы

По масштабам распространения остеопороз можно сравнить с эпидемией, поэтому данное заболевание сегодня занимает четвѐртое место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и диабета. Всемирная организация здравоохранения предупреждает, что число травм, связанных с остеопорозом, к середине XXI века увеличится в 6 раз!

Согласно статистическим данным, женщины более подвержены этому заболеванию вследствие особенностей строения костной ткани. В периоды гормональных перестроек (беременность, роды) костная система женщин становится особенно уязвимой. У женщин в климактерическом периоде в связи со снижением уровня эстрогена (женского полового гормона) ускоряется потеря костной ткани, тормозится усвоение кальция, и образование новой кости. После 55 лет остеопорозом страдает каждая четвѐртая женщина.

Однако последние исследования показали, что у мужчин остеопороз развивается ничуть не реже, чем у женщин.

Эпидемиологические исследования показали, что нет расы, нации, страны, свободной от остеопороза. Медицинская и социальная значимость заболевания определяется его последствиями: низкотравматическими переломами позвонков и трубчатых костей. Наиболее часто встречается переломы дистального отдела предплечья и проксимального отдела бедра (шейка бедра или чрезвертальная область). Ежегодно у 1/8 жителей Европы старше 50 лет диагностируют перелом позвоночника, у 1/3 женщин и 1 из 9 мужчин старше 80 лет – переломом бедра вследствие остеопороз. Наблюдаемое в последние десятилетие увеличение продолжительности жизни в развитых странах и связанный с ним быстрый рост числа пожилых людей, особенно женщина, ведет к нарастанию распространенности этого заболевания. Делая его одной из важнейшей проблем во всем мире.

По прогнозам, к 2050 году доля людей в России в возрасте 50 лет и старше вырастет до 56%, 70 лет и старше – до 20%. Такие показатели служат причиной ожидания повышения числа больных остеопорозом в относительных и абсолютных показателях.

Ухудшение экологии, малоподвижный образ жизни и нездоровое питание – факторы, которые особенно сильно влияют на увеличение количества больных остеопорозом не только в России, но и во всем мире. Однако главной причиной роста числа пациентов становится естественное повышение процента нетрудоспособных (пожилых) людей. Согласно данным Российской ассоциации по остеопорозу, каждая третья женщина и каждый четвѐртый мужчина старше 50 лет в нашей стране страдают остеопорозом. При этом наибольшую опасность остеопороз представляет для женщин в постменопаузе – вероятность наступления перелома у пациенток старше 50 лет достигает 53%, что существенно превышает вероятность появления у них болезней сердечно-сосудистой системы или рака молочной железы. Каждые 5 минут в России происходит перелом проксимального отдела бедра, а это более 100 тысяч переломов ежегодно. Каждую минуту среди людей старше 50 лет случаются 7 переломов позвонков

Распространенность остеопороза в Красноярском крае отражает мировую статистику. Большую часть пациентов составляют женщины в постменопаузном периоде. Следует отметить, что за последние годы ученым удалось проникнуть в суть процессов образования и рассасывания костной ткани, что, по мнению специалистов, поможет в разработке новых методов профилактики и лечения этого заболевания.

Объект исследования: Женщины в возрасте старше 50 лет.

Предмет исследования: Мониторинг факторов риска остеопороза у женщин в возрасте старше 50 лет.

Цель исследования: Провести скрининг женщин в возрасте старше 50 лет, с использованием анкеты «Подвержены ли вы остеопорозу?». Разработать методические рекомендации по профилактике остеопороза.

Задачи исследования:

- Изучить источники литературы по теме «Остеопороз», охарактеризовать заболевание, симптомы, причины возникновения, диагностику, описать методику лечения и профилактику заболевания.
- Провести анкетирование женщин старше 50 лет «Подвержены ли вы остеопорозу?» на наличие факторов риска развития остеопороза.
- Провести тестирование «Расширенный минутный тест оценки факторов риска развития остеопороза»
- Разработать методические рекомендации по профилактике остеопороза.
- Пропаганда знаний о факторах риска остеопороза и превентивных мерах.
- Создание школы остеопороза.

Методы исследования: Изучение и анализ научной литературы, терминологии, работа с статистическими данными, анкетирование, тестирование обработка и сравнение количественных результатов.

Практическая значимость: Практическая значимость работы состоит в том, что данные и методические рекомендации могут быть использованы в дальнейшем для пропаганды знаний о факторах риска развития остеопороза. Создание школы остеопороза, для формирования рационального и активного отношения к заболеванию.

Так что же такое «остеопороз»?

Остеопороз – это общее (системное) заболевание скелета, в основе которого лежит нарушение минерального обмена, ведущее к уменьшению массы костной ткани, снижению ее прочности и повышенному риску возникновения переломов.

Костная ткань служит не только для опоры и защиты тканей и органов тела человека, но и еще активно участвует в минеральном обмене всего организма, реагируя на все изменения, происходящие в нем самом и во внешней среде. Это связано с тем, что у взрослого человека количество минеральных веществ составляет около 70 % веса кости (в основном это фосфат и карбоната кальция, в меньшей степени – фторид и хлорида кальция, а также другие неорганические соединения), а остальные 30% составляет органическое вещество оссеин, содержащее коллагеновые волокна и соли кальция, а также костные клетки (остеоциты, остеобласты и остеокласты).

Благодаря такому составу костного вещества кость человека чрезвычайно прочна (в основном за счет соединений кальция) и в то же время упруга (благодаря органическому компоненту). Поэтому даже небольшая потеря кальция организмом сказывается на прочности костей.

В норме в организме взрослого человека отмечается равновесие между процессом образования костной ткани и процессом ее разрушения, благодаря этому происходит ее постоянное обновление в течение всей жизни.

При остеопорозе отмечается уменьшение массы костной ткани в организме человека.

Это происходит тремя путями:

- путем снижения интенсивность образования костной ткани в сочетании с прежними темпами ее разрушения;
- путем повышения интенсивности разрушения костной ткани при обычном темпе ее образования;
- путем снижения интенсивности образования костной ткани при увеличение темпа ее разрушения.

Постепенная возрастная трансформация костной ткани

После полного формирования скелета кости теряют 0,5-1% своей массы в каждый последующий год. При этом мужчины, начиная с 50 лет, могут терять костную ткань в среднем до 1,5 % в год, а женщины, начиная с 35 лет — до 4 %. Как правило, к 85 годам масса костной ткани может достигать 1/2 от той, которая была в молодости.

При этом объем костей уменьшается незначительно, но внутреннее структура костей становится менее плотной (более «ажурной»), что ведет к значительному снижению ее прочности и возникновению переломов.

Симптомы остеопороза

Основные проявления остеопороза

Как правило, в начале развития остеопороза уменьшение плотности костной ткани не вызывает у пациента болевых ощущений. Поэтому часто первым значимым для пациента проявлением остеопороза является появление перелома при минимальной и даже незначительной, на первый взгляд, травме: при подъеме тяжестей, перестановке дома мебели, тряской езде ит.д. При этом наиболее частой локализацией переломов являются:

- грудные и поясничные позвонки;
- проксимальный отдел бедренной кости (перелом шейки бедра);
- дистальный отдел лучевой кости (перелом лучевой кости в типичном месте – в области лучезапястного сустава).

Первыми симптомами остеопороза могут быть:

- снижение роста;
- кифотическая деформация грудной клетки (грубое нарушение осанки), которая с возрастом увеличивается;
- сближение нижних отделов грудной клетки (реберных дуг) с гребнями подвздошных костей;
- появление болей в спине разной интенсивности: от очень сильных и локализованных, до ощущений разлитого дискомфорта без четкой локализации и выстояние остистого отростка;
- начинают прогрессировать проявления остеохондроза, спондилеза и спондилартроза.

При переломе шейки бедренной кости даже при консолидации перелома часто отмечается укорочение длины конечности, нередко сопровождающееся с деформирующим артрозом в суставах нижних конечностей.

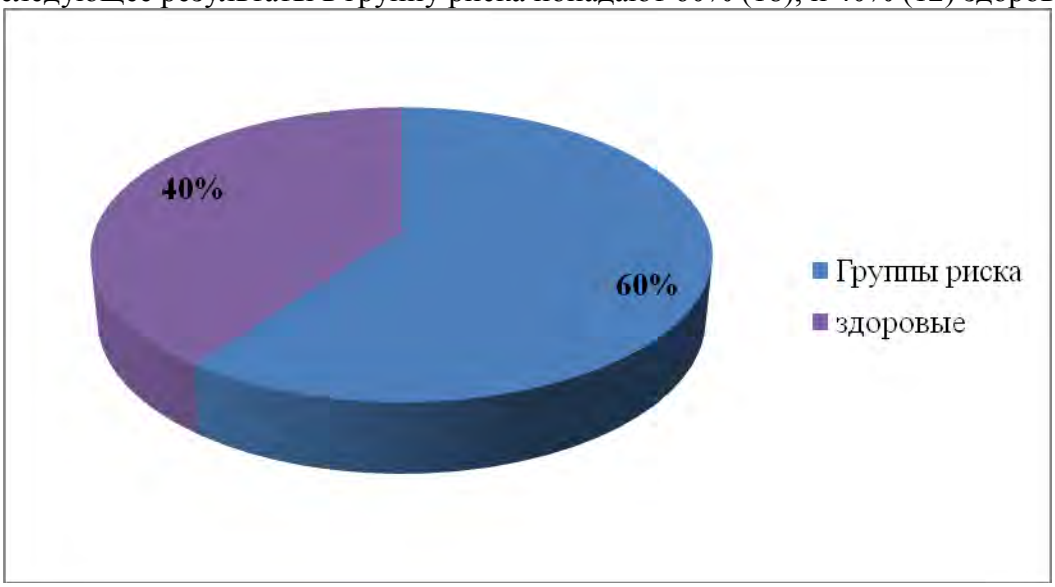
Кроме того, у пациентов с остеопорозом более часто, чем у других, при падениях особенно в зимний период встречаются переломы ребер, лодыжек (голеностопные суставы), костей стоп и кистей рук.

В силу того, что остеопороз — системное заболевание (то есть в той или иной степени проявляется во всех костях) пациенты с остеопорозом — нередкие посетители стоматологических клиник: из-за потери плотности костной ткани челюстей зубы расшатываются, развивается пародонтоз, иногда зубы выпадают, а протезирование на этом фоне становится затруднительным.

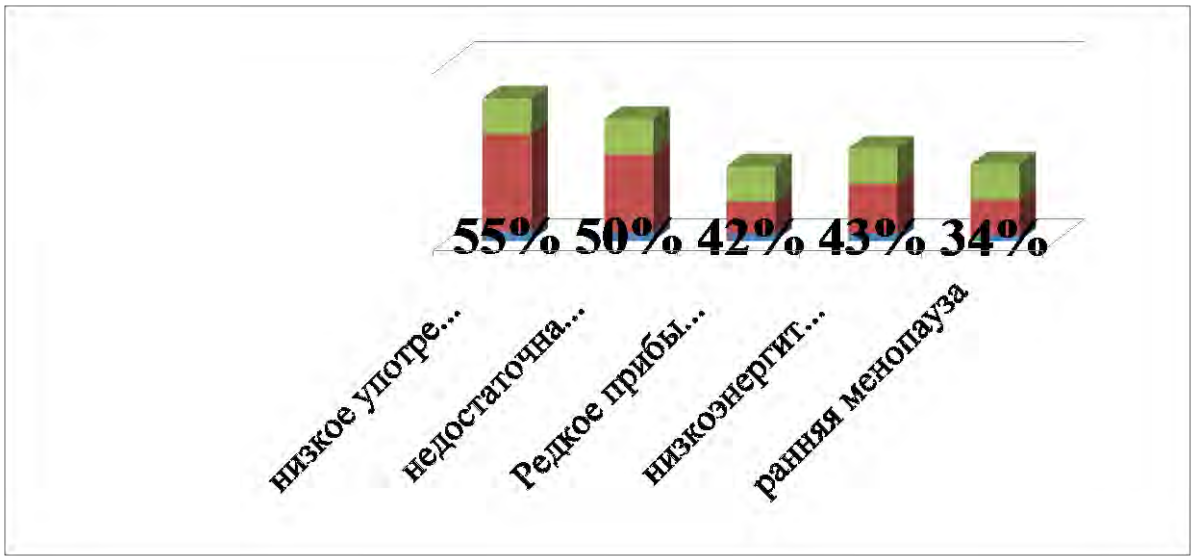
У многих пациентов появляются изменения психоэмоционального фона, отмечается раздражительность, депрессивная настроенность, нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение работоспособности.

Практическая часть

В процессе обсуждение заинтересовавший нас проблемы было проведено анкетирование, В котором приняли участие 30 женщин в возрасте старше 50 лет. Всем респондентом было предложено ответить на вопросы анкеты «Подвержены ли вы остеопорозу?». Обработав данные мы получили следующее результаты в группу риска попадают 60% (18), и 40% (12) здоровых.



Следующим этапом нашего исследования было проведение тестирование тех же респондентов «Расширенный минутный тест оценки факторов развития остеопороза». Мы получили следующие результаты



По результатам тестирования средний возраст респондентов составил 59лет. Наиболее распространенными факторами риска остеопороза и перелома у женщин является низкое употребление кальция с пищей (55%), недостаточная физическая активность менее 30 мин/день (50%), редкая пребывание на солнце менее 10мин/день без заместительного приема витамина D (42%), низкоэнергетические переломы в анамнезе (43%), ранняя менопауза (34%)

Заключение

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод о необходимости скрининга факторов риска остеопороза у женщин. Данные литературы и результаты исследования свидетельствует о важности проведения профилактических мероприятий с целью снижения уровня заболеваемости остеопороза, своевременной его диагностики и назначения терапии для предотвращения возникновения переломов.

Список литературы

1. Подрушняк Е.П. Остеопороз - проблема века / Е.П.Подрушняк. - Симферополь: Одиссей, 2013. - 216 с.
2. Поворознюк В.В. Менопауза и остеопороз / В.В.Поровознюк, Н.В.Григорьев. - К.: Здоровье, 2012-356 с.
3. Яблучанский Н.И. Остеопороз. В помощь практическому врачу / Н.И.Яблучанский, Н.В.Лысенко. - Харьков: ХНУ, 2011. - 172 с.
4. Остеопороз: патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения; Методическое пособие для врачей. И.И. Дедов [и.др.]. - М.: 2011- 63 с.
5. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей. Проблемы и решения: руководство для врачей. Н.А.Коровина [и.др.]. - М.: 2012 - 70 с.
6. Руденко Э.В. Медикаментозное лечение остеопороза у взрослых. Учебно-методическое пособие. Э.В.Руденко [и.др.]. - Минск: БелМАПО, 2011 - 22 с.
7. Оноприенко Г.А. «Современные подходы к профилактике остеопороза» (пособие для врачей). Г.А.Оноприенко [и.др.]. – М.: 2014. 42 с.
8. Древаль А.В. Опыт применения алендроната натрия при постменопаузальном остеопорозе. А.В.Древаль [и.др.]. 2012. 97с.
9. Коротаев Н.В.Этиология и патогенез снижения костной массы у женщин молодого возраста. Остеопороз и остеопатии / Н.В.Коротаев, О.Б. Ершова // - 2011. - № 2. С. 19-25.
10. Поворознюк В. В. Питание и остеопороз. Женское здоровье / В.В.Поворознюк, Н.В.Григорьева // - 2014. - № 3. С. 36-39.
11. Скрипникова И.А. Современные подходы к профилактике остеопороза. Лечащий врач / И.А.Скрипникова // - 2012. - № 2. С. 15-19.

12. Лазерник Л.Б. Остеопороз - гериатрическая проблема / Л.Б.Лазерник // Российский медицинский журнал. - 2015. - № 4. - С. 38-43.
13. Лечение суставов: [Электронные ресурсы]. М., 2012 - 2015 http://www.sustavzdorov.ru
14. Симптомы лечения: [Электронный ресурс]. М., 2016 http://www.симптомы-лечение.ru
15. Википедия: [Электронный ресурс]. https://www.wikipedia.ru
16. Будем здоровы: [Электронный ресурс]. http://www.budemzdorovi.ru
17. Мастерская здоровья: [Электронный ресурс]. С/П., 2016 http://www.mz-clinic.ru
18. Аргументы и факты: [Электронный ресурс]. М., 2016 http://www.aif.ru.
19. Ваши гормоны: [Электронный ресурс]. http://www.vashigormony.ru
20. На пути к долголетию: [Электронный ресурс]. http://www.wsezdrav.ru

«ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ»

Пыхтина Анастасия Викторовна
Руководитель: Белова Елена Леонидовна
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Послеродовая депрессия (далее ПРД) обусловлена действием широкого спектра разнообразных факторов. Как правило, причины ПРД носят комплексный характер. Однако ряд психологических факторов, таких как личностная ориентация (базовые черты ее личности), без сомнения, влияет на психическое здоровье женщины как во время беременности, так и после рождения ребенка. Поэтому важно своевременно выявить зачатки депрессивного состояния женщины еще во время беременности. Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме личностных особенностей женщин с ПРД позволил выявить следующие факторы, способствующих формированию депрессивных расстройств в послеродовом периоде:

- Низкая стрессоустойчивость;
- Высокая тревожность;
- Лабильность эмоциональной сферы;
- Неуверенность в себе, низкая самооценка;
- Мнительность;
- Наличие внутриличностных конфликтов;
- Склонность к ипохондрии;
- Высокая чувствительность;
- Зависимость и внушаемость;
- Склонность к депрессиям, депрессивный склад личности;
- Склонность к формированию страхов и фобий;
- Инфантильность;
- Внутренний локус контроля (чрезмерно развитый, проявляющийся в склонности к самообвинению);
- «Негативное мышление», т.е. оценка происходящих событий с негативной по отношению к собственной личности точки зрения.

Важным психологическим фактором является восприятие женщиной себя как матери. Подверженность послеродовым расстройствам можно применить к двум базовым ориентациям материнства: помогающая и регулирующая. Помогающая мать воспринимает беременность и материнство как самореализацию, высшую степень женской идентичности. Регулирующая же мать смотрит на младенца как будущего члена общества и видит свою материнскую задачу в регулировании поведения ребенка, расценивает зависимость ребенка как угрозу и боится, что запросы малыша и домашние хлопоты полностью поглотят ее время. Регулирующая мать при первой возможности вернется на работу, а если ей некому помогать и она вынуждена остаться дома, у нее начнут проявляться симптомы депрессии и заниженной самооценки. Помогающим матерям далеко не всегда легче, так как таким женщинам в свою очередь необходима опека самим, чтобы они могли полностью сконцентрироваться на ребенке. Несоответствие выбранной роли и сложившейся ситуации также чревато последствиями.

В марте 2016 года нами было проведено пилотажное исследование среди респондентов 2 групп: беременные (первый, второй и третий триместр) 21% и недавно родившие 79%. В общем количестве в опросе приняло участие 100 женщин, проживающих в Красноярском крае.

Важно заметить, что исследование проводилось анонимно, посредством интернет–тестирования, за основу которого была взята Эдинбургская «золотая» шкала послеродовой депрессии.

Это клиническая скрининговая методика в виде самоопросника из 10 вопросов закрытого типа, на каждый из которых дается один из 4 вариантов ответа по 4 степеням тяжести. Отличительной особенностью опросника является отсутствие в нем упоминания о соматических симптомах депрессии. Шкала содержит утверждения, выявляющие следующие психопатологические феномены: чувство вины, тревогу и беспокойство, панику, неспособность смеяться, копинг-дефецит, бессонница из-за ощущения несчастности, грусть, плаксивость и мысли о самоповреждении.

Проведенное исследование показало, что в целом риск возникновения ПРД одинаково велик в первом триместре и в послеродовой период (11 баллов, примерно 80% случаев по Эдингбургской шкале). Первый период беременности можно охарактеризовать как период привыкания к новому положению, но в силу не столь заметных физиологических изменениях, сохранения прежнего образа жизни (65,8% «также как и всегда» ожидали различных событий в их жизни). В целом респонденты испытывают в определенной степени тревогу и беспокойство (34,5% иногда чувствовали тревогу и испуг) и 50% не могут справиться с происходящим. У 20% даже возникает желание нанесения себе вреда, что возможно говорит о нежелательной беременности или трудностях в связи с «новым положением».

В послеродовой период мы наблюдаем похожую картину – опять же привыкание к новой социальной роли (материнству). Многие тревожатся без особых причин (48.1%), однако происходящее на них давит и не все могут справиться (34,2 %). Иногда женщины без надобности себя винят в том, что делают что-то не так (не винят себя всего 17,7%), что может быть связано с первой беременностью или недостаточными знаниями по уходу за новорожденными. В целом радость материнства присутствует у данной группы и настроение скорее стабильное: 63,3% не испытывают бессонницу в связи с чувством несчастности, большинство грустит «не очень часто», могут замечать светлые стороны как и раньше (51,9%).

В третьем триместре также наблюдается вероятность возникновения ПРД, но уровень здесь уже немного ниже (8 баллов). Третий триместр приближает дату родов, а с ней и возможные беспокойства, которые без причины отмечаются у большинства респондентов (70% респондентов). В целом женщины чувствуют себя не несчастными и большую часть времени справляются с происходящим.

Во втором же триместре картина противоположная. Наиболее частые ответы соответствуют 4-5 баллам по Эдинбургской шкале, что свидетельствует о низкой вероятности возникновения ПРД. Данный период характеризуется осознанным «особым положением». Перестройка организма произошла и женщины чувствуют себя хорошо. Так из ответов видно, что превалирует хорошее настроение (100% репондентов могут видеть «светлые стороны происходящего»), доля беспокойств присутствует в меньшей степени (33,3% иногда испытывают тревогу). Все респонденты в той или иной степени справляются с происходящими изменениями. Мысль о нанесении себе вреда уже не возникает в данном периоде, что может говорить о долгожданной беременности или же об осознании своей беременности.

Данное пилотажное исследования наглядно показывает, что важно в каждом периоде беременности, и еще больше в послеродовом периоде, обращать внимание на психологические личностные аспекты каждой женщины. Так можно скорректировать курсы по беременности и родам в женской консультации таким образом, чтобы в них включили индивидуальную беседу с психологом. Психолог поможет выявить готовность женщины к родам, скорректировать поведение будущей мамы, справиться с возможными психологическими проблемами во время беременности. Далее психолог в малых группах может проводить курсы подготовки к родам (основываясь на опыт индивидуальной работы с каждой женщиной), прибегая к помощи специалистов разных областей: акушера, специалиста по грудному вскармливанию, педиатра и т.д. Пример таких курсов существует на базе Перинатального Центра г. Красноярска.

Список использованной литературы:

1. Голубович В. В. Оценка риска и использование специализированных шкал для скриниг-диагностики послеродовой депрессии - инструкци по применению. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. 2003.
2. А.В. Голенко, А.В. Филоненко. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией. / Российский медицинский журнал, № 5, 2012 г, стр. 8
3. Жизнь после родов. Настольная книга молодой мамы / Венди Блумфилд / Перевод Петровой Е. / - М.: Ресурс, 2013 – 280 с.
4. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г С. Никифорова. — СПб., 2006. — 607 с.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Фролова Гульбахор Эльнуровна
Руководитель: Гардт Татьяна Валерьевна
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте по распространенности среди населения экономически развитых стран. Они же остаются первой причиной инвалидизации и смертности среди жителей этих стран.

По данным Росстат 2015 зарегистрировано число заболевших на 2010 год 226159,6тыс. чел., среди них заболеваний системы кровообращения 32435,8 тыс.чел., а на2014 год - 235008,1 тыс. человек, среди них заболеваний системы кровообращения 34002,8 тыс. По этим данным видно, что более 14% от всех заболевших в 2010 составляют заболевания системы кровообращения, а к 2014 число заболевших растет и составляет 14,5% и находится на втором месте в таблице по заболеваемости населения Российской Федерации.

Оборудование и инструментарий, который используется при эндоваскулярном лечении высоко технологичен, требует не малого финансирования системы здравоохранения. Поэтому своевременная и качественная профилактика осложнений снизит риск повторного обращения в медицинское учреждение, улучшит качество жизни и предотвратит инвалидизацию пациента.

Цель: повышение информированности населения по осложнениям после операции коронарного стентирования.

Объект: неблагоприятные процессы способствующие возникновению осложнений после операции коронарного стентирования.

Предмет: факторы риска способствующие возникновению осложнений после операционный период по поводу коронарного стентирования.

В качестве **гипотезы** выступило предположение, что заполнение дневника самоухода будет способствовать снижению поздних после операционных осложнений.

Задачи:

• Изучить частоту возникновения тромбоэмболий коронарных артерий, после коронарного стентирования;

• Изучить частоту возникновения острого коронарного синдрома у пациентов перенесенного коронарного стентирования

• Провести анализ историй болезни пациентов с перенесѐнной операцией коронарное стентирование

• Выявление факторов способствующих образованию осложнений

• Создать дневник самоухода

Процедура проведения эмпирического исследования: исследовательская часть выполнена на базе КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница»

Методы исследования: статистическая оценка данных протоколов в КГБУЗ ККБ за 2014-2015 г. Беседа, анкетирование пациентов преходящие эндоваскулярное лечение в отделение кардиологии №3.

По данным статистических протоколов по полюсу ОМС в течение 2015 года было проведено лечение 2065 человек, при этом некоторым было поставлено двое и более стентов.

Для выявления причин повторного обращения по поводу коронарного стентирования был использован телефонный опрос пациентов с двумя и более стентами. При этом было выявлено наиболее частые причины осложнений:

• Пациенты которые хотя бы однократно забывшие принять назначенные препараты, оперировались по поводу тромбоэмболии коронарных артерий.

• Пациенты страдающие артериальной гипертонией, которые не следили за своим артериальным давлением и соответственно не получавшие адекватную терапию, повторно стентировались по поводу инфаркта миокарда.

• Пациенты которые не отказались от курения

• Пациенты, не соблюдавшие рекомендации по питанию и физической нагрузке, имеющие лишний вес.

Из проведенного опроса пациентов находящихся на момент исследования в отделение кардиология, которые проходили эндоваскулярное лечение были выявлены следующие проблемы – страх повторного острого состояния (страх смерти), страх не получить квалифицированную помощь, страх вернуться домой.

После проведенных исследований было принято решение о разработке дневника самоухода, который выдавался пациенту при выписки для самостоятельного ведения. В него было включено: таблица контроля (рис.2), суть и природу заболевания; ход операции и возможные осложнения; значимость необходимости приема лекарственной терапии после операции на сердечно сосудистую систему; факторы риска возникновения осложнений; рекомендации по питанию, режиму физической активности; список неотложных мер при коронарном синдроме.

Дата	АД (мм.рт. ст.)		ЧСС (уд/мин.)		Отеки		Вес	Лекарственные препараты (названия заполняются самостоятельно)							
	У	В	У	В	У	В	У								
								У	В	У	В	У	В	У	В

Рис.2 Выдержка из таблицы контроля после операции коронарного стентирования

При выдачи дневника самоухода, был проведен повторный опрос, который показал следующие данные (рис.3). Через месяц был проведен телефонный опрос, при котором было выявлено, что 41 из 50 человек заполняли дневник, из них только у 1 пациента случился острый коронарный синдром. Не было ни одной тромбоэмболии коронарных артерий.

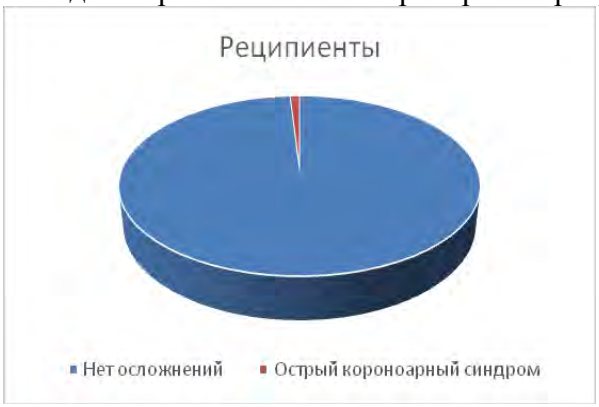


Рис.3 Повторный опрос пациентов на дому

Исходя из всего выше изложенного мы считаем, что повышение уровня информированности, способствует снижение риска возможных осложнений и уменьшает страх возвращения домой. Цели и задачи были достигнуты. Наша гипотеза подтвердилась, мы доказали, что заполнение дневника самоухода будет способствовать снижению поздних после операционных осложнений.

Список литературы.

1. Здрвоохранение России 2015г., Статистический сборник, Москва 2015
2. Статистические протоколы КГБУЗ ККБ за 2014-2015г..

3. Савченко А. П., Ширяев А. А., Руденко Б. А., Власова Э. Е. Рентгенморфологические особенности поражения шунтов в различные сроки после операции АКШ. Кардиология 2000г; 6: 4-8.

4. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2011г.

«ВЛИЯНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА НА КУЛЬТУРУ САМОЛЕЧЕНИЯ»

Белянина Елена Сергеевна,
Шевырева Наталья Сергеевна
Руководитель: Ярославцева Лариса Ивановна
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Фармацевтический колледж

По существующей статистике, около 69% граждан занимаются самолечением. Самостоятельное лечение - одно из прав каждого человека. Самолечение служит облегчению течения заболевания, предотвращению заболеваний и устранению причин болезни. Самолечение - это значит, что человек берет на себя ответственность за свое здоровье.

Самостоятельное лечение все больше внедряется в наш образ жизни, так как оно является свидетельством творческой деятельности человека, его культуры, ответственности, укрепляет уверенность в собственных силах. Кроме того, оно всегда доступно и является наиболее дешевым способом сохранения и укрепления здоровья. Самолечение имеет свои положительные стороны, так как дает свободу выбора средств с учетом не только их терапевтической эффективности, надежности и безопасности, но и цены.

Склонность людей к самолечению неистребима, а результаты социологических исследований последних лет свидетельствуют, что тенденция лечиться самостоятельно нарастает. В России вопросы самолечения требуют особого внимания. Страна, где еще 8-10 лет назад самолечение было практически вне закона и при любых недомоганиях рекомендовалось обращаться к врачу, еще недостаточно подготовлена к "принятию" самолечения по современному образцу.

Человеку необходимо предельно четко знать, когда можно заниматься самолечением, а когда необходима квалифицированная медицинская помощь. Концепция ответственного самолечения допускает самостоятельное применение средств для лечения тех заболеваний, которые не требуют вмешательства врача или по которым больной уже получил консультации медицинских работников. А дальше, любой человек, внимательно изучив инструкцию, соблюдая ее и предписания врача, в силах самостоятельно пользоваться этими средствами, не подвергая себя опасности.

Сложность ситуации заключается в определении границы допустимости принятия самостоятельного решения больным - идти к врачу или не ходить и, каким лекарственным средством воспользоваться. Грань между этими случаями должна быть понятной больному. При наличии даже самых незначительных сомнений лучше ориентировать на целесообразность визита к врачу. Никакие советы друзей или знакомых не могут заменить рекомендаций врача. Правильные действия в данном случае, определяющие границы самолечения будут заключаться в том, чтобы заболевший обратился к врачу, если у него повышенная температура больше трех дней, если признаки болезни не проходят в течение недели или когда появляются новые признаки болезни.

Самолечение - это использование потребителем лекарственных препаратов, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. На практике понятие самолечения включает также лечение членов семьи и знакомых [2]. Культура самолечения формируется под действием следующих факторов: недостаток образования в сочетании с излишней самоуверенностью, нежелание долго ждать в очереди к доктору, советы близких и знакомых по поводу лекарственных препаратов и др. [3]. Фармацевтическая помощь - это процесс сотрудничества, направленный на профилактику или выявление и разрешение проблем, связанных с применением лекарственного продукта или

состоянием здоровья пациента. Консультативная и информационная деятельность является одной из составляющих фармацевтической помощи. Консультативная деятельность включает в себя фармацевтическое информирование и фармацевтическое консультирование [5].

В частности, еѐ формируют и фармацевты, которые не всегда оказывают необходимую грамотную консультативную помощь посетителям аптек. Сегодня потребность в качественном консультировании очень велика. Недаром в фармацевтическом мире говорят, что задача работника первого стола состоит во влиянии на культуру самолечения посредством информационной и консультативной деятельности [4]. Как показывает существующая практика, некоторые работники первого стола недостаточно владеют умением консультировать так, чтобы получить желательный социальный, фармакологический и экономический эффект [1]. Поэтому данная проблема в настоящее время актуальна и требует дополнительного изучения.

Цель исследования: изучить влияние консультативной деятельности фармацевта на культуру самолечения на основе изучения мнения посетителей аптек.

Поставленная цель требует выполнения следующих задач:

1. Изучить причины самолечения, влияющие на распространение культуры самолечения, по мнению посетителей аптек.
2. Изучить мнение посетителей аптек о качестве консультативной деятельности фармацевтов.
3. Изучить удовлетворѐнность посетителей аптек качеством консультативной деятельности.
4. Изучить направление недоверия посетителей аптек в случае некачественной консультативной деятельности фармацевтов.

Объект исследования: консультативная деятельность фармацевтов. Предмет исследования: Влияние консультативной деятельности фармацевтов на культуру самолечения, по мнению посетителей аптек. Метод исследования: анкетирование.

Гипотеза исследования: Консультативная деятельность фармацевтов влияет на культуру самолечения. Для изучения влияния консультативной деятельности фармацевтов на культуру самолечения на основании мнения посетителей аптек была разработана анкета, включающая в себя 5 блоков вопросов. Анкета была направлена на изучение мнения посетителей аптек о вопросах самолечения и консультативной деятельности фармацевтов на культуру самолечения. Анкетирование было проведено выборочно. В декабре 2015-январе 2016г. было опрошено 50 посетителей аптек города Красноярска и Абакана. После сбора и статистической обработки результатов анкетирования они были обобщены и занесены в сводные таблицы 1-5.

Таблица 1- Возрастная характеристика посетителей аптек

Возраст	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
18-25	23	46
26-45	15	30
46 и более	12	24

Таблица 2- Причины, влияющие на распространение самолечения, по мнению посетителей аптек

Причины самолечения	Количество выборов респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Безрецептурный отпуск лекарственных препаратов	12	24
Недостаток информации о лекарственном препарате от врача	3	6
Нежелание стоять в очереди в больницах	11	22
Советы других людей (знакомых и близких, интернет-сообществ) по поводу лекарственных препаратов	24	48

Таблица 3- Показатели удовлетворѐнности посетителей аптек качеством консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Показатели	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Удовлетворѐнность на 100%	18	36
Удовлетворѐнность частичная	30	60
Неудовлетворѐнность	2	4

Таблица 4- Причины неудовлетворѐнности качеством консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Причины неудовлетворѐнности качеством фармацевтического консультирования	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Недостаточность информирования о лекарственных препаратах	5	11
Медлительность	16	32
Невнимательность	11	22
Нехватка профессионального такта	9	18
Неумение слушать	3	6
Не устраивает ассортимент аптеки	4	8
Недостаток знаний в области психологии	2	4

Таблица 5- Направленность недоверия посетителей аптеки в случае некачественной консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Направления недоверия	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
К аптеке	12	24
К фармацевту	30	60
К лекарственному препарату	8	16

Таким образом, по результатам изучения мнения посетителей аптек были получены следующие результаты:

Причинами самолечения посетителей аптек являются советы знакомых (48%), возможность безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (24%) и нежелание тратить своѐ время в очередях к врачу (22%). Подавляющее большинство респондентов были частично удовлетворены консультативной деятельностью фармацевтов (60%). Причинами частичной или полной неудовлетворѐнности качеством консультативной деятельности являются: медлительность (32%), невнимательность (22%), нехватка профессионального такта (18%), недостаточность информирования о лекарственных препаратах (11%). В случае некачественной консультативной деятельности фармацевтов большинство опрошенных потеряют доверие к фармацевтам (60%).

Выводы:

1. Гипотеза исследования подтвердилась: консультативная деятельность фармацевтов влияет на культуру самолечения.
2. По мнению посетителей аптек, к самолечению побуждают следующие причины: опыт других людей, доступность безрецептурного отпуска и желание сэкономить время.
3. Качеством консультативной деятельности фармацевтов частично удовлетворены большинство посетителей аптек (60 %). Более всего респонденты выразили неудовлетворѐнность деонтологическими и психологическими аспектами консультативной деятельности работников перового стола (невнимательность, медлительность, неумение слушать, недостаток знаний в области психологии), что может свидетельствовать о том, что фармацевтическое информирование и консультирование осуществляются на достаточно высоком уровне.

4. В случае некачественной консультативной деятельности, посетители аптек вероятнее всего потеряют доверие к работникам первого стола.

Список литературы

1. Багирова В.Л. Управление и экономика фармации: учебник. / В.Л. Багирова // Издательство: Медицина. Багирова, 2009. - С. 720.
2. Безрецептурный отпуск и самолечение. [электронный ресурс]: http://cyberleninka.ru/article/n/bezretsepturnyy-otpusk-i-samolechenie. (Дата обращения- 18.02.2016)
3. Менеджер здравоохранения # 04.2010 : ежемесячный научно-практический журнал / под ред. В. И. Стародубова// - М. : Менеджер здравоохранения, 2010. - С. 81.
4. Рецепт успеха для фармацевтов. [электронный ресурс]: http://www.pharmvestnik.ru/publs/staryj-arxiv-gazety/retsept-uspexa-dlja-farmatsevtov.html#. farmatsevtov.html#.VtReuXumT0A. (Дата обращения- 25.02.2016)
5. Фармацевтическое консультирование как профессиональная компетенция провизора. [электронный ресурс]: http://pharm-spb.ru/docs/diplom/Saratovzeva%20N.S._2013.pdf. (Дата обращения- 01.03.2016)

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРАЧЕЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ СЕЛА БЫСТРАЯ

Соляк Наталья Андреевна
Руководитель: Харламова Нина Александровна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2012 году сахарным диабетом примерно страдали 371 миллион человек во всем мире. В настоящее время проблема сахарного диабета становится особенно актуальной для России. По данным государственного регистра больных сахарным диабетом в РФ на 01.01.2012 года было зарегистрировано 3,7 млн. пациентов. В Красноярском крае зарегистрировано более 64 тысяч пациентов с сахарным диабетом, что на 8 % больше, чем в прошлом году. Вместе с тем, по оценкам экспертов, реальная цифра намного больше. Согласно данным Международной федерации диабета смертности при данной патологии достигла 3,8 млн, что представляет более 6 % общемировой смертности.

Актуальность данной темы: сахарный диабет – относится к числу самых распространенных заболеваний и имеет наибольший удельный вес среди заболеваний эндокринной системы. Начавшаяся болезнь, становится причиной инвалидности, а иногда и летального исхода.

Объект исследования: Роль фельдшера в профилактики сахарного диабета.

Предмет изучения: пациенты, страдающие сахарным диабетом.

Цель исследования:Изучить роль фельдшера в профилактики сахарного диабета на базе врачебной амбулатории деревни Быстрая

Задачи:

1. Изучить научную и учебную литературу, нормативно –правовые, информационные и методические материалы по теме.
2. Проанализировать медицинскую документацию (амбулаторные карты и выписки из стационара)
3. Проанализировать эффективность профилактической деятельности фельдшера.
4. Провести социологический опрос.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников, медицинской документации.
2. Социологический опрос.

Гипотеза: Информирование пациентов и регулярная профилактическая деятельность фельдшера способствуют контролю над сахарным диабетом у пациентов.

Сахарный диабет – это болезнь, характеризующаяся хроническим повышением уровня сахара в крови (гипергликемией), развивающаяся в результате недостаточной выработки (секреции) инсулина или уменьшения чувствительности клеток организма к инсулину. Сахарный диабет встречается у 1-3 % населения. Ежегодно число больных сахарным диабетом увеличивается на 6-10 %. Это приводит к удвоению числа больных каждые 10-15 лет.

Факторы риска развития сахарного диабета:

- семейная история сахарного диабета (если у родителей или братьев, или сестѐр есть сахарный диабет);
- возраст старше 45 лет;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела и ожирение;
- артериальная гипертония;

Сахарный диабет существует двух типов:

- сахарный диабет 1 типа, возникает вследствие недостаточной выработки инсулина поджелудочной железой,
- сахарный диабет 2 типа более распространен. Характеризуется тем, что инсулин вырабатывается не только в необходимом, но и большем объеме, однако он не находит применение, так как клетки тканей не усваивают его.
- Вследствие того, что причины возникновения сахарного диабета 1 и 2 типов различны, то и профилактические мероприятия несколько отличаются.

Сахарный диабет 1 типа предупредить невозможно, однако соблюдение некоторых рекомендаций может помочь задержать, приостановить развитие заболевания. Профилактика сахарного диабета особенно необходима людям, относящимся к группе риска. Это те, у кого существует наследственная предрасположенность, то есть состоит в близком родстве с человеком, больным сахарным диабетом 1типа.

К профилактическим мерам для сахарного диабета I типа относят:

- правильное питание. Необходимо следить за количеством искусственных добавок, употребляемых в пищу, снижать потребление консервированных продуктов, богатых жирами, углеводами. Рацион должен быть разнообразным, сбалансированным, а также включать фрукты и овощи.
- предупреждение инфекционных и вирусных заболеваний, которые являются одними из причин развития сахарного диабета.
- отказ от алкоголя и табака. Известно, что вред от этих продуктов огромен для каждого организма, отказавшись от употребления алкогольных напитков, а также курения можно существенно уменьшить риск заболевания сахарным диабетом.

К группе риска заболевания сахарным диабетом 2 типа относятся люди в возрасте старше 45 лет, а также имеющих родственников с сахарным диабетом. В этих случаях обязательно обследование на определение уровня сахара в крови не реже 1 раза в полгода. Своевременная проверка уровня глюкозы позволит выявить болезнь на ранних стадиях и вовремя начать лечение. Последствия сахарного диабета могут проявиться в следующих осложнениях:

- потеря зрения,
- поражение сердечно-сосудистой системы,
- ухудшение работы почек.

Так как основной после наследственности причиной развития сахарного диабета является ожирение, то профилактика сахарного диабета 2 типа должна начинаться с корректировки питания. Известным способом измерения избытка веса является расчет ИМТ (индекса массы тела). ИМТ = вес(кг)/(рост($м^2$). Если величина ИМТ у взрослого составляет18,5-25, то вес считается нормальным. Величина ИМТ, равная 25-30, оценивается как избыточный вес, при величине больше 30 – как ожирение.

Итак, главными методами профилактики диабета являются:

1) Правильное сбалансированное питание.

2) Ежедневные физические нагрузки. Профилактика сахарного диабета будет эффективной, только если каждый день выкраивать, хотя бы полчаса на занятия физкультурой.

3) Сохранять душевное равновесие. Поскольку регулярные стрессы являются одной из причин развития болезни, профилактика сахарного диабета включает контроль за эмоциональным состоянием.

4) Регулярно проходить медицинские обследования. Для людей, состоящих в группе риска (наследственная предрасположенность к сахарному диабету, гиперлипидемия, избыточная масса тела, ожирение, артериальная гипертензия, несбалансированное питание, низкая физическая активность, курение), профилактика диабета обязательно включает сдачу анализов крови на сахар как минимум раз в полгода. Осведомлен — значит, вооружен!

Задачи фельдшера при оказании медицинской помощи больным сахарном диабете:

1. Ведение реестра больных сахарным диабетом
2. Выделение времени для приема больных сахарным диабетом
3. Обеспечение всех необходимых лабораторных исследований
4. Обеспечение возможности обязательного обследования больных на развитие осложнений диабета, направления больных на обследование по выявлению диабетической ретинопатии
5. Организация для больных обучения, диетологического консультирования и получения рекомендаций по уходу за стопами

Во врачебной амбулатории села Быстрая медицинская помощь при сахарном диабете включает:

1. Выявления диагноза и начало лечения
2. Обучение пациентов
3. Достижение оптимального контроля течения сахарного диабета
4. Обязательное обследование и выявление осложнений
5. Лечение осложнений
6. Лечение острых и хронических сопутствующих заболеваний
7. Обеспечение специализированной помощи

При первом посещении фельдшер проводит детальный расспрос и тщательное клиническое обследование. На следующем приеме определяет уровень гликемии, выявляет осложнения сахарного диабета; выявляет наличие эпизодов гипогликемии в анамнезе, обучает пациента лечению и профилактике гипогликемии, осматривает области введения инсулина, уточняет наличие сопутствующих заболеваний.

Анализируя медицинскую документацию амбулаторные карты и выписки из стационара, годовые отчеты было выявлено следующее:в селе Быстрая проживает 1260 человек, из них 27 человек (2,14 %) имеют диагноз сахарный диабет. Из 27 больных страдающих сахарным диабетом 5 больных (18,5 %) первого типа и 22 пациента (81,4%) второго типа. Один пациент в возрасте 13 лет (3,7 %), 5 мужчин (18,5%), 21 женщина (77,7 %).

При выявление факторов риска было выявлено, что основным является наследственность, ожирения, вредные привычки. Всем пациентам проводятся лабораторные и дополнительные методы диагностикиИз 27 человек страдающих сахарным диабетом осложнения только у 3 человек (11,1%)(2 человека (66,6%) в виде инфаркта миокарда и 1 (33,3%) человек с инсультом).

Фельдшером Врачебной Амбулатории тщательно ведется вторичная профилактика сахарного диабета для предупреждения осложнения. Профилактика проходит в виде индивидуальных бесед, сан.бюлетений, проведение школ здоровья.

Нами был проведен социологический опрос (анкетирование) пациентов села Быстрая. Анкета состояла из 15 вопросов. Участие в опросе принял 31 человек из них 21 женщина и 10 мужчин. Анализ результатов анкетирования показал, что 28 человек знают симптомы сахарного диабета. У троих есть риск развития сахарного диабета второго типа, так как имеется факторы риска развития сахарного диабета.

Нами были разработаны сан.бюлетень, памятки. В ходе проведения исследования приняла участие в проведении школы здоровья, на занятие были пациенты первого и второго типа в количестве 7 человек. Нами проводилось обучение пациентов измерению индекса массы тела, правильному питанию, изменению образа жизни. В конце занятия проводилось анкетирование, ответы на вопросы присутствующих. Недостатком является тот факт, что школы проводятся не регулярно, в виде разового занятия.

Выводы

1. Самоконтроль - основа успешного лечения и профилактики осложнения сахарного диабета
2. Во врачебной амбулатории находятся на диспансерном учете пациенты первого и второго типа
3. Все пациенты сахарного диабета проходят дополнительные методы обследования для профилактики осложнений
4. Фельдшер проводит санитарно-просветительную работу в виде бесед, сан.бюлетений, школ здоровья.

Литература:

1. Эндокринология Сибири: материалы второй сибирской конференции эндокринологов,- 2003
2. Жданова О.И. Сахарный диабет без иллюзий и осложнений Санкт-Петербург: БХВ – Петербург, 2005

РАЗРАБОТКА РАЗДЕЛА «МЕДИЦИНСКИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ» ДЛЯ САЙТА «МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА»

Бутакова Алина Николаевна
Руководитель: Шинарева Дарья Олеговна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Современный мир немыслим без использования мобильных устройств. Простейшим примером применения мобильных устройств в медицине может служить вызов скорой помощи (в случае использования мобильного телефона), что приводит к значительному сокращению риска смерти на месте происшествия. Однако это не единственное применение мобильных технологий в здравоохранении.

В Российской Федерации принята государственная программа модернизации здравоохранения, где планируется внедрение информационных технологий. План информатизации здравоохранения синхронизирован с общей программой развития этой отрасли до 2020 года. Особую роль в достижении предполагаемого уровня информатизации играет использование мобильных технологий для медицинских услуг и информации. Под мобильной медициной понимают услуги, сервисы, программы, мероприятия и иные действия в области медицины и здравоохранения, при реализации которых используются мобильные устройства (телефоны, смартфоны, планшеты) и различные технологии беспроводной связи. [3]

Мы живем в эпоху цифровых технологий, когда большинство наших действий осуществляется с помощью смартфонов. Тема здоровья становится все более актуальной, и многие люди пользуются преимуществами смартфонов для управления и улучшения состояния своего здоровья. Кроме того, и специалисты в области здравоохранения также видят плюсы применения приложений мобильного здравоохранения. По мнению экспертов, мобильная медицина является наиболее перспективной и быстроразвивающейся сферой среди всех мобильных приложений.[4]

Мы решили ознакомить студентов с современными мобильными приложениями, а для удобства использования решили создать раздел «Медицинские приложения» на сайте «Медицинская информатика» в Канском медицинском техникуме, который был создан нами раннее и пользуется популярностью у студентов.

Таким образом, **цель нашего исследования** – разработать раздел «Медицинские приложения» для сайта «Медицинская информатика».

Объектом исследования являются медицинские приложения для мобильных телефонов.

Предметом исследования является изучение и анализ медицинских приложений.

Для достижения цели мы поставили перед собой **задачи:**

1.Рассмотреть мобильные технологии в современном мире.

2.Сделать обзор медицинских мобильных приложений и разбить их по тематикам.

3.Разработать раздел «Медицинские приложения» и разместить его на сайте «Медицинская информатика».

В данной работе мы руководствовались такими **методами** как:

1. Изучение специальной литературы.

2.Проведение анкетирования.

3.Анализ и обобщение результатов, полученных данных.

В начале нашего исследования было проведено анкетирование среди студентов 1 курса 101 и 102 группы. Мы выяснили, что большинство студентов имея ОС Android совершенно не пользуются медицинскими приложениями. Из 42 опрошенных студентов лишь 9 человек (что составило 21%) знают о существовании медицинских приложений и используют их в повседневной жизни. Остальные 33 человека не знают о их существовании, что составило 79% студентов. (Рис.1)

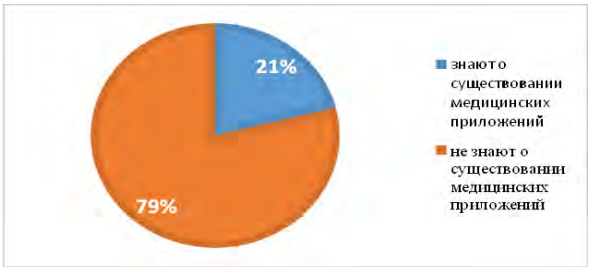


Рис.1. Использование медицинских приложений студентами

Из 9 студентов, которые используют медицинские приложения, было выявлено, что наиболее часто студенты используют приложения – «Календарь менструаций» - 4 человека, 2 человека используют «Анатомия 3D», по одному студенту используют латинский и медицинский словарь, приложение «Фармацевт», и программу «Поликлиника». Таким образом, проанализировав данные, мы пришли к выводу о том, что необходимо ознакомить студентов с данными приложениями. (Рис. 2)

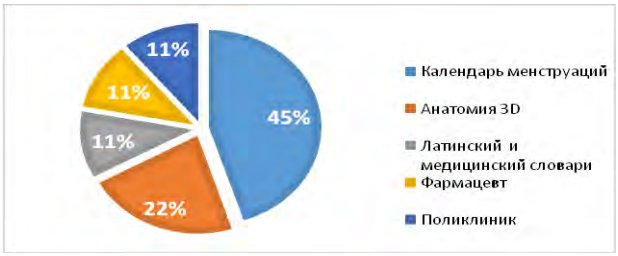


Рис.2. Медицинские приложения, используемыми студентами 1 курса 101 и 102 группы

В наше время появление огромного количества мобильных приложений, порождает одну серьезную проблему, человеку становится довольно сложно разобраться: какие же из них наиболее надежны. Нами было рассмотрено множество мобильных медицинских приложений, которых оказалось более 200.

Дадим краткое описание некоторых из них:

Cito! Анализ крови и мочи. [2] В программе представлены нормы основных лабораторных анализов. В удобной наглядной форме приведена исчерпывающая информация о большинстве исследуемых показателях; указаны нормы в унифицированных единицах для мужчин и женщин. (Рис.3)

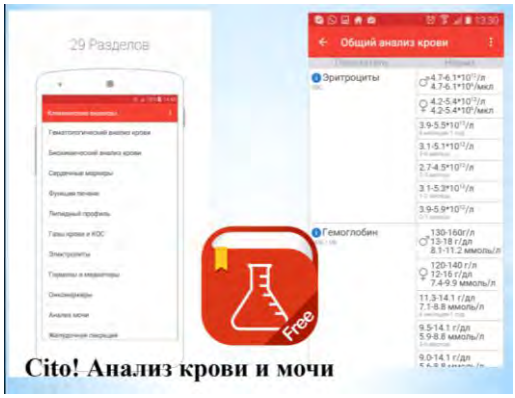


Рис.3. Cito! Анализ крови и мочи

Аналоги дорогих лекарств. [2] Данное приложение - незаменимый инструмент для тех, кто ценит экономию времени и денег. Используя это приложение не придется покупать дорогие разрекламированные препараты, которые ничем не отличаются от "копеечных" средств. (Рис.4)

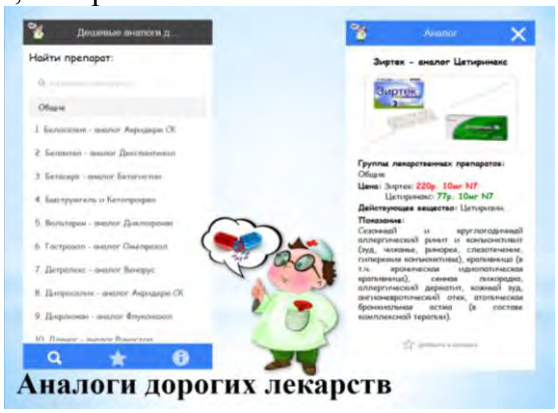


Рис.4. Аналоги дорогих лекарств

Приложение "Анатомия" подойдет как неопытным новичкам, так и врачам и студентам медицинских направлений. [2] Данное приложение охватывает практически полностью строение человеческого тела. Подробная информация с рисунками и иллюстрациями поможет легко понять любую тему. Данное приложение можно использовать в качестве справочника или книги для изучения. Благодаря четкому структурированию информации найти ответ на любой вопрос по анатомии становится очень просто. (Рис.5)

Рис.5. Аналоги дорогих лекарств

Изучив приложения, нам удалось их систематизировать.

А для удобства пользования мы разработали раздел «Медицинские приложения» на сайте «Медицинская информатика» и разместили самые популярные из них в данном разделе, распределив их по тематикам.

Затем, используя локальную сеть техникума, разместили их для общего пользования.

Таким образом, поставленная нами цель исследования достигнута – разработан раздел «Медицинские приложения» для сайта «Медицинская информатика».

В данном разделе представлено краткое описание каждой программы, с возможностью перехода по ссылке для последующей ее установки на мобильный телефон. Данный ресурс предназначен для использования в учебном процессе. Созданный раздел будет полезен, студентам-медикам для профессионального роста.

В процессе выполнения исследовательской работы нам удалось выполнить следующие задачи:

1. Были рассмотрены мобильные технологии в современном мире.
2. Сделан обзор медицинских мобильных приложений, которые в дальнейшем были разбиты на тематики.
3. Разработан раздел «Медицинские приложения» на сайте «Медицинская информатика».

Таким образом, поставленная нами цель исследования достигнута. Разработан раздел «Медицинские приложения» на сайте «Медицинская информатика», в котором были размещены ссылки на самые популярные медицинские приложения, которые мы распределили по тематикам.

Затем, используя локальную сеть техникума, данные приложения были размещены для общего пользования. (Рис.6)

Рис.6. Раздел «Медицинские приложения» на сайте «Медицинская информатика»

Список литературы

1. 7 гаджетов, превращающих ваш телефон в доктора// [Электронный ресурс] // М., 12.02.2016 URL:http://www.forbes.ru/tehno-slideshow/meditsina/23189 7-7-gadzhetov-prevrashchayushchih-vash-telefon-v-doktora
2. Google play [Электронный ресурс] //URL:https://play.google.com/store
3. Максименко Е.В., Максименко Л.Л. Медицинская информатика: учебное пособие. – Ставрополь: изд-во СтГМА. – 2011. – с.138
4. Мобильные решения для здравоохранения: аналитический обзор ООО «АКСИМЕД».- М.,2011.

ГРИПП, ОРВИ. ЛЕГЧЕ ПРЕДУПРЕДИТЬ, ЧЕМ ЛЕЧИЬ

Глязер Наталья Николаевна
Руководитель: Крашенинина Наталья Юрьевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Грипп - острое респираторное заболевание, которое относится к наиболее распространѐнным и социально значимым заболеваниям. Несмотря на то, что грипп известен с древних времѐн, борьба с ним по-прежнему не приносит желаемых результатов. Актуальность выбранной нами темы заключается в том, что каждый человек постоянно и повсеместно рискует заболеть гриппом.

И это неудивительно, ведь грипп – одно из самых распространѐнных инфекционных заболеваний, способное приводить к массовым вспышкам и даже эпидемиям почти ежегодно. Поэтому важно знать «врага в лицо»: чем он опасен, как от него защищаться. По данным ВОЗ, ежегодно в мире гриппом болеют 3-5 миллионов человек. Вспышки гриппа, как правило, продолжаются 6-8 недель, парализуют жизнь общества, а органы здравоохранения в эти периоды нередко работают в авральном режиме.

Сложности в борьбе с гриппозной инфекцией связаны с тем, что вирус гриппа входит в группу инфекционных агентов с чрезвычайно высокой способностью изменяться. Ежегодно эпидемия гриппа развивается как раз по этой причине: каждый год образуется новый, уникальный штамм вируса гриппа ещѐ не знакомый нашей иммунной системе. После перенесѐнной болезни остаѐтся довольно стабильный иммунитет, но в следующем году изменившийся вирус гриппа вновь вызывает заболевания. В случае гриппа не может идти и речи об изготовлении какой-либо

долго действующей вакцины. Единственное, что действительно эффективно – это ежегодная вакцинация против гриппа, новой вакциной. Каждый год учѐные, на основе циркулирующих штаммов вируса гриппа, успевают предугадать примерную конфигурацию будущего возбудителя эпидемии гриппа и разработать вакцину. Поэтому вакцинация против гриппа – это ежегодная процедура. С учѐтом расчѐтов и оценки экономического и социального ущерба наносимого гриппом ежегодно в нашем государстве отдан приоритет вакцинопрофилактике данного заболевания.

Объект исследования:

студенты 1 курса, прошедшие вакцинацию.

Предмет исследования:

эффективность вакцинации.

Цель исследования:

теоретически доказать эффективность вакцинации против гриппа.

Задачи исследования:

1.Выявить уровень знаний студентов о гриппе и специфической профилактике

2.Показать эффективность вакцинации против гриппа.

3.Разработать рекомендации по вакцинопрофилактике.

Методы исследования:

1.Анкетирование.

2.Анализ полученных данных.

3.Наблюдение.

Гипотеза.

Вакцинация от гриппа снижает риск заражения гриппом, ОРВИ, облегчает течение заболевания.

Теоретическое обоснование.

Грипп- разновидность острой респираторной вирусной инфекции, которая отличается от других инфекций особо тяжѐлым течением, наличием осложнений и может закончится смертельным исходом. Грипп продолжает оставаться наиболее массовым инфекционным заболеванием и является одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем. Это единственная инфекция, которая вызывает ежегодные эпидемии. Гриппом болеют люди всех возрастов и в любое время года. Однако пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период, когда люди больше времени проводят в закрытых непроветриваемых помещениях, организм ослаблен нехваткой витаминов и подвергается большим перепадам температуры. Источником заражения гриппом, как и другими респираторными инфекциями, является заболевший человек, который с кашлем, чиханием или при разговоре распространяет вокруг себя возбудителя в мельчайших капельках носовой слизи, слюны или мокроты. Вероятность заболеть гриппом при попадании вируса в верхние дыхательные пути очень велика и не зависит от возраста. Основная опасность гриппа – это риск развития постгриппозных осложнений: бактериальной пневмонии, ринита, синусита, бронхита, отита и др. Поэтому профилактика гриппа, позволяющая избежать или смягчить последствия, более чем актуальна.

Сегодня уже доказано, что единственным методом специфической профилактики гриппа является вакцинация. Введение в организм вакцины не может вызвать заболевание, но путѐм выработки защитных антител стимулирует иммунную систему для борьбы с инфекцией. Состав современных вакцин ежегодно изменяется в соответствии с мутациями вируса для максимального совпадения с циркулирующими штаммами и защищает от трѐх типов вируса в 90% случаев. Эффективность вакцины от гриппа несравненно выше всех неспецифических медицинских препаратов, которые нужно принимать в течение нескольких месяцев: иммуностимуляторов, витаминов, гомеопатических средств. Вакцинация значительно снижает возможность получения осложнений и смертельного исхода. Сейчас применяют как зарубежные вакцины – ваксигрипп (Франция), инфлювак (Голландия), так и отечественный препарат – гриппол. ВОЗ рекомендовала вакцинацию против гриппа, как единственный реальный способ уберечься от этой инфекции привитому и возможность создания коллективного иммунитета.

Введение в организм вакцины позволяет создать многоуровневую систему защиты от гриппа, а так как вирусы гриппа имеют сходные структуры с вирусами ОРВИ, то вырабатываемые после

вакцинации противогриппозные антитела защищают организм также и от ОРВИ – с эффективностью 50-60% уменьшается число случаев развития воспалений лѐгких, обострений хронических заболеваний. Уже через две недели после прививки в организме накапливаются противогриппозные антитела, и он становится невосприимчивым к заболеванию. Защитные белки распознают вирус и уничтожают, не позволяя ему размножиться. Достаточная иммунная реактивность организма сохраняется около 6 месяцев, что обеспечивает его высокую сопротивляемость вирусу гриппа в течение всего эпидемического сезона. Эффективность иммунизации современными противогриппозными вакцинами составляет 70-90% и зависит как от конкретной вакцины, условии еѐ хранения и транспортировки, так и от эпидемиологической обстановки в конкретное время и особенностей организма.

Все существующие на сегодняшний день противогриппозные вакцины применяются по стандартной схеме. Оптимальными сроками начала вакцинации являются сентябрь – октябрь, тогда к началу эпидемического сезона вырабатывается достаточная иммунная защита. В настоящее время проводятся интенсивные разработки нового поколения вакцин, не требующих внутримышечного введения. «Вакцинация является основой профилактики гриппа», так как она снижает распространение болезни и смертность. Вакцинация в 3-4 раза дешевле, чем затраты на лечение гриппа и его осложнений, значительно сокращает временную нетрудоспособность, доступна, эффективна и безопасна для детей и взрослых.

Практическая часть: результаты исследования.

Результаты исследования позволили выявить уровень знаний студентов о гриппе и вакцинопрофилактике, показать эффективность вакцинации против гриппа, разработать рекомендации по вакцинопрофилактике. Студентам 1 курса специальности Лечебное дело была предложена анкета, содержащая вопросы, касающиеся гриппа и вакцинации против гриппа.

Согласно проведѐнному анкетированию:

- грипп считают опасным заболеванием – 87% студентов
- правильно называют время инкубационного периода – 47%
- называют воздушно-капельный путь передачи инфекции – 94%
- считают, что грипп опасен осложнениями - 68%
- при заболевании гриппом, сразу же обратятся к врачу – 64%
- считают себя информированными в вопросах профилактики гриппа – 57%
- с недомоганием (ОРВИ) приходят на занятия иногда- 60%, часто- 37%
- считают, что высока вероятность, заразиться гриппом, ОРВИ от сокурсника – 94%
- для профилактики гриппа, ОРВИ: 26% студентов используют противовирусные препараты, 23% привились от гриппа, 20% используют медицинскую маску
- считают, что прививка может предотвратить заболевание гриппом- 47%
- считают, что вакцинация против гриппа – это личное дело каждого -77%
- считают, что человек может переболеть гриппом несколько раз в год -90%
- сделали прививку от гриппа -63% студентов
- отказались от вакцинации, считая еѐ неэффективной -40%, из-за боязни осложнений -37%
- не интересовались, какой вакциной их прививают -83%
- считают, что вакцинация нужна в начале осени -76%
- считают, что вакцинироваться надо всем людям -94%
- после вакцинации, в осенне-зимний период переболели ОРВИ - 47%
- переболели ОРВИ, после вакцинации 1 раз - 33%, 2 раза -27%
- переболели ОРВИ без вакцинации 1 раз - 40%, 2 раза – 20%
- перенесли ОРВИ в лѐгкой форме (после вакцинации) -50%
- не имеют негативного отношения к вакцинации от гриппа 53%.

Данное исследование позволило сделать вывод об информированности студентов Канского медицинского техникума о гриппе, его последствиях и профилактике.

Заключение

Проведѐнное исследование позволило сделать вывод, что студенты 1 курса по многим вопросам имеют достаточный уровень знаний о гриппе и вакцинопрофилактике. Исследование показало эффективность вакцинации против гриппа, так как не было зарегистрировано ни одного случая гриппа и тяжѐлого течения ОРВИ. Гипотеза получила подтверждение.

Исследование позволило разработать рекомендации по вакцинопрофилактике:

1.Индивидуальный подход к вакцинации, оценка степени риска заражения гриппом.

2.Информирование населения о необходимости вакцинации и используемых вакцинах.

3.Информирование населения о том, когда нельзя прививаться: непереносимость белков куриного яйца, как компонента препарата; острые заболевания; обострение хронических заболеваний; 3-4 недели после выздоровления; предыдущие поствакцинальные осложнения.

4.Рекомендовать прививки от гриппа как единственно реальный способ уберечься от инфекции определѐнным группам риска:

- часто болеющим детям;
- людям старшего возраста (старше 65 лет);
- пациентам с хроническими заболеваниями;
- определѐнным профессиональным категориям и т.п.

5. Знать правила неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ:

- избегать близкого контакта с больными людьми (медицинские маски);
- избегать многолюдных мест, объятий, рукопожатий;
- соблюдать гигиену рук;
- стараться не прикасаться ко рту и носу;
- часто проветривать помещение;
- придерживаться здорового образа жизни;
- при плохом самочувствии оставаться дома и выполнять рекомендации врача.

Список литературы

1.Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Леонова М.В., Ефременкова О.В. "Клинико-экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ. Качественная клиническая практика". Спецвыпуск: "Профилактика и лечение ОРВИ", 2002

2.Ельшина Г.А., Бектимиров Т.А., Горбунов М.А., Лонская Н.И., Аксенов Л.А., Иванов А.А., Райкина Л.Г. "Оценка профилактической эффективности инактивированной субъединичной вакцины против гриппа Инфлювак при иммунизации детей школьного возраста". Эпидемиология и вакцинопрофилактика №5, 2002

3.Смородинцева Е.А., Деева Э.Г., Лобова Т.Г., Коновалова Н.И. "Этиология современного гриппа" // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика №1. С.5-9. 2001

4.Материалы Internet:

http://www.vitaminov.net/rus

http://www.medportal.ru

http://www.gripp.ru

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИДА

Захаренко Анастасия Олеговна,
Гунбина Юлия Викторовна
Руководители: Федько Анна Николаевна,
Ершова Анжелика Юрьевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Актуальность темы. Как проблема, «СПИД» существует в истории человечества ничтожно короткий срок. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 1 ноября 2015 г., составило 986 657 человек, из них детей 10215, рожденных от ВИЧ – инфицированных матерей - 8044. В Красноярском крае всего зарегистрировано – 23844 человек, детей - 172, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей – 128. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Современное состояние российского общества в плане увеличения заболеваемости ВИЧ/СПИД показывает, что исследования по изучению информированности необходимы не только для создания мер по предотвращению заражения подростков ВИЧ-инфекцией, но и для повышения культуры поведения самих подростков в плане ценностных и

нормативных установок. Исходя из вышеуказанного проблемой данного исследования является отсутствие конкретных знаний об информированности подростков по проблеме ВИЧ/СПИД и формирование ответственного поведения, охраняющего здоровье и жизнь.

Объектом данного исследования является ВИЧ/СПИД.

Предметом – уровень информированности подростков о ВИЧ/СПИД.

Цель исследования - выяснить уровень знаний подростков по проблеме ВИЧ/СПИД и повысить информированность по данной проблеме.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнение следующих **задач:**

1. Изучить теоретические основы ВИЧ/СПИД.
2. Разработать анкету для определения уровня информированности подростков по проблеме ВИЧ/СПИД.
3. Разработать тренинги, с необходимым оснащением, подобрать видеоролики по проблеме ВИЧ/СПИД и провести их в школах города.

При выполнении поставленных задач выдвигаются следующие гипотезы:

- Подростки недостаточно информированы по проблеме ВИЧ-инфекции.
- Решающее воздействие на формирование ЗОЖ подростков оказывают сформировавшиеся у них социальные нормы и ценности.

Исследование проводилось с ноября 2015 года по февраль 2016 года в школах города Канска. При работе использованы следующие исследовательские методы: анализ медицинской и научной литературы, статистический, математической обработки, социологический (интервьюирование и анкетирование подростков).

Теоретическая часть. ВИЧ-инфекция - неизлечимое, длительно протекающее инфекционное заболевание, при котором поражается и медленно разрушается иммунная (защитная) система человека. Болезнь характеризуется стадийностью протекания - от бессимптомного носительства в начале до клинических проявлений болезни, тяжесть которых усиливается по мере разрушения иммунной системы и развития СПИД. **СПИД** — последняя стадия болезни, которая сопровождается резким похуданием, длительными лихорадками, диареей и почти полным угнетением защитных сил организма, на фоне которого развиваются множественные инфекционные заболевания и злокачественные опухоли.

Практическая часть. На 1 мая 2015 года ВИЧ зафиксирован у 0,5% населения России. В возрастной группе 15-49 лет инфицирован почти каждый сотый (0,9%), в том числе более 2% мужчин в возрасте 25-40 лет являются носителями ВИЧ.

«Чтобы снизить риск заражения ВИЧ необходимо соблюдать основные меры профилактики: правила безопасного секса (использование презерватива, ограничение половых партнеров, профилактика заболеваний, передающихся половым путем); формирование здорового образа жизни (отказ от алкоголя, наркотиков, занятие спортом, практика правильного питания)», - подчеркнули в Роспотребнадзоре.

Одной из причин увеличения ВИЧ-инфекции среди взрослых является то, что, будучи подростками, они не могли получить достаточную информацию по данной проблеме. Почему же СПИД перестал волновать общество в настоящее время? Возможно, люди притерпелись, свыклись с мыслью о существовании рядом смертельно опасной, неизлечимой болезни, и перестали обращать на нее внимание. Но от этого ВИЧ-инфекция никуда не ушла, она по-прежнему представляет реальную угрозу для каждого, и это надо доносить до людей. Только осознание этой угрозы в обществе может снизить распространение эпидемии. Поэтому профилактика ВИЧ-инфекции должна начинаться, еще в подростковом возрасте - это время открытий, сильных чувств и возникновение новых взаимоотношений. Сексуальные отношения и наркотические эксперименты влекут за собой большой риск заражения ВИЧ-инфекцией, не говоря о других проблемах, возникающих в результате воплощения в жизнь этих удовольствий.

Существуют 3 причины, по которым подросткам необходимо проводить профилактические мероприятия против ВИЧ-инфекции:

1. Особая подверженность инфицированию в среде молодых людей.
2. Если провалится ВИЧ-профилактика среди подростков, которая в нашей стране составляет более 30%, государство будет поставлено перед ещѐ более серьѐзной проблемой, где самой острой является вымирание взрослого населения от СПИДа.

3. Именно молодые люди, находящиеся на жизненной стадии эксперимента, наиболее открыты для новой информации, они в силах сделать своѐ поведение безопасным и адаптироваться к сложным условиям современного мира.

Результаты исследования.

I. Чтобы рассмотреть уровень информированности подростков по проблеме ВИЧ/СПИД, было выделено несколько областей:

1. Знания подростков о ВИЧ-инфекции (или болезни, которая называется СПИД). Среди респондентов, группы подростков, в возрасте 13 лет – 80%, 14 лет – 62%, 15 лет – 81% знают, что ВИЧ-инфекция – это вирус иммунодефицита человека, который передаѐтся только от человека к человеку; что СПИД – это последняя стадия ВИЧ-инфекции, которая заканчивается смертельным исходом, знают, в возрасте: 13 лет –43%, 14 лет – 72%, 15 лет – 85%. Ошибочные представления, что ВИЧ-инфекция – это последняя стадия СПИДа, считают, в возрасте: 13 лет – 56%, 14 лет – 33%, 15 лет – 31%.

2. Уровень осведомлѐнности подростков о возможных путях инфицирования вирусом иммунодефицита человека. В результате анализа уровня осведомлѐнности подростков о путях инфицирования получены следующие результаты: при использовании общих игл (при употреблении наркотиков) - 78%, 90% опрошенных отмечают половой путь передачи (при небезопасном половом контакте), при сдаче крови и переливании – 58%, при инъекции лекарств - 54%. Боятся передачи ВИЧ-инфекции при поцелуе - 33%, что вирус иммунодефицита передаѐтся через кровососущих насекомых – 21%, если пить из одного стакана с инфицированным человеком - 10%, в плавательном бассейне – 5%, при рукопожатии - 0% подростков.

Так как подростки плохо осведомлены о путях передачи ВИЧ, поэтому им предложено было посмотреть видео-ролик и сыграть в игру «Степень риска». В ней нужно было распределить различные варианты заражения такие как, половой контакт, инъекции (в том числе инъекции наркотиков), укус комара, плавательный бассейн, сидение унитаза, поцелуй, рукопожатие, сдача крови и переливание на 3 категории риска: красный (высокий), жѐлтый (средний) и зеленый (низкий). По результатам игры в 90% случаев ответы были правильными.

3. Знания подростков о возможных способах защиты от заражения ВИЧ-инфекцией. При интервьюировании школьников о возможных способах защиты от ВИЧ-инфекции, подростки предлагали следующие варианты: использование презервативов, применение стерильных шприцев при инъекции, избегание половых контактов. Таким образом, среди подростков существует определѐнный уровень неосведомлѐнности о возможном риске заражения ВИЧ-инфекцией. Подростки недостаточно информированы о путях передачи, но предлагают правильные способы защиты от ВИЧ-инфекции, что подтверждает гипотезу.

4. Оценка подростками уровня своих знаний по проблеме ВИЧ/СПИД. 10% подростков заявили, что знают о СПИДе достаточно, 71% - нуждаются в полной и подробной информации о ВИЧ/СПИД и 19% - требуется информация по отдельным вопросам. Достаточно низкий уровень информированности по данной проблеме объясняется основными источниками информации респондентов. Самый большой процент подростков (49%) получили основную информацию от друзей, что говорит о еѐ неадекватности и недостоверности; 28% респондентов – из телевизионных передач, 32% - из печатных изданий, 30% - от учителей, 15% - из листовок, брошюр, буклетов, 8% - от родителей, 8% - от медицинских работников, из Интернета – 8%. Наиболее приемлемыми формами получения информации по проблеме ВИЧ/СПИД являются: лекция специалиста (медика) – 44%, телевидение – 30%, интернет – 25%, печатные издания – 22%, учителя – 20%, друзья – 17%, буклеты, брошюры, листовки – 7%, родителей – 4%. Наблюдается противоречие между наличествующими и востребованными источниками информации. Например, большая часть подростков нуждается именно в лекциях специалистов, компетентных в данной области, а не друзей, наличие информации от которых составляет самый большой процент (49%). В связи с этим, существует необходимость проведения профилактических мероприятий среди подростков, а именно: проведение курсов лекций по проблеме ВИЧ/СПИД при участии специалистов (медиков) с дальнейшей проверкой знаний, обращение внимание на эту проблему на уроках биологии.

5. Основные доступные и приемлемые источники получения информации по проблеме ВИЧ/СПИД представлены в рисунке 1.

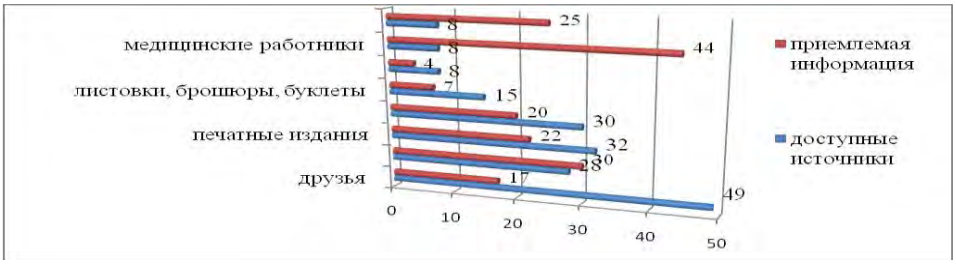


Рис.1 Основные доступные и приемлемые источники получения

Среди основных факторов, способствующих увеличению риска заражения ВИЧ-инфекцией, является раннее начало практики половой жизни среди подростков. С этой целью была проведена игра «Помоги принять решение», в которой участники должны были принять решение о вступлении в первый половой контакт, приводя доводы «за» и «против». Кульминацией этой игры стала инсценировка «Покупка презерватива». Итогом игры стало совместное составление правил безопасного сексуального поведения.

II. Для выяснения отношения подростков к своему здоровью, здоровью других людей (половых партнѐров, друзей), и отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом были выделены следующие блоки.

1. Боязнь собственного заражения ВИЧ-инфекцией (рис.2).

Очень боятся заражения ВИЧ-инфекцией 86% подростков, не боятся заражения –5%, и не осознают проблемы заражения 9%.

Рис.2 Степень боязни заражения ВИЧ-инфекцией

Боятся заражения 86%, тем не менее, самый большой процент респондентов (9%) не осознают опасность заражения. Такое осознание проблемы снижает бдительность подростков, возможно из-за нежелания вникать в эту проблему. Отсутствие настороженности и самоконтроля, в результате, может привести к возможности заражения ВИЧ-инфекцией.

2. Предполагаемые модели поведения в случае заражения ВИЧ-инфекцией выглядят следующим образом (рис.3): рассказал бы всѐ родственникам и предупредил своего сексуального партнѐра – 61%, держал бы всѐ в тайне, но не подвергал других опасности – 13%, держал бы всѐ в тайне и намеренно распространял бы инфекцию («не всѐ мне одному страдать») – 2%, затрудняюсь с ответом– 24%. Были представлены другие модели поведения: «начала бы лечиться», «обратилась бы к врачу и отгородила бы своих близких от этого заболевания», «я бы никогда не заболел», «покончила бы жизнь самоубийством», «жил бы как жил раньше» и др.

Рис.3 Предполагаемые модели поведения в случае заражения ВИЧ-инфекцией

Это наглядно показывает, что поведение подростков будет развиваться по принципу «не навреди другому».

3. Для того чтобы понять, какие складываются стереотипы поведения в отношении ВИЧ-инфицированных, были заданы следующие вопросы (рис. 4):

- «Если кто-нибудь из ваших родственников заразится ВИЧ-инфекцией, станете ли вы за ним ухаживать». Ответы распределились следующим образом: ответили «да» - 57%, «нет» - 8%, «не знают» - 35%.

- «Если член вашей семьи заразится ВИЧ-инфекцией, будете ли вы держать эту информацию в тайне», ответили, следующим образом: «да» - 63%, «нет» - 19%, «не знаю» - 18%.

Для выяснения отношения к больным ВИЧ-инфекцией из своего ближайшего окружения (друзья, одноклассники) были заданы вопросы:

- «Могут ли учащиеся, больные ВИЧ-инфекцией, посещать занятия вместе с остальными ребятами». Ответы распределились следующим образом: «да» ответили 16%, «нет» - 63% и «не знаю» - 21%.

4. Отношение к незнакомым людям, больным ВИЧ-инфекцией выяснилось через следующие вопросы:

- «Будете ли вы общаться с вновь познакомившимся человеком, если он скажет вам, что он болен СПИДом»: «да» ответили 21%, «нет» - 49%, «не знаю» - 30%.

Рис. 4 Стереотипы поведения в отношении ВИЧ-инфицированных людей

Из ответов можно сделать вывод, что подростки не столь категоричны в своих оценках, если это касается близких родственников и более категоричны в отношении «дальних лиц», то есть чаще всего «близкий человек» воспринимается как «объект, о котором необходимо заботиться и ухаживать», а «дальний» воспринимается как «источник возможного инфицирования». Можно сказать, что гипотеза подтвердилась. Вероятно, это зависит от уровня информированности подростков, так и существующих в обществе социально-психологических установок и представлений по отношению к проблеме распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа в сообществе.

5. Связь между ВИЧ-инфекцией/СПИДом и поведением человека. Только 36% подростков считают, что имеется какая-то связь между ВИЧ-инфекцией и поведением, образом жизни человека. 9% считают, что такой связи не существует, и большая часть подростков (55%) не знают, есть ли связь или еѐ нет. Это ещѐ раз подтверждает низкий уровень информированности подростков о ВИЧ/СПИДе.

Заключение. Существование ВИЧ-инфекции на данный момент является одной из самых главных медико-социальных проблем общества. Необходимо искоренить ту угрозу, которую несѐт это заболевание. А чтобы справиться с ним, нужно знать о нѐм всѐ. Этого можно достичь путѐм искоренения предрассудков, в отношении ВИЧ-инфицированности, масштабного информационного потока на разных возрастных уровнях. Особым объектом наблюдения должны стать подростки в свой возраст открытий, экспериментов и сильных чувств. Просвещение должно давать ясную, правдивую и точную информацию о том, какое влияние оказывает ВИЧ-инфекция на жизнь каждого человека и на здоровье общества в целом. Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие **выводы:**

1. Подростки недостаточно информированы о путях передачи, но осведомлены о способах защиты от ВИЧ-инфекции.

2. Большая часть подростков нуждается именно в лекциях специалистов (медиков), компетентных в данной области, а не друзей, информации от которых носит неадекватный и недостоверный характер.

3. Большая часть подростков боятся заражения ВИЧ-инфекцией, тем не менее, самый большой процент подростков не осознают опасности заражения.

4. Подростки не столь категоричны в своих оценках, если это касается близких родственников и более категоричны в отношении «дальних лиц», то есть чаще всего «близкий

человек» воспринимается как «объект, о котором необходимо заботиться и ухаживать», а «дальний» воспринимается как «источник возможного инфицирования».

5. Лишь небольшая часть подростков считает, что существует связь между ВИЧ-инфекцией и поведением, образом жизни человека. Это ещѐ раз подтверждает низкую информированность подростков по проблеме ВИЧ/СПИД.

6. В отношении других людей (родственников, друзей, сексуальных партнѐров) поведение подростков будет развиваться по принципу «не навреди другому». Это говорит о том, что поведенческая культура отношения к проблеме ВИЧ-инфицированности базируется на культуре отношения человека к себе и другим людям.

В связи с этим, существует необходимость проведения профилактических мероприятий среди подростков, а именно: проведение курсов лекций по проблеме ВИЧ/СПИД при участии специалистов медиков и волонтеров с дальнейшей проверкой знаний, обращение внимание на эту проблему на уроках биологии; выработка у подростков соответствующей культуры поведения, для предупреждения опасного поведения и предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией.

Список литературы

1. Все, что тебя касается. Методическое пособие по программе формирования навыков здорового образа жизни у подростков. Издание 2-е, исправленное, переработанное. М.: 2008.

2. Денисенко М.Б. Сексуальное поведение российской молодѐжи // Социологические исследования. – 2001. - №2. – с.83-87.

3. Дородных О.В. «СПИД: сущность и проблемы»/ Беседа с 11-классниками // Биология в школе. – 2002. - №7. – с.51-54.

4. Если, вы пишите о СПИДе. Краевой центр по профилактике по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Красноярск, 2008.

5. Татунец Е.А. Опыт профилактической работы по вопросам ВИЧ/СПИДа врачей Тюменского областного центра клинической иммунологии среди учащихся средних школ г. Тюмени // ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания в Сибирском регионе. Материалы научно-практической конференции, посвящѐнной 10-летию образования службы по профилактике и борьбе со СПИД в Российской Федерации. Барнаул, 1999. с. 205-207.

6. В Красноярском крае за год более 3,5 тыс. человек заразились ВИЧ. http://www.2-999-999.ru/gorodskie-novosti/.

7. ВИЧ-инфекция в России: ситуация SOS! http://med88.ru/stati/4311:vich-infekcija-ocenka-stepeni-rasprostranenija-prognoz-okazanije-pomoshhi/ © Med88.ru

8. За год заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Красноярском крае выросла на треть. http://krasnews.com/news/2563/

9. http://24.rospotrebnadzor.ru/

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕВОДА НОМИНАЦИЙ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, РАСПРОСТРАНЯЕМЫХ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНУЮ СЕТЬ

Захарова Алена Андреевна
Астафьева Анастасия Владимировна
Руководитель: Егорова Татьяна Александровна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

В современном интернациональном обществе невозможно представить рыночные отношения без большого потока зарубежных товаров, в том числе и косметических. Подходящее название косметического средства – один из залогов его успеха на рынке, поэтому необходим его достойный, качественный перевод.

Чаще всего переводом косметических средств занимаются не косметологи, а люди, обладающие лишь лингвистическими навыками, которые не переводят фразы буквально, а вписывают их в общий контент так, чтобы они привлекали покупателей и были продающими.

Предмет исследования: наименования косметических средств.

Объект исследования: методы перевода наименования косметических средств.

Цель исследования: обозначить некоторые проблемы, связанные с переводом номинаций косметических средств, распространяемых через аптечную сеть города Канска, на примере марки «Vichy».

Задачи исследования:

1. Выявить мнение студентов об информации, представленной на этикетках косметических товаров, распространяемых через аптечную сеть.

2. Изучить специфику перевода номинаций.

3. Проанализировать, какие методы перевода используются фирмой «Vichy».

Перевод – это преобразование сообщения на исходном языке перевода. Точный перевод, по определению, не возможен – в силу того, что разные языки отличаются как по грамматическому строю, так и по простому количеству слов, не говоря уже о различии культур, что также может влиять на способ и результаты перевода.

Существуют виды перевода: вольный, дословный, буквальный, пословный и эквивалентный или адекватный.

Вольным переводом называют перевод-переложение, при котором общее содержание оригинала передается на другом языке независимо от другой формы оригинала. По существу он представляет собой субъективный перевод.

При дословном переводе наблюдается следование языковой форме оригинала, т.е. семантико-структурные характеристики языка подлинника воспроизводятся на языке перевода. Дословный перевод часто нарушает дух и грамматику родного языка, однако передает смысл текста. Основным недостатком дословного перевода следует считать то, что он передает содержание текста словами родного языка, но в чуждой этому языку синтаксической структуре иностранного языка.

Буквальный перевод, стремящийся к сохранению формальных и семантических компонентов оригинала при передаче его на другом языке, в определенном отношении близок к описанному выше и может употребляться в сочетании с ним.

Пословный перевод – это простой, чисто механический перевод отдельных слов иностранного текста в том же порядке, в каком они идут в иностранном тексте, но не связанных друг с другом ни единством мысли, ни единством синтаксиса. Этот перевод всегда свидетельствует о непонимании переводчиком содержания иностранного текста; пословный перевод выражает собой полное отсутствие смысла.

Этот тип перевода широко использовался и используется в таких сферах межъязыковой коммуникации, как различного рода международные совещания и конференции, судопроизводство и т.д. Причем здесь он может носить и двусторонний характер.

Понятие адекватного (эквивалентного) перевода применяется в межъязыковой передаче художественной литературы и определяется обычно как сохранение единства формы и содержания подлинника при воссоздании их средствами. Именно такой тип перевода признается наиболее правильным.

Подстрочный перевод. В теории поэтического художественного перевода – это дословный перевод текста с соблюдением основных лексико-грамматических норм языка перевода. В официально-деловой сфере общения – это документ или текст, полученный в результате пословного (подстрочного) перевода. Этот тип перевода часто практикуется при переводе официальных документов.

Перевод-пересказ – это изложение текста (содержания) оригинала своими словами.

Отсюда «аннотационный» перевод – подвид специального перевода, который заключается в составлении аннотации оригинала на другом языке, дает краткую характеристику первичного документа, излагающую в максимально обобщенном и сжатом виде его содержание, а иногда и его оценку.

Перевод-реферат имеет место тогда, когда переводчику предоставляется право сокращать текст, выпускать из него второстепенное и сжато, своими словами излагать содержание переводимой работы. Перевод-реферат должен отличаться лаконичностью изложения и подробно освещать лишь центральную мысль оригинала.

Понятия вольный перевод, подстрочный перевод, перевод-пересказ, сокращенное изложение, эквивалентный или адекватный перевод относятся к художественному переводу[3].

Основные принципы перевода косметологических терминов:

1) Основной принцип этого перевода – термин передается термином.

2) Для правильной передачи содержания термина нужно знать соответствующую русскую терминологию и хорошо владеть русским литературным языком.

3) При переводе терминов двуязычный словарь не всегда может быть надежным источником. Переводчику необходимо не только знание терминологии, но и навыки работы с подобными лексическими единицами, владение соответствующей стратегией.

4) В отличие от научного текста, в художественной литературе термины, в особенности исконные для исходного языка, распознаются труднее; а с предварительным выделением их из общеязыковой лексики связан выбор приемов их перевода.

5) Отклонения от основного принципа перевода допускаются главным образом в тех случаях, когда термин в данном тексте не имеет терминологического значения, не несет значительной семантической нагрузки, и если он лишился связи с соответствующей терминосистемой.

6) При отсутствии в переведенном языке термина-эквивалента в научном тексте, его заимствуют, или создают новый, или придают терминологическое значение общелитературной единице, а в художественном тексте предпочитают иные приемы, старясь не нарушать «терминологического звучания» текста: замену другим (обычно близким по значению, а иногда даже далеко не равнозначным) термином, компенсацию видового понятия родовым, синонимом различной степени близости, приблизительным соответствием (обычным словом) и даже нулевой перевод.

7) Перевод термина далеко не всегда – дело простой замены слова. При переводе терминов мы можем столкнуться с такими методами перевода, как: переводческая транслитерация, транскрибирование, а также калькирование.

Методы перевода, применяемые в косметологии:

1) Часть терминов, имеющих международный характер, передается путем транслитерации и не нуждается в переводе, например:скраб - scrab

2) Следует учитывать такой переводческий прием, как транскрибирование, например:шугаринг (sugar – сахар)

3) Часть терминов при переводе калькируется,например:пилинг – topeel – «очищать, снимать кожицу, шелушиться»

Исследователи, интересующиеся проблемой перевода косметических средств, обозначили некоторые особенности:

1. Убрать или снизить негативную коннотацию («Revivingraspberry» - «свежая малина», вместо «восстанавливающая малина»).

2. Привлечь внимание, иногда за счет установления положительных ассоциаций («Poppylove» – «Аленький цветочек» вместо «Маковая любовь»).

3. Практика перевода знает немало случаев, когда при сравнении перевода с подлинником что-то «прибавлялось», а что-то «убавлялось» или изменялось («A raspberryrush» – «Малиновый», вместо «Малиновый порыв»).

С целью выяснения мнения об адекватности перевода информации, представленной на этикетках косметических товаров, распространяемых через аптечную сеть, было проведено анкетирование среди студентов Канского медицинского техникума. В нем приняло участие 100 человек. Результаты:

1. 56 % опрошенных студентов не доверяют переведенным иностранным надписям на этикетках косметических средств.

2. 34% респондентов не переводят надписи на этикетках косметических средств, произведенных за границей, 47% иногда занимаются переводом этикеток

3. Считают, что русский перевод соответствует действительности – 50% участников анкетирования.

4. Считают, что информация, представленная на этикетках косметических товаров, распространяемых через аптечную сеть наиболее надежна – 55% опрошенных.

Проанализировав косметические средства, представленные в аптечной сети города Канска, мы выяснили, что наиболее широко представлена косметика марки «Vichy».

Для анализа была использована информация, представленная на официальном сайте фирмы (французской, английской и русской версиями). Проанализировав перевод номинаций 50 косметических средств, мы выявили, что:

1. В большей части косметических средств сохранено французское название.

Французскоеназвание: AQUALIA THERMAL SPA de nuit

Английскийвариант: AQUALIA THERMAL night SPA

Русский вариант: Ночной SPA уход VICHY AQUALIA THERMAL

2. Описание продукта адекватно передается на русский язык.

Французскоеназвание: NORMADERM ANTI-ACNÉ LOTION HYDRATANTE SANS HUILE

Английскийвариант: NORMADERM ANTI-ACNE HYDRATING LOTION OIL-FREE (Перевод: анти-акнеувлажняющийлосьонбезмасла)

Русский вариант: УВЛАЖНЯЮЩИЙ ЛОСЬОН NORMADERM АНТИ-АКНЕ БЕЗ МАСЛА

3. В некоторых названиях косметических средств отсутствует французский элемент.

Французское название: lait-serumIDÉALBODY

Английскийвариант:IDEAL BODY serum firming body milk

Русский вариант: Сыворотка-молочко для тела

4. Часть французского названия остается примерно в одной трети косметических средств

5. Часть информации опускается, но смысл передан верно.

Французскоеназвание: NORMADERM GEL NETTOYANT QUOTIDIEN NETTOYAGE EN PROFONDEUR DU GEL

Английскийвариант: NORMADERM GEL CLEANSER DAILY DEEP CLEANSING GEL (Перевод: гель для умывания ежедневный Глубоко очищающий гель)

Русский вариант: NORMADERM ЕЖЕДНЕВНЫЙ ОЧИЩАЮЩИЙ ГЕЛЬ

Таким образом, исходя из вышеизложенного, мы можем сделать вывод о том, что перевод, представленный на этикетках косметических средств, реализуемых через аптечную сеть на примере марки «Vichy» в целом адекватен.

Список литературы

1. Аматов А. М. Особенности перевода номинаций косметических и парфюмерных средств с английского языка на русский. Белгород: Изд-во НИУ БелГУ, 2012. 20 с.

2. Нелюбин Л. Л. Толковый переводческий словарь. М.: Изд-во Флинта, 2009. 318 с.

3. Нелюбин Л. Л., Хугуни Г. Т. Введение в технику перевода. Изд-во второе, исправленное и дополненное. М.: Изд-во МГОУ, 2010. 187 с.

ПСИХОЛОГИЯ РЕКЛАМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Макарова Оксана Петровна
Руководитель: Андреева Оксана Юрьевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

1. Введение

1.1. Актуальность темы

Сегодня рекламу мы видим всюду: на экранах наших телевизоров, на рекламных уличных растяжках и баннерах, в новостных лентах, а также в виде всплывающих окон в Интернете. Слово «реклама» произошло от латинского reclamare, что означает «кричать».

Сначала главной целью рекламы было предоставление информации о том, какой товар нам предлагают и кто предлагает. Однако со временем, когда рост производства и потребления все больше растет, реклама начала нести не только информационный смысл, но и применять психологические воздействия на человека, поскольку конкуренция достигла весьма высокого уровня.

1.2. Объект и предмет исследования

Объект исследования: реклама

Предмет исследования: психологическое воздействие рекламы на человека

1.3. Цель и задачи исследования

Цель: раскрыть особенности психологии рекламного воздействия на человека

Задачи:

1. Рассмотреть основные аспекты рекламы.
2. Выявить методы манипулирования применяемые в рекламе.
3. Разработать рекомендации для избегания психологических воздействий рекламы.

1.4. Методы исследования

1. Анализ литературных и информационных источников.
2. Наблюдение.
3. Социологическое исследование.
4. Анализ полученных результатов.

2. Теоретическое обоснование

Все мы – покупатели, а значит, потребители разного рода товаров. И каждому из нас приходилось испытывать на себе воздействие рекламы. И когда нам кажется, что мы отвечаем за все свои действия, часто это самообман – мы покупаем именно то, что нам рекламируют. Так как не поддаваться рекламе?

В настоящее время из всех видов рекламы, наибольшее влияние на людей оказывает телереклама. Возможно, это отчасти, потому что еѐ невозможно игнорировать. Еще несколько лет тому назад пара рекламных роликов и клипов на телеэкране не представляли собой никакой угрозы. На сегодняшний же день, когда 18% эфирного времени занято рекламой, эта тема остро встала среди социологов и психологов. Проанализировав данную проблему, нам удалось определить, какой процент времени в сутки занимает реклама на телевидении. За время одной серии художественного фильма «Дом с Лилями», которая длилась 2 часа, реклама заняла 30 минут, что составило 25% времени телевещания. Следовательно, если определить количество времени, транслируемое рекламу в сутки, оно будет составлять примерно 6 часов. Это много. Такой поток рекламы не может не оказывать воздействие на человека.

Нам удалось отметить некоторые *особенности психологического воздействия* рекламы на телезрителей: необычность, нестандартность, новизна представления рекламы.

Все это побуждает телезрителей досмотреть рекламу до конца!

Психологическое воздействие рекламы осуществляется *по этапам*: 1. Привлечение внимания; 2. Возбуждение интереса; 3. Убеждения; 4. Принятия решения.

В рекламе и на упаковках разного рода продуктов содержится бесчисленное множество информации, которая является то ли полуправдой, то ли полуложью. Потребителю не договаривают, сообщают избыточные факты, оборачивают простую информацию в красивую оболочку. И все это с единственной целью — заставить поверить, что именно этот продукт уникален и решит все насущные проблемы человека в мгновение ока.

Нами были выявлены некоторые *уловки телерекламы:*

1. Протестировано/Одобрено/Рекомендовано.

Ассоциация стоматологов России рекомендует жвачки, ассоциации дерматологов одобряют крема, а Союз педиатров России отметился почти на каждом детском товаре. Даже холодильники LG протестированы «Клиникой НИИ питания РАМН» и рекомендованы «Национальной ассоциацией диетологов». Столь модная сегодня система рекомендаций — лишь рекламная технология, призванная вызывать доверие потребителя.

2. Эко/Био/без ГМО.

Рекламисты побуждают людей покупать экологически-чистые продукты, размещая приставки «эко», «био» и «без ГМО» на всех продуктах подряд. Штамп «не содержит ГМО» можно встретить даже на соли!

3. Хитрая математика.

Хитрый математический трюк используется в рекламе кисломолочного продукта под торговой маркой «Растишка». На упаковке Растишки указано, что в 100 граммах содержится 100 мг кальция. А также 10 граммов сахарозы, то есть две чайных ложки сахара меньше чем на полстакана. Для сравнения — в молоке нет сахара вообще, а кальция — 120 мг на 100 г продукта!

Чтобы заставить человека совершить нужную (с точки зрения рекламодателя) покупку, необходимо осуществление определенной деятельности. Данная деятельность будет иметь

большой эффект, если она будет опираться на знание психологических механизмов воздействия на человека. В этом заключается технология манипулирования применяемая в рекламе. Какие же существуют *приемы психологического воздействия* в рекламе?

В рекламе применяется большое количество различных способов, методов, приемов социального влияния, психологического воздействия и манипулирования. В частности, различные формы гипноза, внушение, подражание, заражение, убеждение, психологическая установка. Для создания эффективных приемов воздействия используются психологический стереотип, механизмы «ореола», технологии рекламных шоу, эффект «25-го кадра», нейролингвистическое программирование и др.

Рассмотрим некоторые из них:

1.Внушение.

Сила рекламного воздействия зависит от такого фактора, как повторяемость информации. Для достижения эффекта внушения недостаточно сообщить информацию только один раз. Следует стремиться к тому, чтобы внушаемое сообщение повторялось несколько раз, причем каждый раз в него вносилось нечто новое, изменялись способы и формы подачи содержания.

2. Подражание.

Многие рекламисты обращают внимание на то, что подражание в рекламе оказывается наиболее эффективным в тех случаях, когда рекламируется то, что является для человека престижным, например, что он покупает с целью быть похожим на известную, популярную, авторитетную личность.

3. Убеждение.

В Психологическом Агентстве Рекламных Исследований был проведен *эксперимент*, направленный *на изучение роли метода убеждения в телевизионной рекламе*. Исследователем проверялась гипотеза о том, что телевизионные ролики, в которых рекламная информация, обращенная непосредственно к зрителю обладает большим убеждающим эффектом, чем, например, реклама, подаваемая в виде диалогов персонажей друг с другом. Результат превзошел все ожидания. Исследование показало, что из 15 оцениваемых рекламных роликов 70% положительных оценок получили материалы, основанные на диалогах. Они представляются испытуемым менее навязчивыми, более убедительными, понятными, интересными, информативными, оригинальными, неагрессивными, притягивающими, энергичными и правдивыми.

4. Стереотип.

Человеку свойственно мыслить стереотипами, на которых и стоит делать основной акцент в рекламе. Например, фраза «Запас товара ограничен» - это стереотип, который создает ложный дефицит товара, наталкивая потребителя на мысль, что этот товар, видимо, очень хорош, и я могу не успеть его приобрести. Это мотивирует покупателя к совершению более быстрой покупки.

5. Механизм «ореола».

Рекламистами давно было подмечено, что если рекламируемый товар сам по себе не привлекает внимания потребителей, то крайне полезными, а иногда и просто необходимыми оказываются специальные приемы, обладающие сильным воздействием. Благодаря своим необычным особенностям они привлекают внимание к рекламируемому товару. В супермаркетах для этой цели часто используют объекты, установки, модели увеличенные размером, которые останавливают взгляд. Например, это может быть крутящаяся или движущаяся платформа, механическая кукла, фотопортрет красивой женщины, человек в необычной одежде и др.

3. Практическая часть

Для исследования поставленной проблемы был проведен социологический опрос, целью которого являлось выявить мнение людей относительно воздействия рекламы на психологию человека. Опрос проводился методом анкетирования. Всего было опрошено 101 респондентов. В качестве респондентов в исследовании привлекались студенты 1 курса КГБПОУ «Канский медицинский техникум».

Предложенная анкета содержала 12 вопросов, позволяющих выявить отношение молодежи к рекламе и узнать их мнение – существует ли воздействие рекламы на психику человека.

При анализе полученных данных выяснилось, что:

- положительно к рекламе относятся 26% опрошенных, нейтрально 51%, и отрицательно 23%

- 45% респондентов, от числа опрошенных отмечают негативное влияние рекламы на психику человека

- прямая зависимость от рекламы при выборе и покупке товаров существует у 57% респондентов

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что реклама оказывает воздействие на сознательный и бессознательный уровень психической деятельности человека.

4. Заключение

В ходе работы нами были рассмотрены основные аспекты рекламы, выявлены методы, манипулирования применяемые в рекламе. Таким образом, мы раскрыли особенности психологии рекламного воздействия на человека. И для избегания психологических воздействий рекламы нами были разработаны небольшие рекомендации.

В заключение хотелось бы пожелать Вам меньше поддаваться соблазнам рекламы. Что только не придумают рекламные агентства для распространения той или иной продукции! Но теперь, какой бы яркой ни была упаковка, каким бы соблазнительным ни был товар, каким бы сильным ни было желание его приобрести, вы ни за что не поддадитесь соблазну. Как говорится, кто предупрежден, тот вооружен. Теперь вы знаете на какие хитрости идут рекламные компании, чтобы продвинуть свои товары и услуги, чтобы продать их нам с максимальной для них выгодой. Ведь рекламные агенты заботятся о себе и своей выгоде, а не о нас с вами!

Список литературы

1. Крылов И. В. Теория и практика рекламы в России. - М.: Центр, 2006. – 670 с.
2. Лебедев А. Н. Психология рекламы. Под общ. ред. В. Н. Дружинина. — СПб.: Питер, 2006. – 608 с.
3. Мануйлов М. А. Психология рекламы. - М.: ГТИ, 2005. – 565 с.
4. Мудров А.Н. Основы рекламы. - М., Экономист, 2005

ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТЬ У СТУДЕНТОВ

Овсяникова Диана Викторовна
Руководитель: Старостина Юлия Алексеевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Актуальность темы

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением. По количеству пользователей Интернета Россия обгоняет Австралию, Испанию, Италию, Францию, Великобританию и Бразилию, и занимает третье место в мире.

На сегодняшний день каждый второй житель России является пользователем Интернета, а каждый третий – посещает Интернет ежедневно.

В связи с возрастающей «интернетизацией» российского общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета, обозначенная в зарубежной литературе в конце 80-х годов прошлого столетия. Речь идет об Интернет-зависимости. Она определяется психологами как «навязчивое желание выйти в Интернет, находясь off-line, и неспособность выйти из Интернета, будучи on-line».

По данным различных исследований, интернет-зависимыми сегодня являются около 10% пользователей во всём мире. Российские психиатры считают, что сейчас в нашей стране таковых 4-6%.

Основными пользователями Интернета в России на сегодняшний день, по данным многочисленных социологических опросов, являются молодые люди, в возрасте от 18 до 24 лет, представляющие студенческую аудиторию

Согласно прогнозу, к осени 2015 года численность этой интернет-аудитории составит около 12 млн. человек, при этом около 95% молодежи будут относиться к самой активной – суточной интернет-аудитории.

Проблема Интернет-зависимости в студенческой среде становится особенно актуальной, так как именно среди студентов выявляется наибольшая часть Интернет-зависимых.

Цель исследовательской работы

Выявление студентов медицинского техникума, имеющих зависимость от сети Интернет.

Задачи

1.Провести анкетирование среди студентов техникума.

2.Проанализировать полученные данные.

3.Дать рекомендации для профилактики интернет-зависимости.

Причины возникновения Интернет-зависимости.

Информация для человека имеет огромное значение. Компьютер и Интернет является мощным инструментом обработки и обмена информацией, кроме того, благодаря компьютеру стали доступными различные виды информации. Это и считается первопричиной компьютерной или интернет зависимости, так как в определѐнном смысле они страдают нарушением процессов обмена информацией.

Проблема интернет-зависимости выявилась с возрастанием популярности сети Интернет. Некоторые люди стали настолько увлекаться виртуальным пространством, что начали предпочитать Интернет реальности, проводя за компьютером до 18 часов в день. Резкий отказ от Интернета вызывает у таких людей тревогу и эмоциональное возбуждение. Психиатры усматривают схожесть такой зависимости с чрезмерным увлечением азартными играми.

Качественный анализ показал, что главенствующим фактором, благодаря которому все эти явления получили широкое распространение, является анонимность личности в Сети.

Влечение к Интернету развивается благодаря четырем главным факторам:

- возможность анонимных социальных интеракций (здесь особое значение имеет чувство безопасности при осуществлении интеракций, включая использование электронной почты, чатов, ICQ и т.п.)

- возможность для реализации представлений, фантазий с обратной связью (в том числе возможность создавать новые образы "Я"; вербализация представлений и/или фантазий, не возможных для реализации в обычном мире.)

- чрезвычайно широкая возможность поиска нового собеседника, удовлетворяющего практически любым критериям (здесь важно отметить, что нет необходимости удерживать внимание одного собеседника – т.к. в любой момент можно найти нового)

- неограниченный доступ к информации (~~и~~нформационный вампиризм")

Статистика так распределяет сетевые услуги по частоте интернет-зависимости:

Чаты — 37 %

Многопользовательские игры — 28 %

Телеконференции по сети — 15 %

Электронная почта — 13 %

Сайты Всемирной паутины — 7 %

Иные сетевые протоколы (ftp, gopher, Википедия и пр.) — 2 %

Приведенные сервисы сети можно разделить на те, которые связаны с общением, и те, которые с общением не связаны, а используются для получения информации. К первой группе относятся чаты, многопользовательские игры , телеконференции, e-mail, ко второй - информационные протоколы. Янг отмечает, что в исследовании было также установлено, что "Интернет-независимые пользуются преимущественно теми аспектами Интернет, которые позволяют им собирать информацию и поддерживать ранее установленные знакомства. Интернет-зависимые преимущественно пользуются теми аспектами Интернет, которые позволяют им встречаться, социализироваться и обмениваться идеями с новыми людьми в виртуальном пространстве".

Классификация интернет-зависимости.

Основные 5 типов интернет-зависимости таковы:

Навязчивый веб-серфинг — бесконечные путешествия по Всемирной паутине, поиск информации.

Пристрастие к виртуальному общению и виртуальным знакомствам — большие объѐмы переписки, постоянное участие в чатах, веб-форумах, избыточность знакомых и друзей в Сети.

Игровая зависимость — навязчивое увлечение компьютерными играми по сети.

Навязчивая финансовая потребность — игра по сети в азартные игры, ненужные покупки в интернет-магазинах или постоянные участия в интернет-аукционах.

Пристрастие к просмотру фильмов через интернет, когда человек может провести перед экраном весь день не отрываясь из-за того, что в сети можно посмотреть практически любой фильм или передачу.

Доктор М. Орзак выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для PCU (интернет-зависимости):

Психологические симптомы:

- Хорошее самочувствие или эйфория за компьютером.
- Невозможность остановиться.
- Увеличение количества времени, проводимого за компьютером.
- Пренебрежение семьей и друзьями.
- Ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером.
- Ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности.
- Проблемы с работой или учебой.
- Отрицание наличия зависимости.

Физические симптомы:

- Синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц).
- Сухость в глазах.
- Головные боли по типу мигрени.
- Боли в спине.
- Нерегулярное питание, пропуск приемов пищи.
- Пренебрежение личной гигиеной.
- Расстройства сна, изменение режима сна.

Согласно исследованиям Кимберли Янг опасными сигналами (предвестниками интернет-зависимости) являются:

- Навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту
- Предвкушение следующего сеанса он-лайн.
- Увеличение времени, проводимого он-лайн.
- Увеличение количества денег, расходуемых он-лайн.

Таким образом, что интернет-зависимость, как и любое другое заболевание, имеет свои как физические, так и психологические симптомы.

Тип личности, склонный к зависимости.

Выше уже приводилось некоторое сравнение Интернет-зависимости с другими видами зависимостей, в частности от вредных веществ. Это сравнение не случайно, так как создание тех или иных видов зависимостей предполагает определенный тип личности. Этот тип личности мы будем называть зависимым, так как люди имеющие такие черты попадают в группу риска в отношении злоупотребления вредными веществами, психологической зависимости от другого человека, зависимости от еды, Интернет-зависимости. Этими чертами являются крайняя несамостоятельность, не умение отказать, сказать "нет" (то, что в народе называют слабой волей) из-за страха быть отвергнутым другими людьми, ранимость критикой или неодобрением, не желание брать на себя ответственность и принимать решения, и как следствие сильное подчинение значимым людям; все это характеризует пассивную жизненную позицию, когда человек отказывается первым вступать в контакт с окружающими и самостоятельно принимать решения. Кроме того, для зависимого типа личности свойственны страх одиночества и желание его избегать, часто бывает социальная дезадаптация, которая характеризуется узким кругом общения (возможно общение со многими людьми, но очень поверхностное), не умением высказать, поделиться своими переживаниями с окружающими, не достатком близких отношений, импульсивностью, не умением спланировать свое время, добиваться поставленных целей и хорошо планировать свою деятельность (как следствие возможно отсутствие постоянной работы). Эти люди, часто отказываются от ранее намеченных целей и как следствие пребывают в состоянии депрессии.

Посредством Интернета люди, склонные к созданию зависимостей, компенсируют свои потребности в общении и чувстве защищенности.

Результаты опроса. Анализ полученных данных.

Для определения интернет-зависимости среди студентов медицинского техникума, мы использовали тест Егорова А.Ю.

Тест состоит из 20 вопросов и имеет пять вариантов ответов:

очень

редко

иногда

часто

очень часто

всегда

1. Как часто Вы обнаруживаете, что задержались в сети дольше, чем задумывали?

2. Как часто Вы забрасываете свои домашние обязанности, чтобы провести больше времени в сети?

3. Как часто Вы предпочитаете развлечения в Интернете близости со своим партнером?

4. Как часто Вы строите новые отношения с друзьями по сети?

5. Как часто Ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, что Вы проводите в сети?

6. Как часто из-за времени, проведенном в сети страдает Ваше образование и/или работа?

7. Как часто Вы проверяете электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?

8. Как часто страдает Ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования Интернета?

9. Как часто Вы сопротивляетесь разговору или скрываете, если Вас спрашивают о том, что Вы делала в сети?

10. Как часто Вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?

11. Как часто Вы чувствуете приятое предвкушение от предстоящего выхода в сеть?

12. Как часто Вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безынтересной?

13. Как часто Вы раздражаетесь, кричите, если что-то отрывает Вас, когда Вы находитесь в сети?

14. Как часто Вы теряете сон, когда поздно находитесь в сети?

15. Как часто Вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда не находитесь в сети, или воображаете, что Вы там?

16. Как часто вы замечаете свои слова «еще пару минут...», когда находитесь в сети?

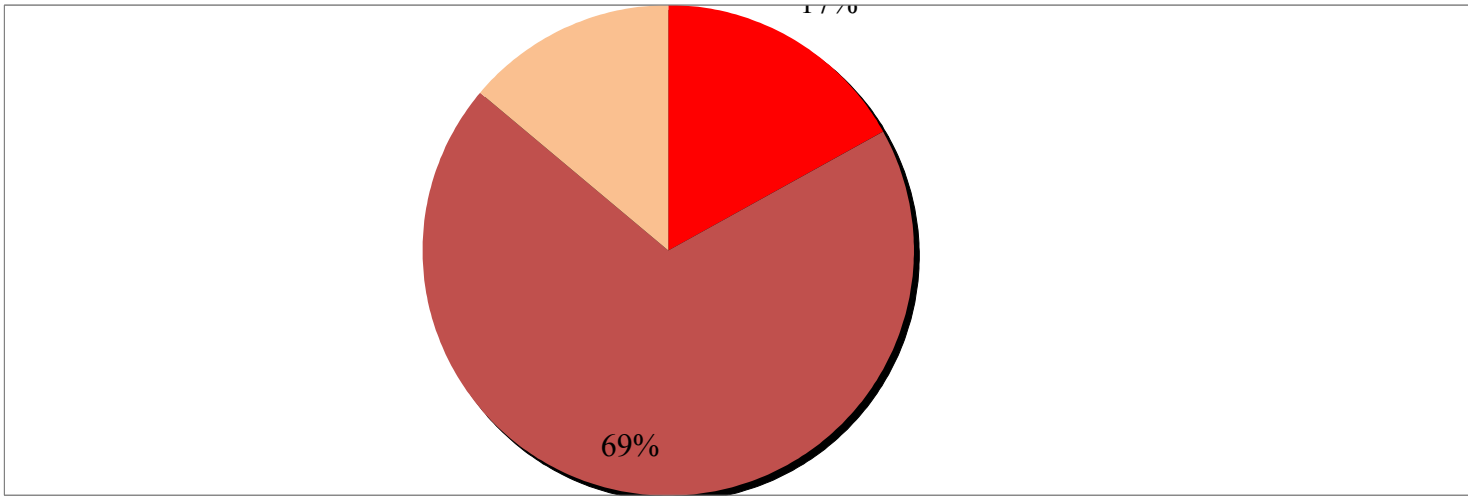
17. Как часто Вы пытаетесь безуспешно урезать время пребывания в сети?

18. Как часто Вы пытаетесь скрыть количество времени пребывания в сети?

19. Как часто Вы предпочитаете находиться в сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?

20. Как часто Вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда Вы не в сети, что вскоре исчезает, стоит Вам выйти в Интернет?

Обработав данные анкетирования, мы получили следующие результаты:



14% - имеют высокую долю вероятности Интернет-зависимости

17% - используют Интернет редко

69% - обычные пользователи, которые могут контролировать свое пребывание в сети

Заключение По результатам исследования, мы предлагаем следующие рекомендации для тех, кто хочет побороть интернет-зависимость.

1. Ограничьте время, проводимое в сети. Например, установите для себя, сколько часов в день вы можете потратить на компьютер (разумеется не больше трех). И с каждой неделей постепенно сокращайте это время.

2. Можно уменьшать время на 15, 30 минут или даже на час.

3. Проводите как можно больше времени с семьей и друзьями. Ваши близкие отвлекут вас от Сети, и вы заново откроете для себя мир реального общения.

4. В свободное время ходите в кино, театр, на выставки и т.д. Не оставайтесь дома наедине с компьютером. Лишние искушения вам ни к чему.

5. Найдите себе другое увлечение. Ходите на курсы иностранного языка или фотографии, учитесь плавать или плести из бисера. Главное, чтобы ваше новое хобби приносило радость Вам и не наносило вред здоровью.

6. И, наконец, поменяйте свое отношение в Интернету. Ведь если вы займетесь самоанализом, то поймете, что ничего, кроме вреда зависимость Вам не принесет.

Список литературы

1.Бурова В.А.«Интернет-зависимость – патология XXI века?» // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии», том VI, 2000,1. С.11-13.

2. Евдокимов В.Н., Литвиненко О.В. «Методические аспекты диагностики развития Интернет-зависимости» // Вестник психотерапии 2008,25.

3. Пережогин Л.О., Востроknутов Н.В.«Нехимические зависимости в детской психиатрической практике» // Российский психиатрический журнал 2007,2.

4. Янг К.С. Диагноз – Интернет-зависимость / К.С. Янг // Мир Internet. - 2000. - №2. – С.24-29.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шелехова Анна Олеговна
Руководитель: Ершова Анжелика Юрьевна
КГБПОУ Канский медицинский техникум

Актуальность темы. Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что сахарный диабет входит в тройку заболеваний, после атеросклероза и рака, наиболее часто приводящих к инвалидизации населения и смерти. По данным ВОЗ, сахарный диабет увеличивает смертность в 2-3 раза и значительно сокращает продолжительность жизни. В настоящее время в мире зафиксировано примерно 285 млн. заболевших, и с каждым годом их число увеличивается. Особенно катастрофический рост заболеваемости связан с сахарным диабетом II типа. По прогнозам ВОЗ, к 2030 году число больных достигнет 438 миллионов и диабет станет седьмой по значимости причиной смерти. Предполагается, что в последующие 10 лет общее число случаев смерти от диабета увеличится более чем на 50%. Рост заболеваемости сахарным диабетом в значительной мере объясняется быстрым увеличением распространенности избыточного веса, ожирения и отсутствием физической активности среди населения. Несмотря на наличие подтвержденных данных о том, что значительную долю случаев диабета и его осложнений можно предотвратить с помощью здорового питания, регулярной физической активности, поддержания нормальной массы тела и отказа от употребления табака, эти меры широко не применяются.

Профилактика сахарного диабета является одной из приоритетных задач здравоохранения. Очевидно, что профилактика в масштабах всего населения не может проводиться только силами здравоохранения. Требуются национальные планы по борьбе с заболеванием, создание условий для достижения и поддержания здорового образа жизни, активное вовлечение в этот процесс различных административных структур, повышение информированности населения в целом, пропаганда здорового образа жизни с использованием всех информационных каналов и средств. Борьба с сахарным диабетом и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев специализированной медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых не могут быть достигнуты целевые задачи по компенсации углеводного обмена при сахарном диабете, а его нарушение и вызывает развитие сосудистых осложнений. Хорошо известно, что проблема успешно может быть решена только тогда, когда все известно о причинах, стадиях и механизмах ее появления и развития.

Объектом исследования является сахарный диабет.

Предмет исследования – профилактика сахарного диабета.

Цель исследования – выявить информированность больных сахарным диабетом о заболевании.

Задачи исследования: определить частоту распространения сахарного диабета; изучить теоретические сведения по сахарному диабету; представить методику работу школы диабета, профилактические аспекты деятельности среднего медицинского работника; выявить информированность больных сахарным диабетом о заболевании; дать рекомендации больным по уменьшению риска развития и прогрессирования осложнений сахарного диабета и улучшению качества жизни.

Методы исследования: анализ медицинской литературы; изучение медицинской статистики; анкетирование; статистическая обработка данных.

Исключительная актуальность проблемы диабета, определение его Всемирной организацией здравоохранения как "эпидемии неинфекционного заболевания" привели во всем мире к принятию радикальных мер по борьбе с этой коварной болезнью и ее осложнениями. В соответствии с Указом Президента РФ от 08.05.1996 г., Постановлением Правительства РФ от 07.09.1996 г. принята Федеральная программа "Сахарный диабет". Ее основная цель - повышение качества жизни и продление активного долголетия пациентов, страдающих сахарным диабетом. Среди различных разделов программы одним из важнейших является организация школ обучения больных диабетом. Основная задача таких школ (центров) - передать пациентам в доступной форме максимальный объем информации о болезни, о принципах лечения, режиме питания, отдыха, выборе профессии, планировании семьи и т.д., то есть ответить больному человеку на бесконечное число вопросов, которые жизнь ставит перед ним. Обучение людей, страдающих диабетом, методам самоконтроля, "управления" своей болезнью осуществляется в постоянном контакте с лечащим врачом и представляет собой важнейший и реальный элемент улучшения качества помощи больным сахарным диабетом.

Заболевание «Сахарный диабет» – это мировая медицинская и социальная проблема. В мире зарегистрировано примерно 285 миллионов человек страдающих сахарным диабетом. По

официальным данным регистра 2014 года, в России больных сахарным диабетом — 3,7 млн. человек (по неофициальной до 10 млн. человек). В Красноярском крае по данным 2014 года на диспансерном учете по заболеванию состояло 58 185 человек, ежегодно выявляется 4000 больных с этой патологией, следовательно, на каждых 200 жителей приходится трое больных диабетом. В Канске на 2014 год насчитывается 2 753 больных сахарным диабетом.

Обучение больных на сегодняшний день признается во всем мире как основной метод эффективного лечения хронических заболеваний, так как преследует цель профилактической направленности. Диабет, являясь хроническим, неизлечимым заболеванием, требует проведения продолжительного обучения больного.

В России первые школы были созданы в 90-ые годы в Москве. Школа здоровья «Диабет» в Канской межрайонной больнице была создана в 2004 году на базе поликлиники №2. Школа «Диабет» представляет собой кабинет, оснащенный наглядными и учебно-методическими пособиями, плакатами, справочной литературой для пациентов (памятки, брошюры), средствами самоконтроля (глюкометрами, тест-полосками), видео-аппаратурой, видеофильмами. Кроме этого имеются тонометры, стетоскопы, весы, сантиметровые ленты, таблицы для определения ИМТ. Обучение проводится в группах по 8-10 человек, что позволяет врачу осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту. Длительность занятия – около 40 минут, частота – один раз в неделю, всего занятий – шесть. Группа формируется из больных, находящихся на диспансерном учете с сахарным диабетом.

Обучение проводится по разработанным ВОЗ специальным структурированным программам для «Школ диабета» и утвержденным Минздравом России. Данные программы обучения включают следующие темы занятий, но при этом не являются чем-то стабильным и могут меняться в рамках цикла обучения: сахарный диабет как образ жизни; самоконтроль, как профилактика осложнений; правила питания; диета. Хлебная единица; виды инсулинов. Инсулинотерапия; осложнения при сахарном диабете (острые и хронические); физические нагрузки и коррекция доз инсулина; артериальная гипертония и ИБС.

Групповое обучение базируется на совместном обсуждении с больными основных теоретических вопросов лечения диабета с анализом понимания и усвоения и обязательным практическим тренингом (тестирование, решение ситуационных задач, игры). Обучающиеся больные воспринимают и усваивают материал не сразу и не навсегда, поэтому на каждом занятии присутствует повторение и закрепление пройденного материала в различных формах. Основная цель и задача обучения замотивировать больных, чтобы последние осознали, что обучение в «Школе диабета» - это не просто накопление теоретических знаний и полезной информации по диабету, а приобретение практических навыков, использование полученных знаний в практической жизни.

Одна из основных целей работы «Школы диабета» является повышение качества и эффективности обучения пациентов. Больные проходят обучение в школе. Зачастую это единственная их возможность повысить уровень знаний о диабете. Часто больные остаются один на один со своей болезнью. Пожилые люди являются, чуть ли не половиной «учеников».

Благодаря современным информационным технологиям пациент, не имеющий возможности еженедельно посещать «Школу диабета» в поликлинике, может «посещать» занятия в так называемой виртуальной «Школе диабета», посетив сайт «Сибирского медицинского портала» и изучив презентации занятий школы здоровья «Диабет» http://www.sibmedport.ru/school.php. Здесь также можно задать вопросы врачам эндокринологам и другим специалистам медицины по возникающим проблемам здоровья в любое время.

Результаты исследования. Наше исследование проводилось на базе «Школы диабета» поликлиники №2 Канской межрайонной больницы. Кружковцы посещали занятия и принимали активное участие при работе с больными. С целью получения достоверных результатов по изучению динамики работы школы сахарного диабета нами была разработана анкета для одной из обучающихся групп пациентов. Анкетирование проводилось на начальном, а затем на завершающем этапе работы по программе «Сахарный диабет». Обязательным условием для всех пациентов исследуемой группы являлось регулярное посещение всех занятий согласно расписанию (в случае изменения даты или времени занятия медсестра эндокринологического

кабинета извещала об этом пациентов по телефону), а также четкое и неукоснительное соблюдение всех рекомендаций врача.

При составлении анкет нами были использованы вопросы тестового типа. Анализируя заполненные пациентами анкеты, мы применили метод группировки. Наблюдаемая нами группа пациентов состояла из 10 человек, среди которых мужчин – 3 человека, женщин – 7 человек. Возрастная категория – от 40 до 75 лет (рис.1).

Рис.1. Наблюдаемая группа пациентов.

В результате анализа анкет мы получили следующие результаты:

- средний возраст пациентов исследуемой группы – 57 лет, диагноз – сахарный диабет 2-го типа;

- 3 человека из группы недавно взяты на диспансерный учет (1-2 месяца назад им был поставлен диагноз «сахарный диабет»), остальные – пациенты со стажем от 3 до 10 лет (из них - двое посещали «Школу сахарного диабета» ранее) (рис.2):

Рис. 2. Диспансерный учет пациентов.

- все 10 человек регулярно наблюдаются и обследуются у эндокринолога, знают, что такое диабет, но половина пациентов (5 чел.) не интересуются специальной или научно-популярной литературой по своему заболеванию;

- из пациентов наблюдаемой группы абсолютно все знают об осложнениях сахарного диабета, однако, только один человек из десяти соблюдает предписанную врачом диету; 8 человек из группы страдают ожирением; 7 человек употребляют алкоголь (4 человека ответили «употребляю, но иногда») и 1 человек является курильщиком;

- из десяти пациентов только восемь человек регулярно контролируют уровень глюкозы в крови, шесть человек регулярно измеряют себе артериальное давление; о том, что существуют правила ухода за ногами для больных сахарным диабетом, знают только пять человек;

- о необходимости физических упражнений для пациентов с сахарным диабетом знают 9 человек из 10, но регулярно занимаются физкультурой только 5 человек;

- о том, как справляться со стрессовыми ситуациями и как оказывать самому себе помощь при ухудшении самочувствия из исследуемой группы знают только 4 человека (рис.3):

Рис. 3. Информированность пациентов. Как справиться со стрессовыми ситуациями?

- на вопрос «Существуют ли у Вас проблемы с трудоустройством?» положительно ответили 4 из 5 работающих пациентов; в дальнейшей беседе эти люди объяснили свой ответ тем, что

вынуждены соглашаться на ту работу, где нет ночного графика, высокого уровня ответственности и возникающих в связи с этим стрессов и волнений, и где есть возможность сокращенного рабочего дня и регулярного приема пищи;

- 9 пациентов из группы ответили, что нуждаются в психологической поддержке и что в связи с имеющимися психологическими проблемами 5 человек из 10 не могут считать свою жизнь полноценной.

Анализируя большинство пунктов анкеты, предложенной пациентам исследуемой группы в конце обучения по программе «Сахарный диабет», можно сделать вывод, что в ходе проведенных занятий значительно изменилось в лучшую сторону отношение пациентов группы к своему здоровью, поскольку пациенты получили исчерпывающую информацию относительно самого заболевания, его осложнений, правил самоконтроля и самопомощи, методов профилактики возможных осложнений.

Так, например, стали соблюдать предписанную врачом диету и регулярно контролировать свой вес 7 человек из 10; 9 человек стали интересоваться научно-популярной литературой по своему заболеванию; единственный в группе курильщик сообщил, что стал выкуривать в день значительно меньше сигарет и попытается вообще бросить курить; из 7 человек, употреблявших алкоголь даже эпизодически шестеро вообще отказались от приема алкоголя; все 10 пациентов группы стали регулярно контролировать артериальное давление и уровень глюкозы в крови; 7 человек из исследуемой группы стали соблюдать правила ухода за ногами для пациентов-диабетиков; 8 человек из 10 сообщили, что стали регулярно выполнять физические упражнения, двое стали посещать бассейн. И, наконец, 9 человек из 10 заявили в конце обучения, что в ходе занятий получили адекватную психологическую поддержку и считают свою жизнь абсолютно полноценной (рис.4):

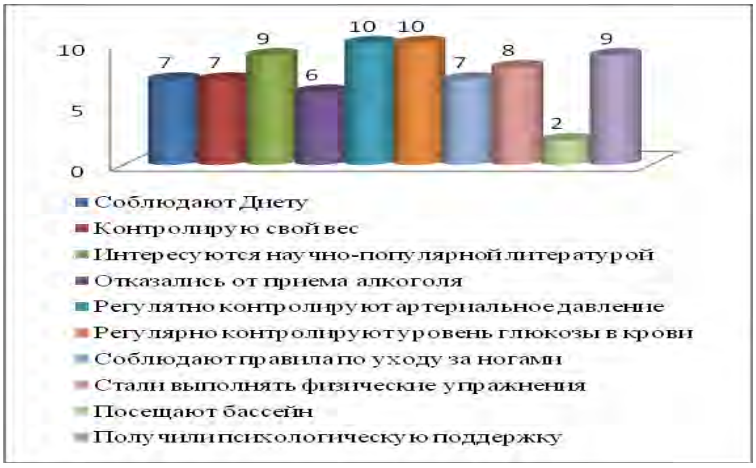


Рис. 4. Анализ анкетирования пациентов в конце обучения.

На основании проделанной работы, можно сделать следующие выводы:

1. Как показывает практика, успешно контролировать сахарный диабет удается далеко не всем больным. Самая распространенная причина — это элементарное отсутствие информации о болезни, ее симптомах, о методах лечения и профилактики осложнений, а также о приемах правильного и эффективного самоконтроля своего заболевания. В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения официально признала обучение полноправным методом лечения хронических заболеваний, таким же важным, как прием лекарств или проведение хирургических операций. Обучение людей, страдающих сахарным диабетом, методам самоконтроля, "управления" своей болезнью представляет собой важнейший и реальный элемент улучшения качества помощи больным сахарным диабетом с целью профилактики осложнений и дальнейшей инвалидизации. Врачи и средние медицинские работники школы делают все возможное, чтобы, научившись управлять своей болезнью, пациенты смогли максимально приблизить свою жизненную ситуацию «человека с ограниченными возможностями» к жизни здорового, полноценного члена общества.

«Школа сахарного диабета» рекомендуется всем больным, которые заботятся о своем здоровье и намерены качественно улучшить свое состояние и обеспечить себе активное долголетие.

2. В ходе посещения занятий значительно изменилось в лучшую сторону отношение больных группы к своему здоровью, поскольку они получили исчерпывающую информацию относительно самого заболевания, его осложнений, правил самоконтроля и самопомощи, методов профилактики возможных осложнений.

3. С целью уменьшения риска развития и прогрессирования осложнений сахарного диабета и улучшения качества жизни, кружковцами подготовлены памятки для больных по следующим вопросам: «Что такое сахарный диабет 2 типа?», «Гипогликемия: как распознать и справиться», «Как пользоваться глюкометром», «Дневник самоконтроля при сахарном диабете», «Физическая активность при сахарном диабете», «12 правил здорового питания», «Особенности питания при сахарном диабете 2 типа», «Особенности питания при повышенном уровне холестерина», «Физическая активность при сахарном диабете», «Осложнения сахарного диабета», «Уход за ногами при диабете».

4. Кружковцы отметили, что принимая активное участие в работе «Школы диабета», они значительно повысили уровень теоретических знаний и практических навыков работы с больными. Свое внимание студенты акцентировали именно на профилактической направленности работы фельдшера. Полученный практический опыт является ценным приобретением для будущей профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Галстян Г.Р., Удовиченко О.В. Уход за ногами при диабете: выполнение правил в реальной жизни. Рекомендации и их обсуждение. Брошюра для пациентов. Москва; 2009.
2. ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО.
3. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Сахарный диабет 2 типа. Книга для пациентов. Москва; 2011.
4. Диагностика и лечение инсулинонезависимого сахарного диабета. Рекомендации Международной федерации сахарного диабета. Стандарты мировой медицины 2012; 3: 26-46.
5. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Еганян Р.А. и др. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией: Информационно-методическое пособие для врачей. Под ред. Р.Г. Оганова. Москва; 2013.
6. Приказ МЗ РФ № 135 от 6 мая 1997 г. Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных с сахарным диабетом.
7. Фролова Е.В. Обучение пациентов – современная медицинская технология амбулаторной практики: Учебное пособие для инструкторов Школ по обучению пациентов. Санкт-Петербург, МАПО, кафедра семейной медицины.
8. http://www.sibmedport.ru/school.php.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ, КАК ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА

Веселовкий Евгений Владимирович
Руководитель: Смирнова Татьяна Вячеславовна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Актуальность моего исследования состоит в том, что в настоящее время редко какие продукты попадают на наш стол свежими, прямо с грядки. По большей части, мы едим пищу, обработанную при помощи различных консервантов, антиокислителей, усилителей вкуса и других добавок. Они делают продукты питания более привлекательными на вид и вкус, позволяют долгое время сохранять их свежесть и товарный вид. Не все пищевые добавки безопасны для здоровья. Обычно их маркируют буквой Е и тремя цифрами.

Стоит объяснить, что полностью исключить из своего рациона продукты с пищевыми добавками не получится, поэтому к данному списку стоит относиться философски. –Предупрежден - значит, вооружен!”.

Цель моего исследования определить роль фельдшера в формировании заинтересованности в рациональном, здоровом питании школьников. Информирование школьников и их родителей об нюансах и своеобразии внесения своего вклада в гомеостаз человека пищевыми добавками. Заинтересовать аудиторию в осознанном выборе продуктов, опираясь на знаниях о вреде пищевых добавок.

Задачи исследования.

1. Изучить теоретический материал о влиянии пищевых добавок на состояние здоровья детей.
2. Провести социологический опрос среди школьников по поводу употребления продуктов с пищевыми добавками.
3. Сформировать у школьников и их родителей представление о вреде, который несут пищевые добавки.
4. Разработать информационный буклет по данной теме.

Гипотеза: если всесторонне информировать школьников и их родителей о влиянии пищевых добавок на здоровье, то возрастет их мотивация в ограничении употребления продуктов содержащих пищевые добавки.

Объект исследования: Школьники подросткового возраста: их питание, привычки в приеме пищи, культура питания.

Предмет исследования: уровень информированности о влиянии пищевых добавок и их свойствах

Метод исследования: социологический, статистический.

Пищевые добавки - это вещества химического происхождения, которые используются в пищевых продуктах, для того, чтобы сделать вкус лучше, а так же увеличить питательную ценность или замедлить порчу продукта. Стоит, отметить, что пищевые добавки – вовсе не современное изобретение. В древности человек понял, что поваренная соль (хлорид натрия) предохраняет мясные, а так же рыбные продукты питания от быстрой порчи. Вместе с ростом наших знаний о пищевых продуктах, а так же с совершенствованием технологий изготовления пищевых продуктов питания, все чаще использовались пищевые добавки в процессе изготовления различных продуктов. Всему этому поспособствовало полное изменение образа жизни человека. Современный человек больше всего ценит время и всячески стремиться его сэкономить. Наш век считается - индустриальным, большое количество людей проживает в городах. Все эти факторы, потребовали создания новых способов обработки и сохранения продуктов питания вследствие чего, пищевые добавки стали применяться намного чаще. Потребность в пищевых добавках наиболее возросла в недавнее время, в связи с большим спросом на питательные и более удобные в использовании продуктов питания, то есть на консервы, полуфабрикаты, продукты быстрого приготовления.

Обозначения пищевых добавок на букву Е появились на всех упаковках продуктов питания в России с 1996 года. Надпись на упаковке "Е 124 является безопасной пищевой добавкой, разрешенной стандартами ES" не гарантирует безопасность добавки!

Во-первых, это не означает, что данную добавку можно употреблять в любом количестве. Во-вторых, не всѐ разрешенное в Европе, разрешено в России. Результаты новых научных исследований ведут к созданию одних и ограничению потребления других добавок, пусть даже считавшихся прежде безопасными.

Маркировка пищевых добавок означает

Е 100 – 199 – красители

Е 200 – 299 – консерванты, они плохо влияют на иммунную систему, нарушают естественную микрофлору кишечника. Страдает метаболизм.

Е 300 – 399 – антиокислители, замедляют окислительный процесс в жировых и масляных эмульсиях. Жиры, таким образом, не прокаркают и не меняют со временем своего цвета.

Е 400 – 499 – загустители, стабилизаторы повышают вязкость продукта. Практически всегда их добавляют в продукты с пониженной жирностью - майонезы и йогурты. Густая консистенция создает иллюзию «качественного продукта». Могут спровоцировать болезни пищеварительной системы.

Е 500 – 599 – эмульгаторы, создают однородную смесь из несмешиваемых продуктов, например, воды и масла. Отрицательно влияют на печень, вызывают расстройство желудка. Особенно опасны в этом отношении эмульгаторы 510,513 и 527.

Е 600 – 699 – усилители вкуса, это «чудо-приправа» позволяет сэкономить на натуральном мясе, птице, рыбе, грибах, морепродуктах. В блюдо добавляется несколько измельченных волокон натурального продукта или даже его экстракт, щедро сдабривается усилителем, и – получается

Е 900 – 999 – пеногасители, глазирователи, подсластители, разрыхлители. Эти добавки предупреждают или снижают образование пены, создают блестящую гладкую оболочку, обеспечивают продукту сладкий вкус и делают тесто более пышным, не представляют для организма большой опасности.

Исследовательская часть моей работы проходила в средней общеобразовательной школе № 20 в поселке Таежный, Богучанского района. Школьникам 7-8 классов было предложено ответить на вопросы анкеты, с целью выявления уровня информированности о влиянии пищевых добавок на здоровье.

При обработке полученных результатов ответов было выявлено следующее:

1. На вопрос, знаете ли, что такое пищевые добавки 61% опрошенных ответили утвердительно, но не смогли дать определение данному понятию.

2. В ходе анализа ответов на вопрос «Обращаете ли вы внимание на маркировку и срок годности продукта при его покупке?» выяснилось, что 77% респондентов внимания на маркировку не обращают.

3. При ответе на вопрос «Купите ли вы продукт, зная, что в нѐм содержатся опасные добавки?» вышел плачевный результат, 71% школьников все равно купят продукт, заведомо зная, что в нем содержатся опасные пищевые добавки.

4. Интерес к данной проблеме пищевых добавок проявили только 23% опрошенных, остальные участники анкетирования не заинтересовались, что свидетельствует о недостаточной информированности по вопросам пищевых добавок, об их вреде и пользе.

5. Хотя проблема пищевых добавок не явилась повышенным интересом среди школьников подросткового возраста, на вопрос «хотели бы вы узнать больше о пищевых добавках» 68% респондентов ответили положительно.

6.На маркировку со знаком «Е» при приобретении продукта обращают внимание 60% опрошенных, но что она означает не знают. 40% школьников не знают о данной маркировке.

7. Любимыми и часто употребляемыми продуктами по результатам анкетирования стали: чипсы, кириешки, картофель-фри, бургеры, курица гриль, то есть это тот набор продуктов, который богат всевозможными добавками.

8. Основной информационный источник из которого узнают школьники о пищевых добавках, это средства массовой информации. Из 45% опрошенных информацию получили о пользе и безопасности пищевых добавок, а 55% - об отрицательном воздействии пищевых добавок на организм человека. Часто средства массовой информации предоставляют информацию рекламного характера (чипсы, кока-кола и т.д.), производители данных продуктов заинтересованы в финансовой прибыли. Поэтому я считаю, что медицинские работники должны выступать в главной роли информатора и консультанта по вопросам питания, поскольку мы несем ответственность за санитарно-просветительную и профилактическую деятельность.

После изучения теоретического материала и полученных результатов анкетирования позволило мне сделать следующие выводы:

1. Осведомленность школьников о несущем вреде организму пищевыми добавками либо не полная, либо полностью отсутствует.

2. Даже зная, что в продукте питания содержатся пищевые добавки, школьники не собираются отказываться от их частого употребления, что ведет к обильному поступлению пищевых добавок в организм.

3. Школьники, в силу своей беззаботности и наивности, веря, что производителю есть дело до их здоровья, вовсе не связывают всевозможные недомогания, нарушения самочувствия со своим питанием.

4. На примере вопроса «ваши родители обращают внимание на наличие маркировки «Е» в продуктах питания?» Можно смело делать вывод, что родительский контроль за питанием своих детей недостаточен и так же не велик в плане информированности.

Для решения поставленной цели я разработал информационный буклет «_____», который можно использовать в работе фельдшера школы, ФАПа, в школах здоровья.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Павлова Юлия Сергеевна
Руководитель: Гуденок Валентина Валерьевна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Учебная исследовательская работа студента на тему: Особенности паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами, выполна на базе хосписного отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная больница № 2».

Работа состоит из введения, теоретических основ исследовательской работы, исследовательской части и заключения.

В ведении рассматривается актуальность представленной темы -в связи с быстрым ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире, в 1982 году ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения и предлагает определение паллиативной помощи. В 2002 году ВОЗ расширила свой подход к определению паллиативной помощи. Это понятие распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития, среди которых, конечно, основную массу составляют онкологические больные. В настоящее время в России функционируют 45 хосписов, еще около 20 находятся в стадии формирования.

Особое внимание уделяется работам врача-психотерапевта, основателя первого хосписа в РФ, А.В. Гнездилова, а также Хетогуровой А.К., Новикову Г.А., Дементьевой Н.Ф., Черновой О.В, которые сегодня уделяют большое внимание паллиативной помощи, решению физиологических проблем пациента, как в рамках врачебной, так и сестринской компетенции.

Далее определена цель исследования: изучить особенности паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами.

Объект исследования: медицинские сестры и пациенты хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2.

Предмет исследования: особенности паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2.

Для решения поставленной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по данной теме.
2. Анализ особенности паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2».
3. Анализ удовлетворенности пациентов и их родственников выполнением профессиональных обязанностей медицинскими сестрами хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2».
4. Разработка памятки - рекомендации для медицинских сестер хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2» по уходу за инкурабельными пациентами.

Методы исследования: Для решения поставленных задач и проведения исследования были использованы методы теоретического и эмпирического исследования.

Гипотеза исследования: осуществляя общение с инкурабельным пациентом его родственниками при организации сестринского ухода.

В теоретических основах изучаемой темы даносовременное представление о паллиативной помощи, как обобласти здравоохранения, призванной улучшить качество жизни инкурабельного пациента, в ситуации, когда возможности радикального лечения ограничены или исчерпаны. Далее обозначены аспекты современной паллиативной помощи. Следующие разделы

рассматривают основные проблемы хосписной и паллиативной помощи в России, организационные проблемы оказания хосписной и паллиативной помощи, особенности организации сестринской паллиативной помощи. Далее рассматриваются особенности организации работы и устройство хосписного отделения. Уделяется внимание психологической, социальной и медицинской работе с клиентами хосписа, нормативная база деятельности хосписа, обозначены функциональные обязанности медицинской сестры хосписного отделения, рассматривается сестринская документация. Следующий вопрос в разделесестринская паллиативная помощь при уходе за инкурабельными пациентами, где представлены основные рекомендации медицинской сестре при проведении сестринского ухода.

В исследовательской части определены использованные методы исследования - теоретический и эмпирический. Основными методами получения информации у сотрудников ЛПО, выбраны анкетирование и личные наблюдения.

Также были разработаны анкеты для медицинских сестер и пациентов.

Был проведен анализ особенностей паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2»

Из всех медицинских работников среднего звена было опрошено 100%(7) палатных медицинских сестер работающих в отделении. На основании данных литературы составлены вопросы для анкетирования средних медицинских работников. Анкета для медицинских сестер, в которой отражены основные вопросы необходимые для проведения анализа сестринского ухода за пациентами отделения.Основными задачами медицинской сестры при уходе являются соблюдение определенных стандартов при уходе за пациентами. Стандарты оказания медицинской помощи разработаны в каждой стране, они основаны на практическом опыте и статистических данных. Соблюдение этих стандартов обеспечивает спасение жизни при неотложных состояниях.

Отвечая на первый вопрос анкеты, было выявлено, что 98% респондентов применяют в своей профессиональной деятельности технологии стандартов при проведении инвазивных манипуляций, 2% не всегда в полной мере соблюдают в полном объеме алгоритм стандартов.

При выполнении ухода, необходимо особое внимание медицинской сестры, т.к. каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку, причинить пациенту боль или нанести психологическую травму.

100% респондентов придерживаются правил этического началапри осуществлении сестринского ухода.

При выполнении манипуляции от медицинского персонала требуется четкость, согласованность действий, высокая организованность, предельный самоконтроль, особый такт, деликатность в профессиональном общении. Взаимоотношения медицинского работника и пациента охватывают целый комплекс морально-этических, психологических и нравственных проблем, с которыми медицинской сестре приходится постоянно сталкиваться и находить единственный правильный ответ. Поэтому человек, решивший посвятить себя медицине, должен не только освоить эту профессию, но и обладать особым умением общаться с людьми, реагировать на чужую боль, быть готовым всю жизнь неутомимо бороться за здоровье человека.

100% опрошенных осуществляют динамический контроль болевого синдрома после приема пациентами обезболивающих препаратов.

Отвечая на следующий вопрос анкеты, было выявлено, что 50% респондентов осуществляют профилактику осложнений, связанных с гиподинамией, 25% - не всегда, 25% – в основном этим занимаются родственники.

На вопрос «Как Вы осуществляете контроль у пациентов запора или диареи?» - 25%ответили – при беседе с пациентом, 75% - при смене памперса.

Отвечая на следующий вопросы анкеты, выяснила, что 100% респондентов осуществляют контроль спутанности сознания у пациентов при наблюдении за ними.

Сестринский персонал должен иметь навыки психологического общения в рамках своей компетенции для предупреждения и своевременного выявления психотерапевтических проблем. 100% респондентов всегда оказывают психологическую поддержку пациентам и их родственникам во время ухода.

Медицинская сестра должнавселить в родственника пациента определѐнный оптимизмом, сделать его своим союзником в борьбе с болезнью и ее осложнениями.

Анализируя следующий вопрос анкеты, выяснила, что 100% - респондентов осуществляют обучение пациентов и членов его семьи методам само и взаимопомощи.

Таким образом, изучив особенности паллиативного сестринского ухода за инкурабельными пациентами можно сделать вывод, что средний медицинский персонал профессионально, в пределах своих компетенций выполняет свои профессиональные обязанности согласно функциональным обязанностям и приблизительным стандартам сестринского ухода.

С целью определения уровня удовлетворенности пациентов и их родственников результатом и процессом сестринской ухода проведено анкетирование последних с обязательным анализом ответов респондентов. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в корректировке работы медицинской сестры. Было проведено социологическое исследование-анкетирование пациентов и их родственников.

В опросе приняли участие 50 респондентов, 30 из которых родственники пациентов.

Для получения более полной и объективной информации я придерживалась принципа анонимности опроса. Заполненные анкеты подвергли статистической обработке.

Любое заболевание – это стресс для человека, особенно если лечение нужно проводить в условиях хосписного отделения. И здесь необходимы знания психологии общения, этики и деонтологии.

Отвечая на первый вопрос анкеты«Получаете ли Вы психологическую поддержку со стороны сестринского персонала?»- 100% ответов «Да».

В формировании правильных взаимоотношений медсестры с больными их родственниками, коллегами имеет значение не только духовный, но и внешний облик медсестры.

95% респондентов удовлетворены общением с медицинской сестрой, 5% – не в полной мере.

30% респондентов выделили главные личностные качества медицинской сестры – душевность и доброжелательность, 30% – отзывчивость и внимательное отношение, по 10 % пришлось на милосердие и духовность и 20 % на другие качества.

98% респондентов удовлетворены сестринским уходом, 2% - не всегда.

Следующий вопрос «Общается ли с Вами медицинская сестра, осуществляя уход?» - 100 % ответов «Да».

Умирающий больной хочет чувствовать себя защищенным. Надо помочь больному справиться со страхом. Надо говорить с ним о его страхах. Нельзя обходить эту тему молчанием на том основании, что Вы не можете предложить больному стать здоровым. Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной. Больному важно чувствовать, что для него делается все возможное.

Анализ оценки удовлетворенности пациентов и их родственников выполнением профессиональных обязанностей медицинскими сестрами хосписного отделения показал, что в 100% респондентов получают психологическую поддержку со стороны сестринского персонала, медицинские сестры обладают главными душевными качествами, высокими профессиональными способностями, умеют вести диалог, с пациентами проявляя искренность и понимание.

Акцентируя внимание на проблемах пациента, медицинская сестра стремиться найти в нем внутренние силы для использования их на его благо.

На основании вышеперечисленного я составила рекомендации для медицинских сестер, в основу заложив соблюдение норм этического поведения при уходе за инкурабельными пациентами.

Памятка для медицинских сестер хосписного отделения КГБУЗ «КМБ № 2» - Создавайте максимально комфортные условия (доброжелательную атмосферу, ведите диалог, с пациентом принимая во внимание индивидуальные особенности человека) для улучшения качества жизни пациентов.

- Разделяйте и соблюдайте философию сестринского дела, поддерживайтесь принципов профессиональной культуры.
- Повышайте свою квалификацию согласно установленному графику.
- Ведите профилактику осложнений основного заболевания в отделении среди пациентов.

- В своей профессиональной деятельности четко следуйте соблюдению приказов МЗ РФ по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима;

- Повышайте свое мастерство через участие в конференциях, семинарах, обучаясь на курсах повышения квалификации».

Принципы общения с умирающим человеком**:**

- Будьте всегда готовы оказать помощь.
- Проявляйте терпение.
- Дайте возможность выговориться.
- Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.
- Спокойно относитесь к его гневу.
- Избегайте неуместного оптимизм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Труд медицинских сестер хосписного отделения относится к наиболее сложным и ответственным видам профессиональной деятельности. Для него характерны значительные моральные нагрузки, а в определѐнных случаях – и большие затраты физических усилий, кроме того, данный вид деятельности требует выносливости, внимания и высокой трудоспособности, зачастую в экстремальных условиях.

Выводы:

1. Анализ литературных источников показал и результатов собственного исследования, что в структуре многопрофильного стационара значимость деятельности медицинской сестры хосписного отделения является важным звеном в оказании сестринской помощи.

2. Медицинская сестра хосписного отделения выполняет широкий круг инвазивных манипуляцийи обязанностей, связанных с выполнением мероприятий по уходу за инкурабельными пациентами, осуществляет психологическую поддержку родственников, соблюдая принципы этики и деонтологии при общении с коллегами, пациентами и родственниками.

3. Пациенты и их родственники удовлетворены выполнением медицинскими сестрами хосписного отделения их профессиональными, душевными качествами, интеллектуальными способностями.

4. Разработанные мною рекомендации акцентируют внимание медицинских сестер на значимости их профессиональных обязанностей, общего вклада в лечебный процесс, неправленый на поддержание качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агкацева С. А. Сестринские манипуляции. – М.: Медицина, 2012. С.45-75

2. Анохина Ю.Б.. Технологии выполнения простых медицинских услуг /Ю.Б. Анохина, А.Н. Балабанова, И.С. Бахтина и др.- СПб, 2013.-238 с.

3. Аванесьянц Э.М., Рукавишникова Е.Е. Психология и сестринский процесс.М.: АНМИ, 2012.-49с.

ПРИРОДНО- ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ Г. КРАСНОЯРСКА И ИХ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ

Жигалова Вера Николаевна
Руководители: Неудахина Галина Сергеевна,
Мануйленко Александр Александрович
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

Введение:

Красноярск относится к крупным промышленным и транспортным городам. Экологическая ситуация города находится в крайне напряжѐнном состоянии. В Красноярске многообразны источники загрязнения атмосферы, а состав выбросов отличается многокомпонентностью.

Красноярск относится к городам, характеризующимся высоким уровнем загрязнения атмосферных слоѐв поллютантами I и II класса опасности. Наличие Транссибирской железнодорожной магистрали, грузового маршрута на реке Енисей, крупного аэропорта, а также

автодорог общегосударственного, республиканского и краевого значения оказывает сильное негативное влияние на общую экологическую обстановку Красноярска.

Красноярск – крупный транспортный и промышленный узел Восточной Сибири.

В городе расположены очень крупные предприятия металлургической, машиностроительной и химической промышленности, оказывающие активное влияние на состояние воздушных масс.

Основными предприятиями, влияющими на состояние окружающей среды являются предприятия энергетики (Красноярская ТЭЦ-1, ТЭЦ-2, ТЭЦ-3, котельные) и Русал.

Высокие показатели загрязнения окружающей природы в г. Красноярске осложняются совокупностью природно-климатических факторов, масштабом и структурой техногенных воздействий на городскую среду, спецификой внутриквартального расположения основных индустриальных объектов. Значительную долю выбросов (около 46% от общего количества) приносит автотранспорт, в Красноярске зарегистрировано около 400 тыс. ед. автотранспортных средств.

Основные вещества, создающие очень высокие уровни атмосферного загрязнения: бенз(а)пирен, формальдегид, взвешенные вещества, диоксид и оксид азота. Высокие показатели загрязнения окружающей природы в г. Красноярске осложняются совокупностью природно-климатических факторов, масштабом и структурой техногенных воздействий на городскую среду, спецификой внутриквартального расположения основных индустриальных объектов.

За последние 30 лет быстро распространяющимися в Европе и во всем мире стали аллергические болезни. Аллергические заболевания встречаются у 20-40% населения. Наиболее распространенные заболевания – поллиноз, круглогодичный аллергический ринит, бронхиальная астма и атопический дерматит. Аллергические болезни возникают вследствие повышенной чувствительности организма к воздействию определенных веществ: химических, пищевых, лекарственных и биологических.

Заболеваемость аллергией в России увеличилась в 4-6 раз за 20 лет. Каждый третий ребенок страдает аллергией, каждый 10 – бронхиальной астмой, распространенность поллиноза в России в 2014 году составила 13,5%.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, аллергия включена в число приоритетных проблем на ближайшие 10 лет.

Аллергические заболевания приобретают характер эпидемии. Постоянный эпидемиологический мониторинг прогнозирует дальнейший рост аллергических заболеваний.

Цель работы:

Показать особенности природно-экологических факторов г. Красноярска и их влияние на рост аллергических заболеваний у жителей.

Задачи работы:

Провести мониторинг распространения аллергических заболеваний у студентов медицинского колледжа 1 и 2 курсов специальностей: Лечебное дело, Сестринское дело и Стоматология ортопедическая.

Объект исследования:

Природно-экологических факторов г. Красноярска и их влияние на рост аллергических заболеваний у жителей.

Предмет исследования:

Аллергические заболевания у студентов медицинского колледжа.

Гипотеза:

Если экологическая ситуация в городе Красноярске не изменится в ближайшие годы, то проблема аллергических заболеваний у жителей останется актуальной.

Результаты работы :

Нами проведено анкетирование 60 студентов медицинского колледжа на наличие у них аллергических заболеваний. Все студенты согласились добровольно участвовать в анкетировании. В анкете приняли участие студенты трех специальностей: Стоматология ортопедическая, Лечебное дело и Медицинская сестра. Для опроса использовали аллерготест предложенный аллергологами. При помощи простых вопросов и бальной системы оценки получили результаты .Мы посчитали общее количество набранных балловза ответ каждым участником и используя итоговую шкалу оценки определили аллергостатус респондентов.

При оценке результатов выяснилось, что у студентов специальности Сестринское дело встречается аллергический ринит в -30 % случаев . Студенты 1 и 2 курсов работают в ЛПУ и испытывают профессиональные вредности. Их работа связана с лекарственными препаратами и дезинфезирующими растворами.У студентов специальности Лечебное дело аллергические риниты выявлены в 19% случаев,у каждого пятого студента .У студентов специальности Стоматология ортопедическая заболеваемость аллергическими ринитами встречается -14,2 % случаев. Студенты зубные техники подвержены на практических занятиях профессиональным вредностям, которые могут послужить причиной аллергических ренитов. По ответам респондентов мы установили основные типы аллергенов. К ним относятся:

- Гены, наследственность до- 4 %
- Аллергены помещений (домашняя пыль, животные и др.) -3%
- Вирусные инфекции-6%
- Профессиональные вредности - 28%;
- Активное и пассивное табакокурение-12 %
- Неправильное питание-17%
- Загрязнение воздуха, химические вещества до - 30%;

На первом месте указаны аллергены, связанные с загрязнением воздуха. На втором месте – профессиональные аллергены -28%. Пищевая аллергия встречается у- 17% респондентов. Наследственность. В случае аллергических заболеваний у одного из родителей вероятность у ребѐнка составляет 20-30.

Студенты указывали на то, что к специалистам- аллергологам не обращались..

Заключение:

Нами проведен мониторинг распространения аллергических заболеваний среди студентов медицинского колледжа. Результаты таковы- каждый пятый студент страдает аллергией на 1 курсе, у работающих в ЛПУ студентов заболеваемость возрастает и составила до - 30% Наиболее часто встречаются у студентов аллергические риниты, Частота встречаемости аллергическими ринитами у медицинских сестер составила - 30%, у фельдшеров - 19%, у зубных техников -14%. Профессиональные вредности имеют место у студентов в период обучения. Нами разработаны рекомендации для студентов страдающих аллергией. Под профилактикой следует понимать предупреждение возникновения (первичная профилактика) и предупреждение обострений у тех, кто уже страдает аллергическими ринитами.(вторичная профилактика).

Чтобы поллиноз меньше «бил» в нос:

- Закрывайте окна и балконную дверь;
- Чаще делать влажную уборку;
- На улице носить темные очки;
- Вернувшись домой, принимать душ;
- Промывать нос
- Соблюдать технику безопастности на рабочем месте.
- Литература:
- 1.Журнал «Справочник фельдшера и акушерки»,2014г,№4,стр14.
- 2.Журнал «Справочник фельдшера и акушерки»,2013 г.,№5, стр 14.
- 3.Журпнал «Медицинская сестра»,2011г. №8, стр 35

Литература:
1.Журнал «Справочник фельдшера и акушерки»,2014г,№4,стр14.
2.Журнал «Справочник фельдшера и акушерки»,2013 г.,№5, стр 14.
3.Журпнал «Медицинская сестра»,2011г. №8, стр 35

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Зайцева Наталья Олеговна
Руководители: Пляскина Марина Борисовна
Кузьмина Антонина Витальевна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

В условиях экономических преобразований в России изменились потребности здравоохранения в повышении качества в сестринской помощи. Медицинская сестра играет важную роль в лечебном процессе, является представителем интересов пациентов. Для того, чтобы оказывать медицинские услуги в полном объеме, медицинская сестра сама должна иметь хорошее психическое, физическое и эмоциональное здоровье.

В последние годы появились исследования «синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинских сестер.

Термин ***«синдром эмоционального выгорания»*** (СЭВ) *(burnout* – сгорание, выгорание) впервые был введен в 1974 г. американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером. В опубликованных в печати исследованиях чаще всего дается следующее определение СЭВ: это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиональной сфере. Характеризуется физическим утомлением, чувством эмоциональной усталости и опустошенности, в отдельных случаях – бесчувствием и негуманным отношениям к клиентам и подчиненным, ощущением некомпетентности в профессиональной сфере, неуспеха в ней и в личной жизни, пессимизмом, снижением удовлетворенности от повседневной работы и пр.

Причина выгорание – профессиональный стресс. Сталкиваясь в основном с негативными эмоциями, медицинская сестра через некоторое время сама испытывает повышенное эмоциональное напряжение.

Все вышеперечисленное подтверждает актуальность исследования стресса и его влияния на качество жизни и деятельности медсестры.

Цель работы: изучить влияние условий больничной среды на уровень профессиональной деятельности и качества жизни медсестры.

Изучить влияния стажа работы на уровень выгорания

Задачи исследования:

- Выявить факторы, влияющие на стресс и проанализировать их воздействие на здоровье медицинских сестер.
- Определить СЭВ, их влияния на качество обслуживания
- Составить рекомендации по профилактике «синдрома эмоционального выгорания»

Объект исследования:

Профессиональная деятельность медицинских сестер отделений различного профиля КГБУ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им Н. С. Карповича»

Предмет исследования:

Факторы больничной среды, влияющие на возникновения «синдрома эмоционального выгорания»

Гипотеза исследования:

Условия деятельности медицинской сестры становятся причиной возникновения и развития СЭВ.

Методы исследования:

- Социометрический (анкетирование)
- Наблюдение за деятельностью медсестер на рабочем месте
- Обработка полученных данных
- Метод интервьюирования

Заранее мы поделили медицинских сестер на две условные группы:

Группа №1 «сложные отделения» - Медицинские сестра, работающие с тяжелобольными пациентами

Группа №2 «Контрольная группа» - медсестры, работающие в отделениях, где пациенты

находятся с общим режимом двигательной активности.

Результаты социологического опроса:

Исследованию подверглись 50 медицинских сестер в возрасте от 20до 50 лет.

Основными признаками эмоционального стресса у них являются: усталость, депрессия, боли различного характера, нарушение сна, потеря аппетита, частые ОРЗ и повышения артериального давления.

Частота и выраженность признаков существенно различаются у двух групп.

Причинами усталости и нервозности можно также назвать превышение нормативного числа пациентов, большой объем концелярско - оформительской работы, низкую техническую оснащенность рабочих мест. Из эргономических факторов медсестра чаще всего отмечают напряжение зрения, перегрузку опорно-двигательного аппарата. большинство медицинских работников имеют ненормативный рабочий день, сверхурочную работу, связанную с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой. Низкая оплата труда в условиях развития рыночной экономики заставляет медсестер работать, часто пренебрегая временем, предусмотренным для восстановления физического и эмоционального баланса организма.

Медицинским сестрам самостоятельно приходится бороться со стрессами, самостоятельно регулировать свои эмоции, используя методы самовнушения и расслабления.

При беседе и анкетировании медицинских сестер выявлено, что в структуре хронической заболеваемости у них преобладали заболевания костно-мышечной системы, системы кровообращения, органов пищеварения, заболевания кожи.

Частоту психоэмоциональных нагрузок (рис.1) респонденты отметили так: иногда (75%-83%), постоянно (17%-2%), часто (10%-15%)

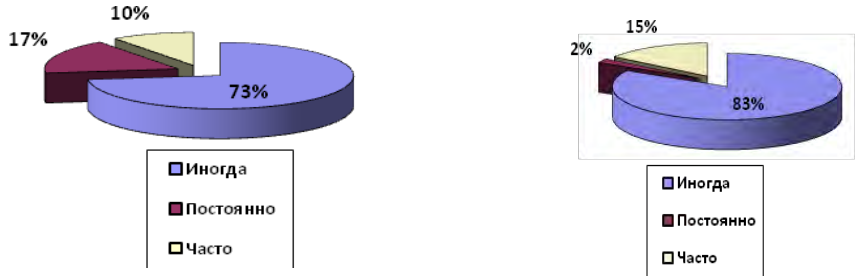


Рис.1 –частота психоэмоциональных нагрузок на рабочем месте

Это обстоятельство можно объяснить особенностями контингента больных, иногда напряженными отношениями в коллективе. У ряда специалистов стресогенность взаимодействия обусловлена тем, что общение длятся часами, сутками, повторяется в течение многих лет, а респондентами выступают больные, влияющие на здоровье медсестер.

На следующем этапе исследования были выявлены факторы больничной среды, влияющие на здоровье медсестер.

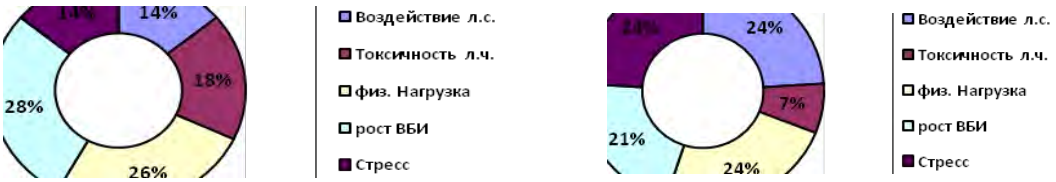


Рис.2 –Влияние факторов больничной среды на здоровье м/с.

Как показали результаты исследования, среди факторов доминировали: физические нагрузки (26%-24%), риск ВБИ (28%-21%), стресс (14%-24%), воздействие лекарственных средств (14%-24%), токсичность лекарственных веществ (18%-7%).

Далее мы изучили причины, влияющие на возникновение СЭВ. Как выяснилось, развитию СЭВ способствуют и личностные особенности медсестер, неумение сбрасывать напряжение, слабая нервно-психическая устойчивость, наличие эмоционального напряжения. Все это ведет к эмоциональному истощению.

Для снятия стресса необходимо чередовать работу с отдыхом. На причину неполноценного отдыха были указаны причины: материальный фактор, плотный график, усталость от работы и никуда не хочется выходить.

Таким образом, путем опроса и наблюдения за деятельностью медсестер, факторы больничной среды вызывают стресс, которые отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности.

Гипотеза нашего исследования подтвердилась.

Симптомы «синдрома эмоционального выгорания» в большей степени распространены среди персонала, работающего в первой группе – «Сложные отделения».

Выявлены следующие симптомы СЭВ:

Психологические, поведенческие, эмоциональные, социальные, интеллектуальные, физические.

Заключение:

Данные проведѐнной работы показали, что деятельность медицинской медсестры предполагает наличие постоянного уровня напряжения вследствие большой ответственность за здоровье и жизнь людей.

В связи с тем, что условия и характер труда медсестер требует постоянного эмоционального и физического напряжения, можно реально предположить, что подобная сфера деятельности просто создана для «выгорания» и хронической усталости.

По нашему мнению, внимание со стороны руководителей учреждения к существующей проблеме, правильная организация работы в коллективах позволит сохранить здоровье сестринского персонала и благоприятно скажется на качестве оказываемой помощи.

Все это должно способствовать эффективной профессиональной деятельности.

Список использованных источников

1. Маклаков А.Г. Общая психология. Учебное издание для вузов. Гриф УМО МО РФ 2013
2. Крысько В.Г. Социальная психология. Гриф УМО МО РФ 2013
3. Перфильева М. В., Филатова Ю.И. Синдром эмоционального выгорания у врачей палат интенсивной терапии терапевтического отделения// Актуальные вопросы образования и науки: Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции 30.12.2012г. Тамбов 2014.
4. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания// Врач скорой помощи. 2012 г.

«РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ КРУЖКА)»

Фоос Ольга Евгеньевна
Руководители: Сермягина Тамара Ивановна,
Крафт Ольга Геннадьевна.
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

По данным информации об итогах деятельности отрасли «Здравоохранение» за 2015 год, показатель младенческой смертности составлял с 6,6 до 13,2 на 1000 родившихся живыми. В структуре причин смерти младенцев преобладают состояния, возникающие в перинатальный период и врожденные аномалии. Отмечены самые частые причины: асфиксия, врожденные аномалии, дыхательные расстройства, инфекционные заболевания и осложнения беременности и родов. Отмечена тенденция роста частоты младенческой смертности до 18 % на 1000 родившихся.

Врожденные пороки развития – это любое стойкое анатомическое отклонение в развитии

органа или части тела, возникающее в результате воздействия тератогенных факторов или генетических мутаций.

Проблема врожденных пороков развития плода очень многообразна, изучением этого вопроса занимаются различные специалисты - генетики, неонатологи, эмбриологи, специалисты по дородовой диагностике.

Цель: - определение роли медсестры в профилактики и реабилитации детей с врожденными пороками развития;

- знакомство с методами реабилитации;

- освоение методов реабилитации детей с ДЦП.

Методы исследования: обзор литературы по анализу причин, вызывающих ВПР, изучены статистические показатели ВПР по г. Красноярску в 6 род. доме (таблица № 1), а также изучены результаты скрининг – диагностики, УЗИ плода, кардиотонографии, инвазивные методы, перинатальной диагностики в женской консультации № 12.

Таблица 1. Показатели частоты ВПР относительно количества родов

Показатели	**2013 г**	**2014 г**	**2015 г**
	Р/д № 6	Р/д № 6	Р/д № 6
Количество родов	2822	2806	3140
Частота ВПР	123	111	112

1. Результаты обследования выявили высокий процент риска рождения детей с ВПР у 43 женщин из 100.

2. Установлено, что ВПР чаще встречаются у детей, рожденных родителями старше 35 лет, страдающих хроническим алкоголизмом, нарко- и никотиноманией, живущих в неблагоприятной экологической среде, имеющих отягощенную наследственность, репродуктивная незрелость родителей.

3. Наблюдение за больными детьми показало, что самые простейшие методы реабилитации (массаж, гимнастика, водные процедуры) дают положительный эффект в адаптации их к социальным условиям жизни.

Определена частота ВПР, уровень которой характеризуется как высокий по сравнению с другими заболеваниями. Проведенные исследования сроков и объемов профилактических и реабилитационных мероприятий у детей с ВПР служат обоснованием необходимости внедрения единой региональной системы учета данной патологии. Предложены рекомендации по реабилитации и профилактике ВПР, что обеспечивает возможность оказания своевременной медико-социальной помощи.

В обращении Минздрава РФ к педиатрам России обращено большое внимание на мероприятия улучшающие здоровье женщин детородного возраста, начиная с 14 лет. Актуальной в условиях современного развития становится проблема аномального детства. Студентами МУЗ ГМТ под руководством преподавателей проводится научно-исследовательская работа по изучению причин и видов врожденной патологии у детей, а также методов диагностики, лечения и реабилитации.

Реабилитация представляется, как система социально-экономических, медицинских, педагогических и психологических мероприятий, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, на смягчение дефектов развития.

Разработкой данной проблемы кружок «Педиатр» занимается 3 года. Для достижения поставленных целей был разработан комплексный план мероприятий по организации совместной работы студентов и среднего медицинского персонала детских учреждений по профилактике перинатальной патологии и реабилитации детей с врожденными дефектами развития.

Мероприятия по обучению студентов методам реабилитации, научного исследования, оформлению полученных данных и представлению их на занятиях кружка проводились в ЖК № 12, детском отделении ГКБ № 20 (соматике), краевой центр реабилитации, детский дом № 3 для умственно-отсталых.

Итоги работы по данной теме легли в основу проведения занятия на кружке «Педиатр», проведенной в техникуме 2014 г. «Врожденная патология развития».

Данный материал явился информацией к размышлению студентов о будущем поколении, а также обучающим материалом по теме предмета «Наследственно-дегенеративные болезни», «Врожденные пороки развития» по организации сестринского ухода за детьми с ВПР.

Мы не считаем эту тему разработанной до конца и предлагаем продолжить научно-исследовательскую работу по организации сестринского ухода с детьми с перинатальной патологией на базе нейрохирургического отделения ГКБ № 20.

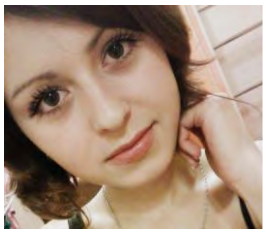
В настоящее время вопросы реабилитации детей с ВПР приобретают более значимое значение. Реабилитации таких детей позволяет в дальнейшем внедрению ребенка в социальную среду и поможет ему стать более значимым в обществе.

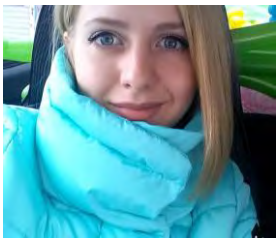
Список литературы

1. Журнал «Педиатрия» 2013 г. № 2,3; 2014 г. № 1-6; 2015 г. № 7,9.
2. Н.Б. Шабалов «Детские болезни», СПБ, 2000 г.
3. Лазюк Г. И., Прибушеня О. В. «Профилактика врожденных пороков развития медико–генетической службой» 2002 г. № 4.
4. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

«ИСТОРИЯ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 (ПЕРИОД 1939-1954 ГГ.)»

Белая Ксения Алексеевна,
Парфѐнова Ольга Юрьевна
Руководитель: Хоменко Денис Юрьевич
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум





Целью работы является выявление особенностей развития Красноярской краевой клинической больницы №1 на первом этапе еѐ существования (1939-1954 гг.).

Хронологические рамки первого этапа были выделены Л.А. Мотиной и приняты в нашем исследовании без изменений.

На сегодняшний день сложно установить дату открытия больницы. Согласно справки Государственного архива Красноярского края от 13 декабря 1989 г., которая хранится в архиве музея КККБ №1, в 1940 г. был сдан в эксплуатацию хирургический корпус городской больницы на 310 коек. Точная дата при этом не указана. Так же, не сохранилась информация и о переводе больницы в статус краевой. В вышеозначенной справке указано только, что «впервые как краевая больница, хирургический корпус упоминается с июля 1942 г.»[6, л.1] В нашем исследовании мы рассматриваем развитие больницы с момента строительства вне зависимости от еѐ статуса.

Строительство первого (хирургического) корпуса больницы на 260 коек началось с приказа Народного комиссариата здравоохранения №447 от 8 июля 1934 года. Летом 1935 года на заседании президиума городского Совета Красноярска постановили, что необходимо возможного большее удаление от аэродрома и приближение строительства к городу, отнести участок в направлении к еврейскому кладбищу с разрывом границы от последнего в 100 метров так, чтобы главные больничные корпуса находились не ближе 250 метров от кладбища. Все было сделано таким образом, чтобы начать строительство специализированной больницы корпусного типа на 700 коек в загородной зоне. Проектно-сметные работы были поручены Медсанпроекту. В 1935 году была утверждена сметная стоимость строительства, которая составила 2 миллиона 262 тысячи рублей, но в последующем эта сумма несколько раз пересматривалась, а окончательная сумма была утверждена Советом Народных Комиссаров СССР в 1940 году, после постройки первого корпуса и составила 5 миллионов 219 тысяч рулей (приказ №562/77 от 21 сентября 1940 года). Через три года, летом 1939 г., на первых этажах больницы разместилось 200 больных, а на 3 и 4 этажах заканчивалась отделка помещений. Достройка хирургического корпуса и подсобных помещений продолжалась до 1941 г. [3, л.1]

В 1940 году был торжественно открыт хирургический корпус, первым главным врачом которого назначен И.И. Ваксман. Это было единственное кирпичное большое здание в округе. У парадного входа было высокое каменное крыльцо с двумя отлично выполненными гипсовыми скульптурами выше роста человека. Справа находилась скульптура В.И. Ленина, а слева - И.В. Сталина. Здание было хорошей планировки, с большими окнами и высокими потолками, просторными палатами и холлами, с обилием воздуха, света, множеством цветов и зелени.

На каждом этаже в самой большой комнате по коридору справа располагались бильярдные, в которых цвет обивки стола строго закреплялся за определенным этажом (красный, синий или зеленый). На каждом этаже находились душевые установки, для того чтобы хирурги принимали душ до и после работы в операционной. На третьем этаже были размещены две хорошо оснащенные по тем временам операционные с удобным оперблоком. На втором этаже одна находилась одна операционная. В холле стояла мягкая бархатная мебель, на стенах висели картины, на окнах - шелковые шторы, а в палатах - никелированные койки, белоснежное белье, салфетки на прикроватны тумбочках, вышитые сотрудницами больницы. Больным выдавались пижамы, халаты, комплекты были для взрослых и детей.

Всего было открыто пять отделений на 300 коек. Располагались отделения так: первый этаж был отведен под общую терапию, заведующим которого была А.А. Ветрова, на втором этаже располагались гнойно-хирургическое (заведующая – А.А. Врублевская) и отоларингологическое (заведующий – С.Ф. Фѐдоров) отделения. Третий же этаж отводился под чистую хирургию, которой заведовал М.М. Ховес, а на четвертом этаже располагалось глазное отделение (заведующий Н.С. Чепурин). В 1940 г. появился рентген кабинет. В 1941 году в больнице начал работать физиокабинет, который занимал одну большую комнату и имел 5-6 наименований аппаратуры. На его базе осенью 1962 года будет открыто физиотерапевтическое отделение.

С началом Великой Отечественной войны хирургический корпус практически прекратил работу: 58 сотрудников ушли на фронт. 9 октября 1941 года приказом по крайздравотделу №432 хирургический корпус был закрыт, а здание передали Харьковскому эвакогоспиталю челюстно-лицевой хирургии № 1350, который был эвакуирован со своим персоналом. В марте 1942 года, после вывода этого госпиталя в здание педагогического института, в хирургическом корпусе разместили больницу специального назначения, куда сразу же начали прибывать эвакуированные из блокадного Ленинграда с крайней степенью дистрофии.

Как уже указывалось выше, именно в годы войны больница была передана из городского ведения в краевое. Приказом № 173 по Красноярскому краевому отделу здравоохранения от 15 октября 1942 года краевая хирургическая больница получила статус клинической, так как на базе ее отделений были размещены клиники вновь образованного Красноярского медицинского института. Полностью переподчинение крайздравотделу произошло с 1 января 1943 г.

Представляют интерес воспоминания военных лет, оставленные хирургом Г.Д. Воробьѐвой и хранящиеся в музее истории медицины краевой клинической больницы №1. «Неотложная помощь осуществлялась дежурной службой больницы … Дежурства были тяжѐлыми не только по объѐму выполняемой работы, но и по условиям работы. В больнице, особенно зимой, было холодно, стерилизация инструментов производилась на обычной плите. Отсутствовала горячая вода, и мытье рук в течение 10 минут производилось под ледяной водой. Часто отключали электроэнергию, и операции зачастую производились при свете керосиновых ламп, а то и свечей» [5, с.49]. Г.Д. Воробьѐва также вспоминала, что попала в Красноярск по распределению, после окончания Томского медицинского института в декабре 1941 г. и, соответственно, не имела никакого практического опыта. Поэтому для неѐ очень важной была помощь и поддержка опытно операционной сестры М.А. Шахматовой. Г.Д. Воробьѐва пишет: «Она помогала мне ставить диагноз, воодушевляла, вселяла веру и твѐрдость в себе. Первую операцию (по поводу внематочной беременности) сделала благодаря еѐ помощи» [1, л.1]. Таким образом, в тяжѐлых условиях военного времени единение всего медицинского персонала (врачей и сестѐр) позволяло продолжать работу.

С 27 ноября 1944 года по 15 октября 1945 года больница находилась на капитальном ремонте. После ремонта было развернуто 500 коек, включая 20 коек краевого онкологического диспансера. Таким образом, капитальный ремонт в больнице был завершѐн уже после окончания Великой Отечественной войны.

В 1945 году в больнице имелись следующие вспомогательные кабинеты: клиническая лаборатория, рентгенодиагностический кабинет, физиотерапевтический кабинет, патоморфологическая лаборатория, морг.

В послевоенное время больница активно развивается, вводятся в строй новые отделения. К началу 1950 года мощность больницы была расширена до 400 коек, и приказом по больнице № 83 от 24 марта 1950 года утверждены следующие отделения: хирургическое – 50 коек, травматологическое – 50 (по другим данным – 18), урологическое – 17, костно-туберкулезное – 20, гнойно-хирургическое – 45, гинекологическое – 60, офтальмологическое – 50, отоларингологическое – 40, неврологическое – 30, стоматологическое – 20, терапевтическое - 50. Дополнительно появилось 20 коек онкодиспансера. Этим был дан старт мощному развитию хирургии края.

В сентябре 1952 (по другим данным, в 1954-го) года в ККБ было открыто детское отделение на 30 коек и расширена терапия до 70 коек. Мощность больницы достигла 450 коек, плюс 20 онкологических коек. Все эти 470 коек размещались в единственном хирургическом корпусе, мощность которого по проекту была рассчитана на 180 коек хирургического профиля.

Период становления Красноярской краевой клинической больницы №1 пришѐлся на время Великой Отечественной войны. На некоторое время (с октября 1941 г. по 1942 г.) единственный корпус больницы был закрыт, на его площадях размещались другие учреждения. Большая часть первоначального персонала ушла на фронт, и штат формировался из новых специалистов. Вместе с тем, размешѐнные на территории больницы эвакуационный госпиталь и больница спецназначения вряд ли серьѐзно повлияли на дальнейшее становление больницы: нам неизвестны факты перехода врачей этих учреждений в штат клинической больницы. Мы предполагаем, что важным фактором восстановления больницы был перевод еѐ в краевое подчинения: именно после этого фиксируется открытие новых отделений, проведение капитального ремонта и т.д. Таким образом, Великая Отечественная война, несомненно, затормозила и на время приостановила становление больницы, но всѐ же не явилась решающим фактором в еѐ развитии.

Список литературы

1.Воспоминания Воробьѐвой Г.Д. // Архив музея КККБ №1, б/№;

2.Из хронологической летописи больницы: по материалам музея ККБ №1. (составитель: Мотина Л.А.) // Архив музея КККБ №1, б/№;

3. Историческая справка о Красноярской краевой клинической больнице от 14 января 1986 г. №26-а // Архив музея КККБ №1, инв.№1662.;

4. Мотина Л. А. 65 лет со времени образования краевого государственного учреждения здравоохранения "Красноярская краевая клиническая больница" // Край наш Красноярский : календарь знаменательных и памятных дат на 2007 год. - Красноярск: ГУНБ, 2006. - с. 93-95;

5. Мотина Л.А. Начало и период становления (1939-1954 гг.) // Первая краевая. – 2012. - №5. – С.10-18;

6. Справка ГАКК от 13 декабря 1989 г. // Архив музея КККБ №1, инв.№4464.

«ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ»

Валиева Айнур Аббас кызы
Руководитель: Роппельт Лилия Амировна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Потребность - это физиологический или психологический дефицит, который человек испытывает на протяжении всей своей жизни и должен его постоянно восполнять для гармоничного роста и развития. Причем очень важно, что делать это он должен самостоятельно, только тогда он будет испытывать состояние полного комфорта.

Движение - это жизнь! Движение укрепляет мускулатуру, улучшает кровообращение, питание клеток и тканей, выделение вредных веществ из организма. Улучшает работу внутренних органов, поддерживает настроение.

Причин для нарушения двигательной активности человека много. Одна из них, например: заболевание суставов и в частности артроз, у пациента возникают тугоподвижность, боль, слабость, мешающие нормально двигаться.

Артроз – это дистрофическое заболевание суставов костей, связанное в основном с поражением хрящевой ткани, которая покрывает поверхность суставов. Артроз развивается при нарушении равновесия между образованием нового строительного материала для восстановления ткани хряща и разрушением [1].

Проблема развития артроза актуальна. Так по статистике, если в возрасте до 29 лет болеет 8,4 человека на 1000 населения, в 30-39 лет — 42,1; 40-49 лет — 191,9; 50-59 лет — 297,2; то в 60-69 лет — 879,7 на 1000 человек.

Целью данной работы является изучение потребности пациента в движении при заболеваниях суставов и влияние факторов риска на ее удовлетворение в амбулаторной практике.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по данной проблеме
2. Дать характеристику деятельности медицинской сестры в амбулаторной практике по удовлетворению потребности в движении при заболеваниях суставов (артроз)
3. Описать этиологию, патогенез, симптоматику, диагностику, лечение и профилактику заболевания суставов (артроз)
4. Разработать рекомендации для пациентов с нарушением двигательной активности

Объект исследования: потребность пациента в движении при заболеваниях суставов (артроз)

Предмет исследования: факторы риска, влияющие на удовлетворение потребности в движении при заболеваниях суставов (артроз).

Гипотеза исследования: мы предположили, что существует влияние факторов риска, таких как избыточный вес, травмы, условия труда, на удовлетворение потребности пациента в движении при заболеваниях суставов и в частности артроза.

Методами исследования послужили опрос пациентов и анализ амбулаторных карт.

Артроз является мультифакториальным полиэтиологическим заболеванием. Три основные причины развития дегенеративно-дистрофического процесса в суставе: травма, дисплазия и воспаление.

Травма сустава — самая частая причина артроза. На втором месте стоит дисплазия сустава — врождѐнные особенности, которые сопровождаются плохой биомеханикой сустава.

Воспаление также достаточно часто приводит к повреждениям тканей сустава и развитию вторичного артроза. Чаще всего это является результатом аутоиммунных заболеваний (например, ревматоидный артрит), реже — инфекционного процесса (к примеру, острое гнойное воспаление сустава, вызванное стафилококком или другой специфической инфекцией (при гонорее, сифилисе, клещевом энцефалите)). Это так же очень распространѐнное осложнение при хронических гемартрозах (гемофилия) [2].

Наше исследование проводилось на базе поликлиники №1 ФГБУЗ СКЦ ФМБА России. Были проанализированы амбулаторные карты 17 пациентов с артрозом I, II и III стадиями заболевания.

По результатам опроса пациентов и анализа амбулаторных карт, было выяснено, что у 12 человек были поражены плечевые, межфаланговые, коленные суставы, у 5 – коленный и бедренный. Большой процент больных составляли женщины (13 человек). Длительность заболевания у 85% пациентов превышала 3-12 лет. Их возраст был от 33 до 65 лет. Диагноз артроза у всех пациентов был подтверждѐн рентгенологически.

Мы выявили, что артрозом преимущественно болеют женщины старше 40 лет.

У 72% опрошенных пациентов отмечено ограничение движения в поражѐнных суставах, у 69% деформация суставов, у 7% заметная гипотрофия мышечного аппарата. См. рис. 1.

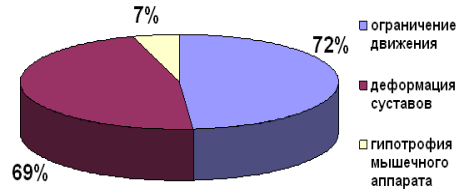


Рис.1. Исследование жалоб пациентов.

По нашим данным среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы и характеризовались болями механического типа, иногда болевые ощущения бывали в виде утомления.

На втором месте чаще у мужчин, стоят тазобедренные суставы. Поражение этого сустава в прогнозе неблагоприятно: обездвижение одного сустава приводит к инвалидности в 60-70% случаев, а обездвиженность двух и 100% случаев.

В нашем исследовании более половины пациентов (58,8%) отмечают в анамнезе травму: растяжение связок коленного сустава – 29,4%, ушиб коленного сустава – 23,5%, повреждение мениска – 1 (5,8%). Причем среди женщин травма коленного сустава отмечена у 52,9%, среди мужчин у 61,5%. См. рис.2.

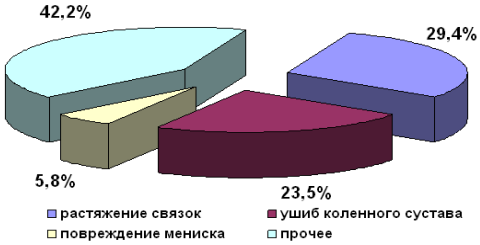


Рис.2. Травмы, приводящие к развитию артроза.

Нами выяснено, что большинство пациентов с деформирующим артрозом страдают избыточной массой тела, что является основным фактором риска возникновения артроза. См. рис.3.

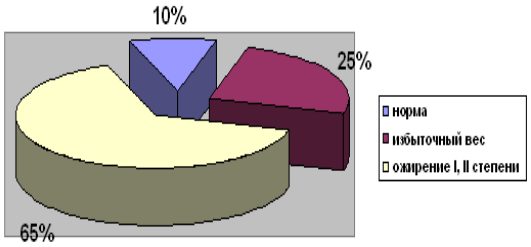


Рис.3. Масса тела пациентов.

Проведя опрос, получили результаты, что за последние 3 года пациенты, у которых снизилась масса тела, чувствовали себя намного лучше, так как уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма.

Также выяснили, что большинство пациентов в силу профессии имеют нагрузку на ноги (частое стояние), 9 пациенток были учителями или продавцами крупных магазинов.

Таким образом, проведя исследование можно сделать следующие выводы:

– артрозом страдают преимущественно женщины в возрасте старше 50 лет;

– основным фактором риска при артрозе является избыточный вес;

– травмы в анамнезе и тяжелая физическая работа способствуют более быстрому прогрессированию артроза;

– по нашим исследованиям среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы, на втором у женщин - артроз дистральных межфаланговых суставов кистей, а у мужчин - тазобедренные суставы;

– эффективным средством лечения деформирующего артроза является лечебная гимнастика.

– реабилитация пациентов на ранней стадии развития заболевания может дать хорошие результаты, особенно это относится к функции сустава.

В большинстве исследований артроз тазобедренного сустава (коксартроз) более чем в 2 раза чаще наблюдается у мужчин, при этом женщины чаще страдают остеоартрозом коленного сустава (гонартроз).

Хотя развитие артроза и не влияет на жизненный прогноз, заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, хронического болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни пациентов [3].

Список литературы

1. Белова А.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том 2, часть 2 / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. - М.: АОЗТ «АНТИДОР», 2008. – С. 56-59.

2. Заболотных И.И., Заболотных В.А. Особенности деформирующего артроза в пожилом и старческом возрасте. // Болезни суставов в пожилом возрасте. - СПб.: Петрополис, 2010. - С. 3-46.

3. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – Москва: Медицина, 2009. – С.350-353.

ВЛИЯНИЕ СЛЕНГА НА РЕЧЕВУЮ КУЛЬТУРУ БУДУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Корзун Кристина Николаевна
Руководители: Федулова Алла Юрьевна,
Дубовик Любовь Юрьевна
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Молодѐжный сленг – особая форма языка, одна из составляющих процесса развития языка, его пополнения, его многообразия. Эта тема всегда была интересна и на сегодняшний день не теряет своей актуальности. В своей работе я хочу поднять вопрос употребления в русском языке жаргонных слов, сленга среди будущего медицинского персонала среднего звена (студентов). Своѐ исследование я решила провести в своѐм учебном заведении, в Красноярском медицинском техникуме, среди студентов первокурсников и преподавателей.

Актуальность темы заключается в активном использовании сленга в речи студентов-будущих медицинских работников среднего звена. Проблема, с которой столкнулся русский язык на современном этапе: большая применяемость сленговых выражений в речи нынешних студентов. Выяснилось, что сленг стал неотъемлемой частью общения студентов.

Так как я готовлюсь работать в сфере медицинского обслуживания, мне стало очень интересно изучить влияние сленга на речевую культуру будущего медицинского работника. Современные условия жизни предъявляют к человеку жѐсткие требования. Основой успеха в современном обществе является умение четко и грамотно выражать свои мысли, что является неотъемлемой частью конкурентоспособного медицинского работника наряду с профессиональными навыками.

Цель исследования: определить влияние сленга на формирование речевой культуры будущего медицинского персонала среднего звена.

Задачи исследования:

1.изучить место сленга в русском литературном языке;

2.выявить причины возникновения сленговых слов;

3.проследить развитие молодѐжного сленга;

4.выяснить причины появления жаргонизмов среди студентов;

5.определить место молодѐжного сленга в речевой культуре студентов;

6.рассмотреть позитивно-негативное влияние сленга на речевую культуру будущего медицинского персонала среднего звена;

7.провести исследование;

8.обобщить полученные данные;

9.классифицировать жаргонные слова и выражения студенческой лексики

10.составить «Словарь жаргонизмов».

Материал для исследования-словарь молодѐжного сленга; результаты анкетирования среди студентов-первокурсников и преподавателей Красноярского медицинского техникума.

Рабочая гипотеза - сленг оказывает большое влияние на культуру речи студентов как будущего медицинского персонала среднего звена.

Объект исследования – языковая среда студентов.

Предмет исследования – студенческий сленг.

Методы исследования:

1.Изучение теоретической литературы по теме исследования;

2.Анкетирование студентов-первокурсников Красноярского медицинского техникума;

3. Анкетирование преподавателей Красноярского медицинского техникума;

4. Наблюдение за речью сокурсников во внеурочное время;

5.Анализ и обработка полученных данных.

6.Собственные выводы.

7.Составление словаря употребительных сленговых слов современного студента.

Научная новизна: Сленг – живой и подвижный как жизнь язык, идущий в ногу со временем и реагирующий на любые социальные изменения. Студенческий сленг пополняется за счѐт переосмысления общеупотребительной или терминологической лексики, заимствований, арготизмов; может похвастаться богатством словообразовательных связей, что очень важно для характеристики лексики современного русского языка. Новизна в том, что сленг постоянно пополняется и в данной работе можно выявить новые сленговые выражения, вошедшие в речь совсем недавно.

Практическая значимость состоит в том, что результаты исследования могут быть использованы при изучении дисциплины «Языковая грамотность и культура речи в профессиональной деятельности» в СПО. Также материалы данной работы могут быть использованы на занятиях дисциплины «Биоэтика» в разделе «Основы культуры общения медицинского работника», в лекционных практических курсах по современному русскому языку и культуре речи.

Вся лексика того или иного языка делится на ***литературную*** и ***нелитературную.*** Именно к нелитературной лексики относятся:

1.Профессионализмы - это слова, используемые небольшими группами людей, объединѐнных определѐнной профессией.

2.Вульгаризмы – это грубые слова, не употребляемые образованными людьми в обществе, специальный лексикон, используемый людьми низшего социального статуса: заключѐнными, торговцами наркотиками, бездомными и т.п.

3.Жаргонизмы - это слова, используемые определѐнными социальными или объединѐнными общими интересами группами, которые несут тайный, непонятный для всех смысл.

4.Арготизмы - слова, ограниченные в своем употреблении социально, являющиеся эмоционально-экспрессивными эквивалентами стилистически нейтральных слов литературного языка: срезаться – «не выдержать экзамен», хвост – «несданный экзамен», вызубрить – «выучить».

5.Сленг – это слова и выражения, употребляемые людьми определенных возрастных групп, профессий, классов. С развитием массовой информации: прессы, радио, телевиденья, Интернет – технологий понятие ***сленг*** потеряло свой первоначальный смысл.

Эта часть лексики отличается разговорным неофициальным характером.

Теперь, на наш взгляд, определение сленга должно быть другим.

Сленг – слова, живущие в современном языке полноценной жизнью, но считающиеся нежелательными к употреблению в литературном языке. С помощью сленга говорящий пытается наиболее полно и свободно выразить свои чувства и эмоции.

Сленг состоит из слов и фразеологизмов, которые возникли и первоначально употреблялись в отдельных социальных группах, и отражал целостную ориентацию этих групп. Став общеупотребительными, эти слова в основном сохраняют эмоционально-оценочный характер, хотя иногда «знак» оценки изменяется. Например, «халтура» (актерская среда употребления) – обозначает «приработок».

Одной из разновидностей сленга является молодежный сленг, изучение которого является целью проведенного исследования.

Молодѐжный сленг (от англ. slang) – лингвистическийфеномен, существование которого ограничено не только определѐнными возрастными критериями, но и социальными, временными,

пространственными рамками. Лексикон молодѐжного сленга формируется на основе общенационального языка, используя его фонетические и грамматические возможности. Основная часть носителей молодежного сленга – это школьники и студенты. Главное в этом языковом явлении – отход от обыденности, игра, ирония. Он результат своеобразного желания переиначить действительность на иной манер, а также знак «я свой». Язык здесь отражает внутреннее устремление молодых ярче и сильнее, чем одежда, причѐски, образ жизни. Молодѐжный сленг – это один из способов творческого самовыражения.

Сленгизмы интенсивно проникают в язык прессы, потому что во всех материалах, где речь идѐт о жизни молодых, интересах, об их кумирах и праздниках они обязательно присутствуют.

В последнее время произошло также повальное увлечение молодѐжи компьютерными играми. Это опять же послужило мощным источником новых слов.

Молодѐжный сленг универсален. Можно выделить три основные черты, характеризующие молодѐжный сленг и роднящие его со всяким арго (от фран. argot).

Первая черта - резко выраженный идеологический момент: сленг с самого своего возникновения противопоставляет себя старшему поколению. Раскованный, непринуждѐнный он стремится уйти от скучного мира взрослых. Они говорят: Хорошо! Молодѐжь: Клѐво! Классно! Прикол! Они: Вот незадача! Молодѐжь: Ну и облом!

Вторая – метафоричность. Известный лингвист Б. Поливанов назвал арготическое словообразование словотворчеством, подчеркнув, что «…мы здесь встречаем не индивидуальную выдумку единого организующего приѐма, а в подлинном смысле слова широкое коллективное». Молодѐжный сленг – это своеобразный пароль всех членов одной какой-то группы.

Третья – связь со студенческим арго – французским, немецким, болгарским. Молодѐжному сленгу, как всякому субязыку, свойственна некоторая размытость границ. Вычленить его как замкнутую подсистему, как объект наблюдения можно только условно.

Сленг – это не вредный паразитический нарост на теле языка, а органическая в какой-то мере, необходимая часть его. Она интересна для изучения, потому что все языковые процессы, которые здесь происходят, не сдерживаются нормами, происходят во много раз быстрее и доступны непосредственному наблюдению.

Изучая причины распространения сленга среди современной молодѐжи, можно прийти к выводу, что основными из них являются:

современная поп-культура;

- увлечение молодѐжи европейской, особенно американской культурой;
- Интернет, его широкие возможности, быстро развивающиеся компьютерные технологии;
- повальное увлечение компьютерными играми;
- протест и желание выделиться, стремление не подчиняться общепринятым нормам. Непринуждѐнный молодѐжный сленг стремится уйти от скучного мира взрослых. потребность молодѐжи в самовыражении и встречном понимании;
- низкий уровень воспитания в семье;
- бездумное увлечение низкопробной кинопродукцией, средствами массовой информации.

Наиболее распространѐнная причина – скудность словарного запаса.

Большинство слов, относящихся к молодѐжному сленгу, являются производными от профессиональных терминов, практически все из которых заимствованы из английского языка.

Одной из составляющих молодежного сленга является так называемый студенческий сленг – своеобразный язык, распространѐнный среди учащихся ВУЗов. В нем можно выделить несколько групп терминов.

Во-первых, это общие для всех студентов слова:универ, пара, зачѐтка, препод и т.д.

Встречаются и целые студенческие жаргонные выражения, как, например, забить на пару, что значит – прогулять занятие. В каждом университете могут быть приняты свои устойчивые выражения (студенческий жаргон), которые передаются от старших курсов младшим.

Позднее, когда общеобразовательные предметы сменяются специальными, в речи студентов появляется лексика, характерная для того или иного факультета. Обычно слова образуются от сокращѐнных названий предметов: матан, нервы, псих и т.д.

На старших курсах в жаргоне студентов появляются специальные термины, присущие скорее не студенческой, а профессиональной среде. Особенно заметно это на примере студентов-медиков: Бэцэшник (пациент, у которого обнаружен и гепатит В, и гепатит С).

Медицинские работники, как и представители других профессий, очень часто используют жаргон и другие выражения. Если человек не посвящѐн во все тонкости медицинского сленга, то он ему может показаться чрезмерно циничным.

Однако по большей части жаргонные выражения, использующиеся медицинскими работниками, служат исключительно для упрощения сложных медицинских терминов и некоторых названий лекарственных препаратов. Зачастую они используются только лишь потому, что в критических ситуациях жизнь человека зависит именно от скорости принятия им решений и скорости коммуникаций медицинских работников.

Медицинский жаргон необычайно просто объяснить, потому как в большинстве случаев, он является защитной реакцией, потому как ему приходится каждый день сталкиваться с горем и болью людей.

Медицинские работники используют профессиональный жаргон и придумывают самые различные словечки, широко применяя сленг.

Медицинский сленг употребляют совершенно все работники медицинской сферы, независимо от их специализации. Медицинский сленг в некотором роде является определѐнным способом психологического воздействия, при помощи которого можно также поддержать и успокоить пациента, а также обеспечить взаимопонимание между медицинскими работниками.

В медицинском сленге нет совершенно ничего плохого либо же неправильного. В первую очередь он служит для обеспечения понимания медицинских работников между собой. Кроме того медицинский сленг показывает очень высокий профессионализм и грамотность медицинского работника, потому как он означает что доктор имеет превосходные познания в медицинской терминологии, если он может спокойно и просто говорить на сленге.

Для того чтобы определить взгляд студентов на сленг, как часто они его употребляют и с какой целью, мы провели анкетирование не только в студенческой среде (специальности 31.02.02 Акушерское дело, 34.02.01Сестринское дело), возрастная категория варьируется от 18-40 лет (в опросе приняли участие 40 человек), но и среди преподавателей Красноярского медицинского техникума в возрасте 28-55 лет. Всего исследуемых 52 человека.

Участникам исследования необходимо было ответить на вопросы, касающиеся их отношения к употреблению сленга и их мнения о влиянии сленга на речь и культуру общения, как в быту, так и в будущей профессиональной деятельности студентов-медиков.

В опросе среди студентов приняли участие трое мужчин и 37 женщин, а среди преподавателей двое мужчин и 10 женщин.

Все участники опроса отметили, что сленг широко используется в молодежной среде. Студенты Красноярского медицинского техникума в своѐм большинстве не считают употребление жаргонов в своей речи явлением, отрицательно влияющем на культуру их общения с окружающими их людьми. Более того, самыми популярными ответами на вопрос «В чѐм, на Ваш взгляд, причины использования сленга?» в анкетах стали такие варианты:

- Желание выражаться модно, оригинально, современно;
- Стремление быть похожими на большинство сверстников, потому что так говорят все;
- Возможность выражаться иносказательно, так, чтобы не поняли старшие;
- Невозможность выразить свои мысли посредством литературного языка;
- Ликвидация агрессии, эмоциональная разгрузка;
- Желание казаться более взрослым.
- Желание сделать речь яркой, выразительной, живой и образной.

По результатам анкетирования выяснилось, что большая часть респондентов считает сленг губительным явлением для русского литературного языка. И лишь 30% опрошенных считают, что сленг обогащает наш язык.Все респонденты полагают, что молодежный сленг можно выделить в самостоятельную языковую категорию.

На вопрос «С какой целью Вы употребляете сленг?» 22% студентов ответили, что это придает речи живость, 13% - что это модно, 15% - что сленг нужен для связи слов, 19% - что сленг скрывает скудность речи, 19% - что сленг делает речь понятнее и 12% - сленг помогает

самоутвердиться.У преподавателей лидирующими позициями при ответе на данный вопрос являются придание речи живости и юмора и желание сделать речь понятной для студентов.

Сленг не остаѐтся постоянным. На смену старым сленг-словам стремительно заменяются новыми. Если в любом другом сленге слово может существовать на протяжении десятков лет, то в студенческом сленге лишь за прошедшее десятилетие бурного прогресса появилось и ушло в историю невероятное количество слов.

Что является почвой для образования новых сленговых слов и выражений и за счет каких источников он пополняется – остаѐтся актуальным вопросом. Безусловно, сленг является интересным социокультурным явлением, отражающим в себе мировосприятие общества, он является показателем всех изменений, происходящих в жизни современных людей.

С.И. Ожегов утверждал: «Высокая культура речи – это умение правильно, точно и выразительно передавать свои мысли средствами языка. Правильной речью называется та, в которой соблюдаются нормы современного литературного языка. Но культура речи заключается не только в этом. Она заключается ещѐ и в умении найти не только точное средство для выражения своей мысли, но и наиболее доходчивое и наиболее уместное, и, следовательно, стилистически оправданное».

Список используемой литературы

1.Большой энциклопедический словарь (БЭС). - М., 1991

2.Бондалетов В.Д. «Молодежный жаргон. Что это? Словесный мусор или…?». Язык и образование: материалы 3-й Всероссийской научной конференции "Язык образования и образование языка". - Великий Новгород, 2003

3.Борисова Е.Г. «О некоторых закономерностях современного молодежного жаргона», «Русский язык в школе» – 1981 -№ 3.

4.Валгина Н.С. «Активные процессы в современном русском языке». Учебное пособие для студентов вузов - М.:Логос, 2001

5.Власенков А.И., Рыбченкова Л.М. «Русский язык: Грамматика. Текст. Стили речи:»Учебн.пособие для 10-11кл. общеобр.учрежд.- 4 изд. - М.: Просвещение, 1999

6.Гуц Е.Н. «Ненормативные глаголы в ЯКМ современного подростка». «Роль человеческого фактора в языке: Язык и картина мира». Под ред.Б.А. Серебренникова, Е.С. Кубряковой и др. – М.: Наука, 1988.

7.Касьянова В.М. «Практическая грамотность школьников - пути и способы ее формирования». «Вестник Московского университета. Серия 9. Филология» - 2004. - №2. - С.120-128.

«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ»

Петроченко Яна Сергеевна
Руководитель: Лушникова Дарья Владимировна
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Живи с людьми так, чтобы твои друзья не стали недругами, а недруги стали друзьями
Пифагор

В настоящее время в среде специалистов много разговоров о реформе сестринского дела и громких заявлений о новой роли медицинской сестры. Но обыденная реальность часто доказывает: чем выше активность по инициированию реформ, тем хуже результаты для тех, во имя кого, собственно, они и совершались. В руководствах и монографиях по конфликтологии авторы указывают, что истоком конфликта является ―трудная ситуация" между субъектами. Это позволяет полагать, что предпосылок для развития трудных ситуаций в медицине много и если их не предупреждать, то они реализуются в конфликты.

Практика показывает, что 90% людей, уволившихся в течение первого года работы, приняли это решение уже в первый день пребывания в новой организации. Как правило, новичок сталкивается с большим количеством трудностей, основная масса которых порождена

отсутствием информации о порядке работы, особенностей коллег, производственными конфликтами и др.

В процессе общения медсестры с пациентом, его родственниками иной раз возникают конфликтные ситуации, причиной которых становятся как производно – функциональные факторы (отсутствие лекарств, лечебно – диагностические ошибки, грубость, невнимание, черствость, небрежность), так и личностные особенности медсестры и пациента.

Цель исследования: изучить психологические проблемы адаптации молодого специалиста и выявить способы их решения.

Объект исследования: процесс адаптация к профессиональной деятельности медсестры.

Предмет исследования: психологические техники решения проблем адаптации.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что выявление способов решения психологических проблем и донесение сведений до студентов, поможет быстрой адаптации специалиста.

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы исследования необходимо решить следующие основные **задачи:**

1. Провести анализ проблемы адаптации молодого специалиста среднего медицинского звена на основе психологической литературы и личного опыта.

2. Выявить и охарактеризовать особенности психологических проблем адаптации.

3. Разработать методическое пособие по предупреждению и преодолению проблем адаптации медицинской сестры к профессиональной деятельности.

Метод:

1 Теоретический анализ литературы;

Проектно – исследовательская работа состоит из двух частей: теоретическая и практическая. В начале работы исследована научная литература, выявлены, анализированы психологические проблемы и способы их решения. Практическая реализация проекта включает составление лекционного материала, разработка методички. Работа направлена на преодоление трудностей адаптационного периода медицинской сестры.

У медицинской сестры, которая находится в постоянном, ежедневном контакте со своими коллегами, пациентами и их родственниками, жизнь особо насыщена общением и, как следствие, переживаниями. Таким образом, исходя из данных анкетирования студентов, фактов литературы и личного опыта, можно озвучить основные проблемы профессиональной деятельности медсестры. Это чрезмерное бумаготворчество, возросшее число контролеров, ежедневное эмоциональное напряжение, тяжелое материальное положение, отсутствие современных средств для организации качественного ухода, производственные конфликты, трудности во взаимодействии с пациентами.

Следующим пунктом рассмотрим причины возникновения одной из проблем, как конфликты на рабочем месте. Конфликты могут быть связаны с нерациональным размещением больных в палатах, когда развиваются личностные несовместимости, а также могут иметь место тогда, когда больные или их близкие представляют собой так называемые «конфликтные личности» - с истерическими чертами, асоциальным агрессивным поведением.

Условиями потери и искажения информации являются ограниченный словарный запас оппонентов и недостаток времени для общения, что не является редкостью при коммуникации в сфере медицины.

Наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций являются:

1. недостаточно внимательное отношение к пациенту;
2. отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
3. отсутствие согласованности в действиях;
4. дефекты ведения медицинской документации;
5. профессиональная некомпетентность;
6. характерологические особенности коллег и пациентов;
7. стресс;
8. недостаток информации об оппоненте, что восполняется обычно домыслами негативного характера;
9. чем выше уровень мотивов конфликта (жизнь, здоровье), тем выше степень искажения информации;

10. ограниченность кругозора конфликтующих сторон;

11. высказывания медицинского персонала по заочной оценке качества медицинской помощи у конкретного больного, совершенные по самонадеянности, легкомыслию или умышленно и вводящие больного или родственников в заблуждение;

12. непредусмотрительно оптимистичный прогноз, высказанный больному в отношении результатов диагностики, медицинского вмешательства или лечения в целом.

По итогам работы были составлены методические рекомендации для медицинской сестры по решению проблемы адаптации, включающие в себя**:**

1. Первые шаги на рабочем месте. Пути успешной адаптации медсестры к профессиональной деятельности.

2. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

3. Рекомендации при разрешении конфликта.

4. Правила общения с пациентами.

5. Правила общения с коллегами.

6. Приложение.

В первые дни на вашей новой работе мы советуем вам воспользоваться следующими правилами, которые должен соблюдать молодой специалист в течение первых нескольких недель.

1. Не будьте слишком самоуверенны.

2. Не давайте необдуманных обещаний.

3. Не болтайте, не подумав.

4. Не заваливайте себя работой.

5. Не сваливайте вину на других.

6. Не закатывайте истерик. Потеря вами самообладания, срывы, крики, стучание кулаком по столу, бросание предметов, ругань – все это явный признак незрелости поведения. Люди видят в этом не силу характера, а просто сумасбродство, и это вызывает у них недоверие.

Впечатление, произведенное медицинской сестрой на пациента при первой встрече, является очень мощным фактором, влияющим на характер их дальнейших взаимоотношений. Сформировать положительное первое впечатление о себе у пациентов медицинской сестре поможет применение ряда рекомендаций, проверенных на практике:

1. При первой встрече с пациентом приветливо улыбайтесь. Уместная доброжелательная улыбка выполняет ряд положительных функций: во-первых, говорит о вашей готовности общаться, доброжелательности, хорошем настроении; во-вторых, создает впечатление о том, что у вас все в порядке.

2. Обращайтесь к пациенту по имени и отчеству, первоочередное представление себя, использование бейджера. Собственное имя у большинства людей вызывает положительные эмоции. Общение становится позитивным.

3. Не стесняйтесь говорить пациенту добрые слова о нем самом, об организации, городе, стране, которые он представляет. Конечно, ваши комплименты должны быть искренними и уместными. Говорите о том, что вам действительно понравилось.

4. Проявляйте искренний интерес к пациенту.

5. Умейте внимательно выслушать мнение собеседника, без настойчивого навязывания своего собственного.

6. Умейте указать пациенту на ошибки, не нанося ему обиды.

7. Обязательно информируйте пациента о сущности предлагаемого лечения, характере и возможных осложнениях.

8. Соблюдать культуру оказания медицинской помощи.

Можно сказать, что медсестра должна общаться так, как бы она хотела, чтобы обращались с ней. Естественно, в работе должны использоваться оптимальные невербальные методы общения – спокойный тембр голоса, плавные жесты и т. д.

Рекомендации при разрешении конфликта

1. Относитесь справедливо к инициатору конфликта. Как правило, за его претензиями стоят довольно существенные причины, которые его беспокоят, тяготят, мучают. Так, начальник, выражающий свое недовольство по поводу неубранного рабочего места подчиненного, думает о технике безопасности, о возможности скорейшего выполнения работы.

2. Не расширяйте предмет спора. Часто партнеры уходят от существа спора из – за придирок, оскорблений. Например, конфликт по поводу частых разговоров сотрудника по телефону в рабочее время перерастает в претензии и в высказывания «того, что накопилось», вместо нахождения компромиссного решения, устраивающего обе стороны.

3. Предлагайте позитивное решение конфликта.

4. Будьте эмоционально выдержанны. Нередко конфликтующие в момент спора испытывают сильнейшее эмоциональное напряжение, разговаривают на повышенных тонах. Не выбирают выражений. Для того же, чтобы разрешить конфликт, нужно взять максимально возможный спокойный и ровный тон разговора, продумывая каждое слово.

5. Лучший способ выйти из конфликта – это разрешить его с позиции разумности и справедливости, считаясь с моралью, законами общества и помогая общему благополучию. Если конфликт не решать, то он как снежный ком накапливает тяжелые последствия и может привести к войне, драке, преступлению, от которых страдают люди.

6. Человек, который умеет забивать гвозди, не попадая себе молотком по пальцам. Очень трудно объяснить другому, как это делается, поэтому, не требуйте понимания от других и постарайтесь сами понять их.

7. Будьте готовы пересмотреть свою позицию, если не правы.

8. Не угрожайте, не унижайте, используйте неожиданность и юмор.

9. Будьте готовы страдать за то, что важно для вас.

10. Стараться разрешать конфликт "здесь и сейчас".

11. Вы не попадете в неприятное положение, признав, что можете ошибиться.

Таким образом, все вышеперечисленные проблемы, а именно, чрезмерное бумаготворчество, возросшее число контролеров, ежедневный эмоциональный стресс, отсутствие современных средств для организации качественного ухода, тяжелое материальное положение, а также производственные конфликты прямо или косвенно влияют на наш психологический комфорт на работе, на мотивацию профессионального роста. В своей работе я не берусь разрешить все вышеназванные проблемы, это задача государства, а только предоставить, дать молодым специалистам пути – решения выхода из сложных ситуаций.

Продукт моей работы, а именно методические рекомендации, представляют собой частично переработанные и дополненные текстами литературы материалы по решению проблем адаптации, с целью профилактики возникновения конфликтных ситуаций и улучшения психологического здоровья средних медицинских работников, а следовательно улучшения качества медицинской помощи.

Наша гипотеза исследования, а именно, что выявление способов решения психологических проблем и донесение сведений до студентов, поможет быстрому становлению специалиста подтвердится временем, исходя из полученной обратной связи от молодых специалистов.

Наше исследование позволит более качественно подходить к выстраиванию программ подготовки молодых специалистов и формирования у них адекватного поведения в различных сложных ситуациях.

Для меня ценность работы заключалась в том, чтобы получить собственный опыт, знания по данной тематике, актуальной для каждого специалиста, стремящегося быть успешным в своей профессиональной работе, и оказывать качественную медицинскую помощь будущим пациентам.

Список литературы

1. Анцупов А.Я., Малышев А.А. Введение в конфликтологию. Ужгород: МАУП, 1995. 101 с.

2. Выготский Л.С. Психология. М.: Изд – во Эксмо – Пресс, 2002. Психологический словарь/ Под ред. А. В. Петровского. – М., Издательство, 1997.

3. Деловой этикет в работе медсестры/ Сестринское дело № 6, 2007.

4.Матвеев В. Ф. Основы Медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Медицина, 1984. – 176

5. Спринц А. М., Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии: Учебник для средних медицинских учебных заведений/ А. М. Смирнов, Н. Ф. Михайлова, Е. П. Шатова. СПб.: СпецЛит, 2005. – 447 с.

9. Фишер Р. Путь к согласию, или переговоры без поражения. М.: Наука, 1990. 158 с.

«ОСОБЕННОСТИПРОВЕДЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИЕМОВМ.С. НОРБЕКОВА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ»

Сабирова Елена Шукруллаевна
Руководитель: Андреев Владимир Александрович
КГБПОУ Красноярский медицинский техникум

Первое место в структуре заболеваемости школьников занимают болезни органов дыхания, пищеварения и кожи и подкожной клетчатки. Из всех учитываемых заболеваний и патологических состояний у детей за последние 10 лет в наибольшей степени возросло число заболеваний эндокринной системы, нарушений питания и расстройств с вовлечением иммунных механизмов. Далее следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; анемии, заболевания системы кровообращения; болезни и функциональные расстройства органов пищеварения, патология мочевой системы, болезни аллергической природы[5].

Причины высокого уровня функциональных нарушений физиологических функций и систем организма у школьников следует искать, прежде всего, в возрастно-половых особенностях реактивности растущего организма, в образе жизни, степени двигательной активности, режиме учебных занятий, степени умственной нагрузки, пределах и объеме информации, воспринимаемой школьниками.

Среди множества факторов, влияющих на состояние здоровья молодежи, наряду с наследственностью, важно отметить роль «управляемых факторов»: окружающей среды, санитарно-гигиенических условий проживания и учебы школьной молодежи. Следует учитывать тот факт, что здоровье человека лишь на 10% зависит от медицины, на 10% от наследственности, на 20% от воздействия внешней среды, а на 60% от образа жизни самого человека. Особенно это относится к подросткам, поскольку именно в этот возрастной период в силу физиологических, функциональных и психологических особенностей нарушения здоровья чаще носят функциональный характер, они еще обратимы и поддаются коррекции. Но в силу этих же особенностей подростки чрезмерно подвержены влиянию среды, под воздействием которой в основном происходит формирование поведенческих установок, привычек, от которых зависит их здоровье[3].

Необходимость оптимизации здоровьесберегающих технологий на основе минимизации ущерба здоровью при достижении высоких показателей в уровне образования и определяет **актуальность** данной работы.

Поскольку грипп - одно из самых распространенных инфекционных заболеваний, способное почти ежегодно приводить к массовым вспышкам и даже эпидемиям, необходимо постоянно проводить разъяснительную работу о мерах профилактики гриппа и ОРВИ[2].

Целью исследования является изучение особенностей здоровьесберегающих технологий, в частности, методики суставной гимнастики М.С. Норбекова для снижения заболеваемости респираторными инфекциями у школьников старших классов, оценить их эффективность.

Объект исследования- здоровьесберегающие технологии.

Предмет исследования- методика применения суставной гимнастики у школьников старших классов по системе М.С. Норбекова.

Гипотеза исследования заключается в том, что использование статических и статодинамических упражнений в методике суставной гимнастики у школьников старших классов, будет способствовать повышению сопротивляемости организма к респираторным инфекциям, а также улучшит показатели силовой выносливости и гибкости.

Задачи исследовательской работы:

1) изучить информационные источники по данной теме;
2) провести анкетирование учащихся, преподавателей, родителей;
3) апробировать метод М.С. Норбекова среди учащихся 10-х классов гимназии №16;
4) оценить эффективность используемой методики в отношении гриппа и ОРВИ;

База исследования – муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Гимназия № 16», г. Красноярск, ул. Урицкого, 26.

В исследовательской работе произведен анализ поставленных задач, была упрощена для восприятия старшеклассников суть методики. Предварительно проведено анкетирование, в ходе которого были выявлены учащиеся, не прошедших вакцинацию, которые и составили экспериментальную группу (табл. 1).

Табл. 1Результаты анкетирования по выявлению экспериментальной группы

Классы	**Кол-во учащихся**	**Число учащихся**			
		прошедших вакцинацию	**не имеющих вакцинацию**	**заболевших ОРВИ и гриппом**	**здоровые**
10 а класс (контрольная группа)	32	81,2%	18,8%	62,5%	37,5%
10 б класс (экспериментальная группа)	36	78%	22%	22,3%	77,7%

Среди учеников данной экспериментальной группы в количестве 8 человек, регулярно проводились занятия в течение 6 месяцев: 1 раз в неделю по 20-30мин.

Результатом работы является снижение количества заболевших ОРВИ, по сравнению с контрольным классом, где не проводились занятия:

- В 10 а классе из 32 человек – заболевших за весь период 20 человек.
- В 10 б классе количество заболевших составило всего 8 из 36 учащихся.А из 8 человек в экспериментальной группе – ни одного случая заболевания ОРВИ. Таким образом, удалось зафиксировать 100% посещаемость в экспериментальной группе за весь период исследования.
- Отмечались пики заразившихся ОРВИ в ноябре и феврале.

Далее приведены данные по динамике заболеваемости гриппом и ОРВИ среди общего количества учащихся в обоих классах в течение полугода (рис. 1).

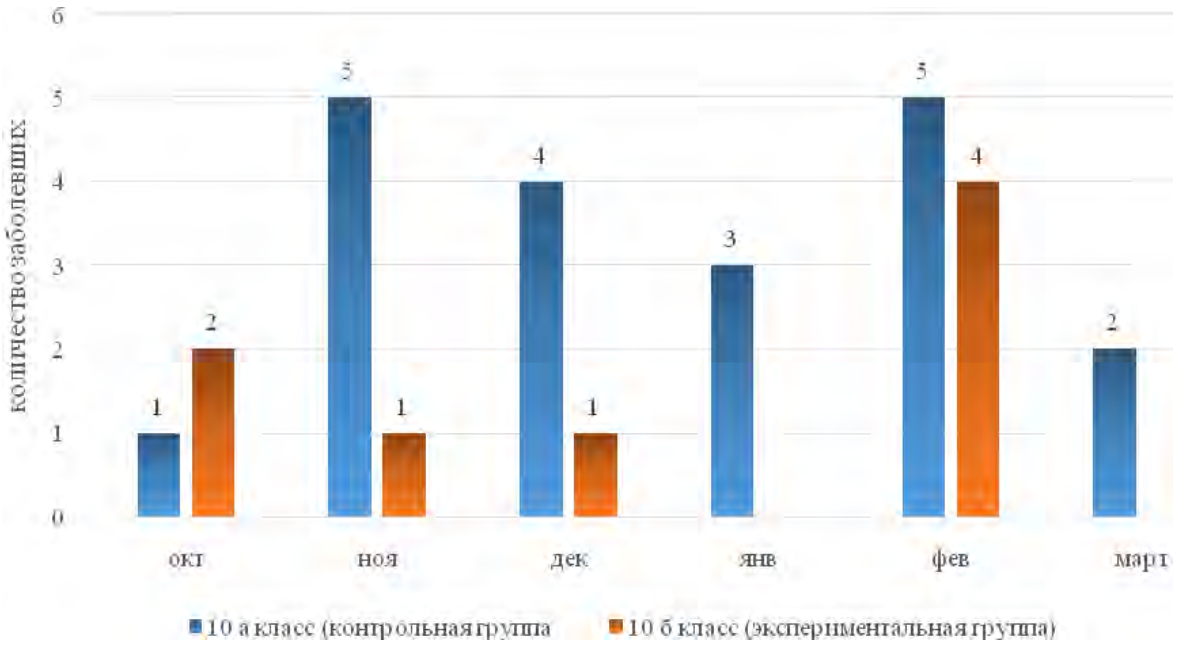


Рис.1 Динамика заболеваемости гриппом и ОРВИ в период исследования

Дополнительным преимуществом является то, что, благодаря этим и другим упражнениям, играм в учебном процессе достигается гарантированный результат улучшения здоровья детей. Повышается эффективность учебного процесса и уровень успеваемости школьников.

Внедрение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс позволило добиться значительного снижения уровня заболеваемости среди старшеклассников.

В целом работа проделана успешно, предположения подтвердились, задачи решены и поставленная цель достигнута.

Таким образом, данное исследование имеет практическую ценность для разработки и проведения санитарно-просветительских мероприятий, а материалы и выводы данной работы могут быть использованы специалистами по воспитательной работе и преподавателями в общеобразовательных учебных заведениях.

Список литературы

1. «Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России» Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, Москва 1999 г, под редакцией А.К.Демина, И.А. Деминой, 256 с.
2. «Охрана здоровья детей и подростков» Лекции для медицинских работников и педагогов. Российская ассоциация общественного здоровья, Москва 2000 г.,168с.
3. «Минздрав: здоровых детей становится меньше//Права ребенка», Москва, 2001г., 34 с.
4. Норбеков М.С. Опыт дурака, или Ключ к прозрению, Москва: ИГ «Весь», 2003г., с.306.

МОТИВЫ И КАРЬЕРНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ

Бровкина Ксения Васильевна,
Мурза Алина Витальевна,
Секира Анна Владимировна
Руководитель: кандидат биологических наук, доцент кафедры анатомии и гистологии человека
Торопова Галина Валерьевна
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Каждый человек в своей жизни должен принять несколько ключевых решений, определяющих дальнейшую судьбу, и выбор профессии – это одно из них. С малых лет мы думаем, кем стать: девочки хотят стать учительницами, врачами или моделями, мальчики мечтают быть автогонщиками, пилотами или бизнесменами. Мы растем, мечты меняются, и приходит время делать выбор. Нужно выбрать вуз, который позволит воплотить желаемое в реальность. Но многие даже к окончанию школы так и не могут определиться, просят совета у родителей, которые с радостью отправляют ребенка учиться туда, где бы хотели когда-то оказаться сами.

В развитых европейских странах большое внимание уделяют развитию своих детей, определению их способностей с раннего детства. Система школьного образования построена таким образом, что позволяется в процессе обучения выбирать предметы, которые наиболее подходят ученику и развивают его сильные стороны. А то, что не могут сделать родители, точно сделают центры карьерного консультирования или профессиональные коучеры. Они проведут необходимые тестирования и тренинги с ребенком, по результатам которых смогут сделать вывод, на каких сферах деятельности ему лучше сосредоточиться [3].

Но, нужно обязательно прислушиваться к себе, пробовать заниматься различными видами спорта, посещать творческие кружки, студии и музыкальные занятия, тогда с большой вероятностью можно сказать, что ответ на вопрос "Как выбрать профессию по душе" будет найден.

Считается, что в ближайшее время, по-прежнему будут востребованы инженеры, технические специалисты и производственные руководители. Не стоят на месте нано- и биотехнологии, поэтому необходимы специалисты и в этих областях. Высокие технологии не просто прочно вошли в нашу жизнь, сложно себе представить хотя бы один день без них. Это очень востребованные профессиональные IT-специалисты, программисты и разработчики компьютерного обеспечения. [5].

Одной из важнейших для человечества остается профессия – врач. С самого рождения и до смерти человек нуждается в квалифицированной медицинской помощи, понимании во время

сложных жизненных ситуаций, решении пикантных проблем, о которых даже родным не всегда можно сказать. Иногда случается так, что мы не по своей воле теряем близких и знакомых, есть обстоятельства выше наших желаний. Но на состояние своего здоровья мы можем повлиять: ухудшить его или сделать лучше. В этом нам помогают работники медицины.

Прежде чем стать хорошим специалистом, будущий врач должен пройти немало испытаний. Они затрагивают абсолютно все сферы его жизни. Обучение длится минимум 6 лет. Сложности встречаются уже на первом курсе: необходимо вникать сразу в несколько сложных направлений медицины, ни в коем случае нельзя расслабляться и пропускать лекции, ведь недостаток какой-либо информации впоследствии может стоить кому-то жизни. Выбор профессии врача является сложным не только из-за траты огромного количества времени на учебу, она предъявляет повышенные требования и к личности будущего врача: он должен быть ответственным, решительным, добрым, милосердным, терпеливым, эмпатийным. Не может настоящий врач быть черствым и невосприимчивым к людскому горю. Иногда, жертвуя своими планами и интересами, доктора должны идти на помощь людям, даже когда есть риск их собственному здоровью. Профессия врач - это больше, чем просто обучение конкретным действиям, навыкам и знаниям. Это призвание человека, его предназначение и место в жизни [2],[6].

Одним из важнейших аспектов профессионального развития личности, а также ее самореализации является сознательное планирование карьеры. Критериями удавшейся карьеры являются удовлетворенность жизненной ситуацией (субъективный критерий) и социальный успех (объективный критерий) [1].

Для любого человека характерны определенная личностная концепция, таланты, побуждения, мотивы и ценности, которыми он не сможет поступиться, осуществляя выбор карьеры. Прошлый жизненный опыт формирует определенную систему ценностных ориентаций, социальных установок по отношению к карьере и работе вообще. Поэтому в профессиональном плане субъект деятельности рассматривается и описывается через систему его диспозиции, ценностных ориентаций, социальных установок, интересов и тому подобных социально-обусловленных пробуждений к деятельности. В социальной психологии этому понятию соответствуют такие термины, как "карьерной ориентации" или "якоря карьеры". Карьерные ориентации возникают в процессе социализации, они устойчивы и могут оставаться стабильными длительное время [4].

Среди учащихся Красноярского государственного медицинского университета, студентов первого курса проводился социологический опрос - "Карьерная ориентация", по методике Э.Шейна. Опросник содержит восемь диагностических шкал измерения карьерных ориентаций: профессиональная компетентность, менеджмент, автономия, стабильность, служение, вызов, интеграция стилей жизни, предпринимательство [4].Всего было опрошено 66 человек, результаты опроса проанализированы и представлены в диаграмме (рис. 1).

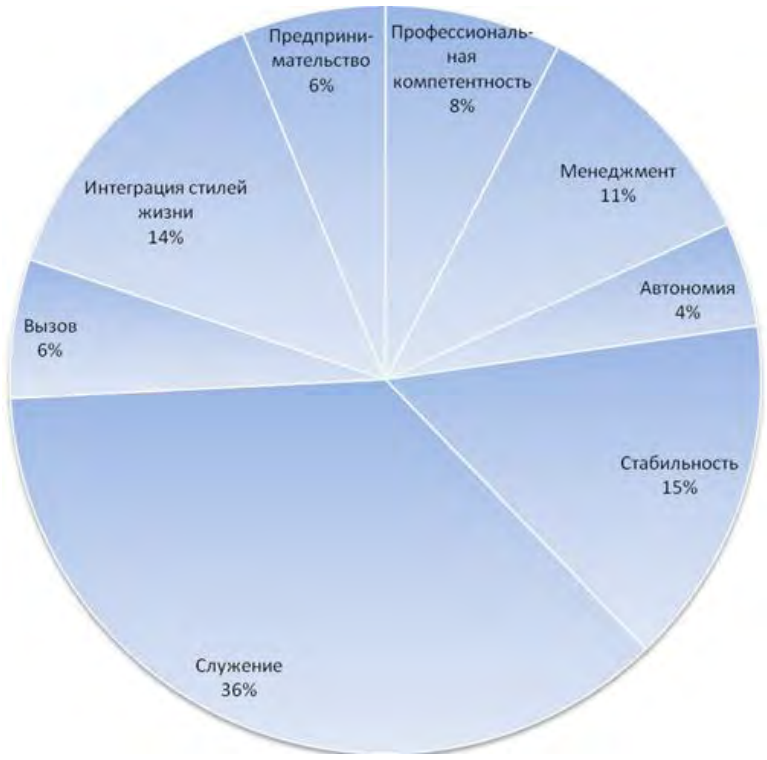


Рис.1. Результаты социологического опроса студентов КрасГМУ
по теме "Карьерная ориентация".

По результатам опроса выявлено, что максимальное количество опрошенных - 36% выбирают ориентацию «Служение». Это вполне логично, т.к. именно этот критерий очень подходит людям, которые выбирают профессию врач. Основными ценностями для данной ориентации являются "работа с людьми", "служение человечеству", "помощь людям", "желание сделать мир лучше" и т.д. Человек с такой ориентацией имеет возможность продолжать работать в этом направлении, даже если ему придется сменить место работы. Он не будет работать в организации, которая враждебна его целям и ценностям, и скорее всего, откажется от продвижения и перевода на другую работу, если это не позволит ему реализовать главные ценности жизни. Люди с такой карьерной ориентацией чаще всего работают в области здравоохранения, охраны окружающей среды, проверки качества продукции и товаров, защита прав потребителей и т.д. [4].

Приблизительно близкий показатель отмечается при выборе следующих карьерных ориентаций: «Стабильность» - 15 %, «Интеграция стилей жизни» - 14% и 11% - «Менеджмент».

«Стабильность». Эта карьерная ориентация обусловлена потребностью в безопасности и стабильности для того, чтобы будущие жизненные события были предсказуемы. Потребность в безопасности и стабильности ограничивает выбор вариантов карьеры таких людей. Авантюрные или краткосрочные проекты, и только становящиеся на ноги компании их, скорее всего, не привлекают. Они очень ценят социальные гарантии, которые может предложить работодатель, и, как правило, их выбор места работы связан с длительным контрактом и стабильным положением компании на рынке. Такие люди ответственность за управление своей карьерой

«Интеграция стилей жизни». Для людей этой категории карьера должна ассоциироваться с общим стилем жизни, уравновешивая потребности человека, семьи и карьеры. Они хотят, чтобы организационные отношения отражали бы уважение к их личным и семейным проблемам. Выбирать и поддерживать определенный образ жизни для них важнее, чем добиваться успеха в карьере. Развитие карьеры их привлекает только в том случае, если она не нарушает привычный им стиль жизни и окружение. Для них важно, чтобы все было уравновешено – карьера, семья, личные интересы и т.п. Жертвовать чем-то одним ради другого им явно не свойственно.

«Менеджмент». Для этих людей первостепенное значение имеет ориентация личности на интеграцию усилий других людей, полнота ответственности за конечный результат и соединение различных функций организации. Возможности для лидерства, высокого дохода, повышенных уровней ответственности и вклад в успех своей организации являются ключевыми ценностями и мотивами. Самое главное для них – управление: людьми, проектами, любыми бизнес-процессами – это в целом не имеет принципиального значения. Центральное понятие их профессионального развития – власть, осознание того, что от них зависит принятие ключевых решений. Человек с такой ориентацией будет считать, что не достиг цели своей карьеры, пока не займет должность, на которой будет управлять различными сторонами деятельности предприятия.

Карьерную ориентацию «Профессиональная компетентность» выбирают всего 8 % опрошенных студентов. Эта ориентация связана с наличием способностей и талантов в определенной области. Люди с такой ориентацией хотят быть мастерами своего дела, они бывают особенно счастливы, когда достигают успеха в профессиональной сфере, но быстро теряют интерес к работе, которая не позволяет развивать их способности. Вряд ли их заинтересует даже значительно более высокая должность, если она не связана с их профессиональными компетенциями. Они ищут признания своих талантов, что должно выражаться в статусе, соответствующем их мастерству. Они готовы управлять другими в пределах своей компетенции, но управление не представляет для них особого интереса. Поэтому многие из этой категории отвергают работу руководителя, управление рассматривают как необходимое условие для продвижения в своей профессиональной сфере [4].

Далее, одинаковый показатель набрали такие ориентиры в карьере, как «Вызов» и «Предпринимательство» - 6 %.

«Вызов». Эти люди считают успехом преодоление непреодолимых препятствий, решение неразрешимых проблем. Они ориентированы на то, чтобы ~~–б~~росать вызов”. Они ориентированы на

решение заведомо сложных задач, преодоление препятствий ради победы в конкурентной борьбе. Они чувствуют себя преуспевающими только тогда, когда постоянно вовлечены в решение трудных проблем или в ситуацию соревнования. Карьера для них - это постоянный вызов их профессионализму, и они всегда готовы его принять. Процесс борьбы и победа более важна для них, чем конкретная область деятельности или квалификация. Новизна, разнообразие и вызов имеют для них очень большую ценность, и, если все идет слишком просто, им становиться скучно.

«Предпринимательство». Этим людям нравится создавать новые организации, товары или услуги, которые могут быть отождествлены с их усилиями. Работать на других – это не их, они – предприниматели по духу, и цель их карьеры – создать что-то новое, организовать свое дело, воплотить в жизнь идею, всецело принадлежащую только им. Вершина карьеры в их понимании – собственный бизнес.

И, минимальное количество студентов выбирают карьерную ориентацию «Автономия» - 4 %. Главное в работе - это свобода и независимость. Первичная забота личности с такой ориентацией – освобождение от организационных правил, предписаний и ограничений. Они испытывают трудности, связанные с установленными правилами, процедурами, рабочим днем, дисциплиной, формой одежды и т.д. Они любят выполнять работу своим способом, темпом и по собственным стандартам. Они не любят, когда работа вмешивается в их частную жизнь, поэтому предпочитают делать независимую карьеру собственным путем. Для них первоочередная задача развития карьеры – получить возможность работать самостоятельно, самому решать, как, когда и что делать для достижения тех или иных целей. Карьера для них – это, прежде всего, способ реализации их свободы, поэтому любые рамки и строгое подчинение оттолкнут их даже от внешне привлекательной вакансии. Такой человек может работать в организации, которая обеспечивает достаточную степень свободы [4].

На следующем этапе исследования было проведено и обработано открытое анкетирование по профориентации между студентами специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» первого и второго курса КрасГМУ, с целью раскрытия актуальности профессии и мотивы ее выбора. В анкетировании приняли участие 106 студентов. По результатам опроса нами выявлены следующие данные. На вопрос: «С чем связан выбор профессии врача? Насколько он осознан?» - 97 % студентов ответили, что выбор профессии осмыслен; причем у 22,7 % студентов осуществилась «мечта детства», 15 % «хотят помогать людям», 14,8 % выбрали эту профессию для того, чтобы «пополнить семейную династию», 10 % просто нравится профессия врача. И, в минимальном числе прозвучали такие ответы как: «совет родителей», «ходить в белом халате», «интуитивно».

На вопрос «Какую специализацию вы планируете выбрать?», большинство студентов (61,8 %) ответили, что на данный момент еще не определились с выбором, и это вполне логично, ведь данные были получены от студентов начальных курсов. Но, тем не менее, по данным анкет многие видят себя в области хирургии, гинекологии, травматологии.

Далее студентам задавали вопрос: «Какие качества должны быть у врача?». По мнению студентов, наиболее значимыми являются такие как: доброта - это качество обеспечивает открытость по отношению к другим людям, ответственность - каждый врач обязан отвечать за свои действия и поступки, терпение - неотъемлемая характеристика для врачей, честность - является важной чертой в характере каждого человек, отзывчивость, внимательность, аккуратность и другие качества.

На противоположный вопрос: «Какие качества не должны быть у врача?» студенты указывали совершенно несовместимые качества с профессией врача: грубость, злость, корысть, жестокость, безответственность, неопрятность и другие.

По статистике, выявленной в предложенном анкетировании, у большинства студентов (61,7 %) родственники работают в медицинской сфере.

В завершении анкетирования был поставлен вопрос об актуальности профессии: «Считаете ли вы профессию врача востребованной или нет? Почему?». 99 % студентов ответили утвердительно, а некоторые студенты обосновали свой ответ. Вот некоторые из них - «Врач - это профессия жизни», «Больных становиться все больше», «Востребованный врач - это грамотный врач», «Профессия врача - единственная специальность в мире, которая никогда не умрет».

Итак, рассмотрены мотивы в выборе профессии и карьерные ориентиры студентов начальных курсов. А, интересно, поменяются ли показатели выбора карьеры на старших курсах,

ведь полученный жизненный опыт в ходе обучения может сменить карьерную ориентацию? Пока, вопрос остается открытым, а значит, продолжение следует!

Список литературы:

1. Абдуллаева М.М. Семантические характеристики профессиональной направленности медиков. Автореф. дисс.канд. психол. наук – Москва, 1993.
2. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: Кафедра-М, 1998. – 272 с.
3. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Аспект-Пресс, 2009. – 480 с.
4. Почебут Л.Г., Чикер В.А. Организационная социальная психология. – Санкт-Петербург, СПб - 2002.
5. Романова Е. С. 99 популярных профессий: психологический анализ и профессиограммы. - Санкт-Петербург, - 2006. - 460 с.
6. Хальфин Р. Врач - это диагноз: о профессии врача //Обучение & карьера. - 2008. - N9. - С. 23-27.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА КГБУЗ КУРАГИНСКОЙ РБ

Лещенок Мария Анатольевна
Руководитель: Харламова Нина Александровна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Ежегодно в нашей стране около 6 тыс. человек заболевают тяжелым заболеванием, поражающим нервную систему, – клещевым энцефалитом. Более 1000 из них – дети. Около 200 человек ежегодно умирают, заразившись энцефалитом во время безобидной прогулки на природе.

Цель исследования: Выявить роль фельдшера в проведении профилактики клещевого энцефалита.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных данных
2. Провести анализ медицинской документации в Курагинской РБ
3. Определить роль фельдшера в профилактике клещевого энцефалита
4. Провести анкетирование населения поселка Курагино

Объект исследования: профилактика клещевого энцефалита

Предмет исследования: роль фельдшера в профилактике

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников
2. Анкетирование
3. Статистический метод

Гипотеза: Своевременное проведение профилактических мероприятий способствует уменьшению заболеваемостью клещевым энцефалитом.

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) является природно-очаговой острой вирусной инфекционной болезнью с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется преимущественным поражением ЦНС, отличается полиморфизмом клинических проявлений и тяжестью течения. Последствия заболевания разнообразны - от полного выздоровления до нарушений здоровья, приводящих к инвалидности и смерти.Природным очагом КВЭ является участок территории определенного географического ландшафта, на котором эволюционно сложились определенные межвидовые соотношения между возбудителями болезни, дикими животными и членистоногими переносчиками.

Эндемичной территорией по КВЭ является территория, на которой данное заболевание сформировано и устойчиво поддерживается в историческом отрезке времени.Активными природными очагами считаются очаги, в которых регистрируются случаи заболевания людей, выделяют вирус КВЭ от членистоногих, грызунов и других млекопитающих.Возможно заражение человека алиментарным путем при употреблении в пищу сырого молока коз (реже

коров).Заражение КВЭ происходит с апреля по сентябрь, с весенне-летним пиком во время наибольшей активности перезимовавших клещей.В некоторых регионах имеются два пика заболеваемости - весенний (май-июнь) и осенний (август-сентябрь).

Территории южной группы Красноярского края являются природным очагом клещевого вирусного энцефалита, где ежегодно регистрируются от 2 до 20 и более случаев заболевания клещевым вирусным энцефалитом. Ежегодно среди населения города Минусинска уровень заболеваемости КВЭ составляет 2,8-3,5 на 100 тыс. населения, регистрируется 2-3 случая заболевания КВЭ.

По результатам многолетних энтомологических наблюдений в окрестностях города Минусинска распространены иксодовые клещи. Показатель зараженности вирусом клещевого вирусного энцефалита клещей составил 6,5%.

Различают следующие острые формы заболевания КВЭ:

- лихорадочная (около 35-45%),
- менингеальная (около 35-45%),
- очаговая с различными сочетаниями поражения головного и спинного мозг (около 1-10%).

У 1-3% переболевших острым КВЭ болезнь переходит в хроническую форму

Выявление больных КВЭ, лиц с подозрением на это заболевание осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от организационно- правовой формы, медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, при всех видах оказания медицинской помощи, в т.ч.:

- при обращении населения за медицинской помощью;
- при оказании медицинской помощи на дому;
- при приеме у врачей, занимающихся частной медицинской практикой.

При обращении человека за медицинской помощью по поводу укуса клеща медицинские работники обязаны оказать помощь по удалению клеща, собрать эпидемиологический анамнез и проинформировать пострадавшего о необходимости обращения за медицинской помощью в случае возникновения отклонений в состоянии здоровья в течение 3 недель после укуса.

Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания.

В случае подозрения на развитие КВЭ, особенно при некупирующейся жаропонижающими средствами лихорадке, сохранении головной боли на фоне снижения температуры, выраженного болевого синдрома в области надплечий, спины, наличии соответствующего эпиданамнеза, медицинскими работниками принимаются меры по экстренной госпитализации человека в неврологическое или инфекционное отделение вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают (с указанием места и времени) наличие данных об укусе клеща, о посещении природных очагов КВЭ, употреблении сырого козьего или коровьего молока, а также прививочный анамнез пациента, данных об экстреннойиммуноглобулинопрофилактике

Материалом для вирусологического и серологического исследования являются кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость больных, мозг погибших людей, иксодовые клещи.Кровь забирают из вены одноразовым шприцом в количестве 5 мл и переносят в стерильную пробирку.Спинномозговую жидкость берут в случаях проведения пункций с лечебной или диагностической целью в количестве 2-3 мл, помещают в стерильную пробирку и немедленно доставляют в лабораторию с соблюдением «холодовой цепи».Клещей, снятых с человека, помещают в герметично закрывающуюся пробирку с небольшим кусочком чуть влажной ваты и направляют в лабораторию с соблюдением «холодовой цепи».Весь направляемый материал доставляется с сопроводительными документами.

Для обследования больных с подозрением на КВЭ могут быть использованы следующие методы лабораторной диагностики:

- вирусологический - основанный на выделении вируса клещевого энцефалита путем заражения белых мышей и клеточных структур;
- молекулярно-генетический (ПЦР) - основанный на выявлении РНК вируса клещевого энцефалита;
- серолого-иммунологический (ИФА) - основанные на выявлении иммуноглобулинов классов M и G.

Каждый случай заболевания КВЭ подлежит регистрации и учету в лечебно-профилактических организациях, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, в установленном порядке.

Лечебно-профилактическая организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение в органы и учреждения Роспотребнадзора.

В случае на профессиональное заболевание КВЭ медицинский работник лечебно-профилактической организации, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган и учреждение Роспотребнадзора.

Профилактические прививки против КВЭ проводятся гражданам для предупреждения заболевания КВЭ.Профилактические прививки против КВЭ проводят:

- населению, проживающему на эндемичных по КВЭ территориях, - привитость должна быть не менее 95%;
- всем лицам, относящимся к профессиональным группам риска, которые работают или направляются на сезонные работы в эндемические районы по КВЭ, и выполняющим следующие виды работ:сельскохозяйственные,гидромелиоративныè,строительные,по выемке и перемещению грунта,заготовительные,промысловые,геологические, изыскательские,экспедиционные,дератизационные,дезинсекционные,по лесозаготовке,по расчистке и благоустройству леса,лицам, работающим с живыми культурами возбудителя КВЭ,лицам, выполняющим работы, связанные с угрозой заражения КВЭ.

Для вакцинопрофилактики КВЭ используют медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению в Российской Федерации.Факт проведения профилактической прививки или отказа от нее фиксируется в медицинских документах постоянного хранения.Вакцинопрофилактику против КВЭ проводят круглогодично в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями.Минимальный возраст вакцинируемых регламентирован инструкцией по применению препарата. На территориях, эндемичных по КВЭ, массовую вакцинопрофилактику рекомендуется начинать детям с 4-летнего возраста.

К специфической профилактике можно отнести йодантипирин (противовоспалительное действия, иммуностимулирующее, стабилизирует биологические мембраны и задерживает проникновения вируса в клетку).

Используют человеческий иммуноглобулин против КВЭ. Препарат вводят лицам: не привитым против КВЭ, получившим неполный курс прививок, имеющим дефекты в вакцинальном курсе, не имеющим документального подтверждения о профилактических прививках.Иммуноглобулинопрофилактика проводится в лечебно-профилактических организациях, определяемых органами управления здравоохранением муниципальных образований.Введение человеческого иммуноглобулина против КВЭ рекомендуется не позднее 4-го дня после присасывания клеща.Для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики необходимо проведение исследований клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита.

Неспецифическая профилактика клещевого вирусногоэнцефалита: индивидуальная (личная) защита людей; уничтожение клещей (противоклещевые мероприятия) в природных биотопах с помощью акарицидных средств; экологически безопасное преобразование окружающей среды; истребление мышевидных грызунов (дератизационные мероприятия).

Индивидуальная (личная) защита людей включает в себя:

1.соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории: проводить

само- и взаимоосмотры каждые 10-15 минут для обнаружения клещей, не садиться и не ложиться на траву, стоянки и ночевки в лесу устраивать на участках, лишенных травяной растительности, или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах,после возвращения из леса или перед ночевкой снять одежду, тщательно осмотреть тело и одежду,не заносить в помещение свежесорванные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи, осматривать собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей.

2.ношение специальной одежды;

3.применение специальных химических средств индивидуальной защиты от клещей.

Нами было проведено исследование на базе Курагинской РБ.В ходе исследования были определены природные очаги клещевого энцефалита на территории Курагинского района:

- п. Курагино
- п. Большая Ирба
- п. Краснокаменск
- с. Петропаловка
- с. Кошурниково

Медицинскими работниками Курагинской РБ были выявлены случаи заболевания клещевым энцефалитом на приеме, при обращении в скорую помощь.Количество лиц заболевших клещевым энцефалитом составило: в 2013 году - 28 человек, в 2014 году - 10 человек, в 2015 году - 12 человек.Количество лиц заболевших клещевым энцефалитом за 2013 год по возрастам: дети до 18 лет - 2 человека, взрослые с 18 лет - 26 человек.Количество лиц заболевших клещевым энцефалитом за 2014 год по возрастам: дети до 18 лет - 1 человек, взрослые с 18 лет - 9 человек.Количество лиц заболевших клещевым энцефалитом за 2015 год по возрастам: дети до 18 лет - 2 человека, взрослые с 18 лет - 10 человек.

За 2013 год вакцинация взрослых по плану составила 440 человек, привито - 455 (выполнено 103,4%); вакцинация детей по плану - 163 привито 178 (выполнено 109,2%); ревакцинация взрослых по плану - 3016 привито - 3044 (выполнено 100,9%); ревакцинация детей по плану - 2640 привито - 2668 (выполнено 101,1%).

За 2014 год вакцинация взрослых по плану - 1095 привито – 1093(выполнено 99,8%); вакцинация детей по плану – 813, привито - 813 (выполнено 100%); ревакцинация взрослых по плану 2391 привито 3143 (выполнено 131,5%); ревакцинация детей по плану -1740, привито - 2234 (выполнено 128,4%).

За 2015 год вакцинация взрослых по плану 1657 привито 1516(выполнено 91,50%); вакцинация детей по плану 1410 привито 1277 (выполнено 90,6%); ревакцинация взрослых по плану 1842 привито 2140 (выполнено 116,2%); ревакцинация детей по плану 1243 привито 1205 (выполнено 96,9%).

Из привитых был укус клещей у 10 человек, заражение клещевым энцефалитом не выявлено. Кроме того, медицинскими работниками проводилась санитарно-просветительная работа (выступление по радио, телевидению, публикации статей в газетах, санбюллетень, листовки, брошюрки, буклеты). Так же проводится специфическая профилактика в виде дезинсекции и дератизации. Для проведения профилактической работы в мною разработаны памятки, брошюры, санбюллютень, проводилось анкетирование населения Курагинского района.

В опросе принимало участие 30 респондентов в возрасте от 18 лет. Из опрошенных было 77% женщин и 23% мужчин. На вопрос как можно заразиться 70% ответили, что через укус клеща, 23% при приеме не кипяченого молока, 7% через контакт с больным. На вопрос в какие месяцы наибольшая активность клещей 10% ответили, что это июль; 17% август, сентябрь; 73% апрель, май.

Среди первых признаков заболевания 6% назвали насморк, першение в горле; 7% жидкий стул, рвота; 10% одышка, боли в груди, кашель; 77% подъем температуры, головная боль, недомогание.

Из опрошенных 37% людей считают, что предотвратить заражение клещевым энцефалитом можно с помощью вакцинации; 30% ответили, что при использовании защитной одежды в лесу; 20% ответили само– и взаимоосмотры; 13% считают, что это обработка одежды репеллентами.

Большинство опрошенных- 70%считают, что вакцинация в качестве профилактики наиболее эффективна.

По результатам опроса можно сделать следующие выводы:

- Большинство респондентов знают, что заражение клещевым энцефалитом происходит через укус клеща.
- Наибольшая активность клещей, по мнению опрошенных, в апреле и мае.
- Респонденты отметили, что первые признаки заболевания клещевого энцефалита это подъем температуры, головная боль, недомогание.
- Предотвратить заболевание клещевым энцефалитом можно с помощью вакцинации, использования защитной одежды и само– и взаимоосмотрами.
- Большинство респондентов ответили, что вакцинация является эффективным способом защиты от заболевания.

Проведенное исследование позволяет сделать выводы:

1. Наиболее эффективной мерой профилактики клещевого энцефалита является вакцинация. Прививка от клещевого энцефалита показана всем, кто проживает в эпидемических очагах или пребывает в них.
2. В природных очагах Курагинчкой РБ проводятся противоэпидемические мероприятия по расчистке леса, дезинсекция, дератизация.
3. Обязательным условием профилактики является предоставление информации населению по профилактике КЭ.
4. Медицинскими работниками Курагинской РБ проводится санитарно-просветительная работа.
5. Необходимо проведение школ здоровья по профилактике клещевого энцефалита особенно лицам с факторами риска.

Литература:

1. С.М. Бортников, Т.В. Зубахина – «Нервные и психические болезни»- Феникс, 2012г.
2. Журнал «справочник фельдшера и акушерки» № 7, 2008г.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО МЕТОДУ «ВОЛЕВОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ ДЫХАНИЯ»

Дягилева Анастасия Александровна
руководитель: Вдовиченко Светлана Николаевна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

В современном мире особую остроту приобретает состояние здоровья населения, которое только ухудшается, несмотря на совершенствования медицины и здравоохранения. Численность населения уменьшается, смертность выросла на 45% и превышает рождаемость в 1,8 раза.

По данным Минздравосоцразвития РФ, ежегодно мы теряем 2 млн. человек, из них более 600 тыс. - лица трудоспособного возраста, которые умирают в основном в результате болезни систем кровообращения, органов пищеварения, несчастных случаев.

Положительную роль в определении и изменении состояния здоровья населения может сыграть метод «волевой нормализации дыхания», разработанный К.П. Бутейко. Метод «волевой нормализации дыхания» начал применятся в практическом здравоохранении после выхода приказа Министерство здравоохранения № 591 от 30.04.1985 о внедрении в медицинскую практику «Волевой ликвидации глубокого дыхания».

Цель исследования: Оценить состояние здоровья школьников по методу волевой нормализации дыхания

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по использованию метода В.К. Бутейко в медицинской практике.
2. Рассмотреть возможности метода ВНД для сохранения здоровья человека.
3. Провести исследование состояния здоровья школьников методом ВНД.

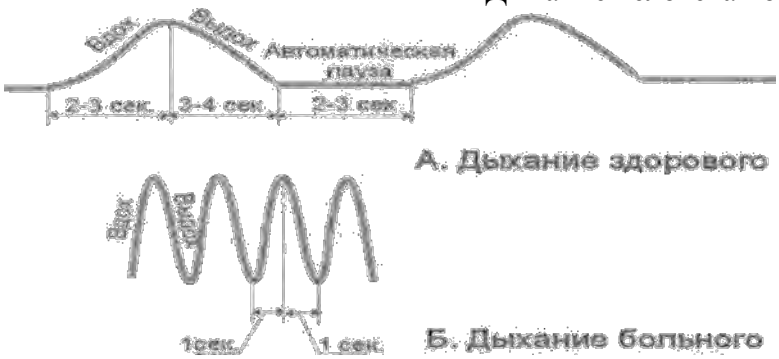
Чем глубже дыхание, тем тяжелее болен человек и быстрее смерть. Чем более поверхностное дыхание, тем здоровей, выносливь, долговечен. Во всем этом ведущее значение имеет углекислота. Чем больше еѐ в организме, тем он здоровее.Углекислый газ - основа питания всего живого на Земле, если он исчезнет из воздуха, все живое погибнет.

Дыхание больного: больной даже в покое дышит обычно через рот, вдох быстрый и глубокий, выдох быстрый и неполный, легкие вздуты, пауз нет. Частота дыхания достигает 20-50 в минуту. CO_2 альвеол ниже 6% и падает у тяжелобольного до 3%. Задерживать дыхание после выдоха больной может только на несколько секунд. Чем глубже дыхание, тем короче пауза после выдоха и задержка после него дыхания, тем тяжелее болен человек.

Нормальное дыхание: в покое при небольшой нагрузке дышать надо только через нос. Вдох как можно менее глубокий, почти незаметный для глаз. За ним спокойный, пассивный, полный выдох. Затем пауза и т.д. У здорового человека длительность задержки дыхания не менее 60 секунд.

Схема 1

Дыхание человека по методу ВНД



Показателем полноценности всех систем дыхания является длительность контрольной паузы.Контрольная пауза (КП) – задержка дыхания после выдоха до легких неприятных ощущений, до первого желания дышать – пауза здоровья.Волевая пауза (ВП) – задержка дыхания от первой трудности,до предельной. Сумма времени контрольной и волевой паузы составляет максимальную паузу (МП).

Схема 2

Константы измерения дыхания

Ни одна методика не имеет измерений, точно говорящих о состоянии и самочувствии больного независимо от возраста. Методика ВНД основывается на содержании углекислоты в альвеолах при задержке дыхания после выдоха. Уровень углекислоты оценивается по таблице «Критерии вентиляции легких».

Таблица 1

Критерии вентиляции легких

Сверх Состояния выносливость организма	Форма дыхания	Отклонение	Норма CO_2 в организме	Частота пульса	Частота дыхания	Автоматическая пауза	Контрольная пауза	Волевая пауза	Максимальная пауза	№ строки	примечание
	Поверхностное дыхание	VII	7,7	Особые состояния						1	Отлично (свыше 60)
		VI	7,6							2	
		V	7,5	48	3	16	180	180	360	3	
		IV	7,4	50	4	12	160	160	300	4	
		III	7,3	52	5	9	120	120	240	5	
		II	7,1	55	6	7	100	100	200	6	
		I	6,8	57	7	5	80	80	160	7	
Норма			6,5	60	8	4	60	60	120	8	
Болезнь	Глубокое дыхание	I	6,0	65	10	3	50	50	100	9	Плохо Удовлетв. (10-20) (20-40)
		II	5,5	70	12	2	40	40	80	10	
		III	5,0	75	15	1	30	30	60	11	
		IV	4,5	80	20	-	20	20	40	12	
		V	4,0	90	26	-	10	10	25	13	
		VI	3,5	100	32	-	5	5	10	14	
		VII	3,0	смертельно						15	

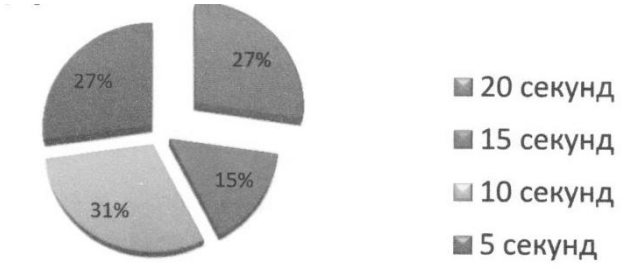
Исследование волевой нормализации дыхания проводилось в июне 2015 года на базе Алексеевской СОШ №9.Для оценки характеристики состояния здоровья школьников использован метод диагностики измерения контрольной паузы (КП) или паузы здоровья.

Методика проведения: обследуемый, сидя в удобной позе, принимают правильную осанку - развернув плечи, подтянув живот. Не теряя осанки, делают вдох. Затем расслабляют дыхательные мышцы (грудной клетки, живота, диафрагмы), вызывая естественный выход. В конце выдоха двумя пальцами зажимают нос, подняв глаза вверх, и не дышать до первой трудности, до легкого недостатка воздуха. Контролирующий человек фиксирует по стрелке начало задержки дыхания и окончание задержки дыхания.

За 2015 год в исследовании приняли 33 человека - ученики 9-го (14 человек), 10- го (10 человек), 11-го класса (8 человек) средней образовательной школы (25 девушек, 8 юношей).

Диаграмма 1

Результаты измерения состояния здоровья школьников методом ВНД



Показатели контрольной паузы:

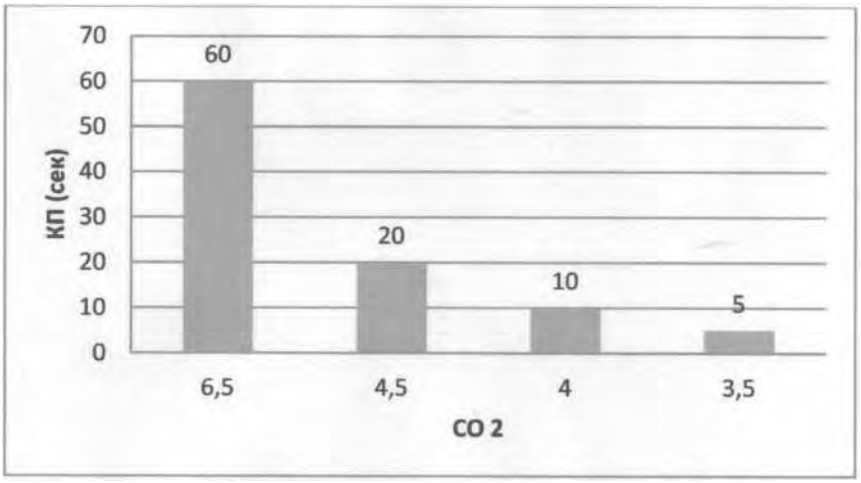
9 человек - 20 секунд; 10 человек - 10 секунд;

5 человек - 15 секунд; 9 человек - 5 секунд.

Таким образом, полученные данные показывают, что 9 человек (27%) имеют практическое здоровье, т.е. их можно назвать относительно здоровыми. 24 человек (73%) нуждаются в коррекции дыхания и имеют различного рода проблемы со здоровьем.

Диаграмма 2

Концентрация углекислоты в альвеолярном воздухе у школьников



Данный график свидетельствует о том, что наше здоровье напрямую связано с концентрацией углекислоты в альвеолярном воздухе. Чем еѐ больше, тем больше кислорода поступает в жизненно важные органы (головной мозг, сердце, почки), тем более здоровым является человек. Человек, который постигает законы правильного дыхания, постепенно набирает паузу здоровья до 30-40 секунд, а конечный этап 60 секунд –это абсолютное здоровье.

Изучив литературу по использованию метода В.К. Бутейко, мы считаем целесообразным, сделать ряд выводов: углекислота это источник жизни на земле и еѐ нужно как можно больше сохранять в организме.Потому как понижение углекислоты в легких при глубоком дыхании, сдвигает РН в щелочную сторону, что изменяет активность ферментов и витаминов. Это изменяет активность обмена веществ, нарушает протекание обменных процессов и ведет к гибели клеток. Организм защищается от чрезмерного удаления углекислоты, сужая просвет каналов, по которым она выводится, а так как по этим каналам поступает кислород, то сужение сосудов вызывает кислородное голодание организма.И для того, чтобы сохранить углекислоту в организме используется метод «Волевой ликвидации глубокого дыхания» заключающийся в постепенном уменьшении глубины дыхания.

Метод доктора Бутейко о ликвидации глубокого дыхания говорит о том, что чем меньше глубина дыхания, тем здоровее организм и долговечней человек.Освоить дыхание по Бутейко можно только постоянным усилием воли.

Проанализировав статистические данные по контрольной паузе у школьников старшего возраста, можно определить, что всего лишь 27 % обследуемых имеют практическое здоровье, а остальные 73% нуждаются в коррекции дыхания.

Таким образом, проведенное исследование, показывает, что метод «Волевой нормализации дыхания» является эффективным для измерения состояния здоровья человека, поскольку он безопасен, информативен, не требует материальных затрат.

Литература:

• Бутейко В.К., Бутейко М.М. Теория Бутейко о роли дыхания в здоровье человека: научное введение в метод Бутейко для специалистов/ В.К. Бутейко, М. М. Бутейко. - Воронеж: ООО

«Общество Бутейко», 2005. - 100 с.

• Бутейко М.М.; Бутейко В.К. «О методе Бутейко из первых рук» // Астма и аллергия, №1. Москва, Издательство «Атмосфера», 2005, 25 с.

• Бутейко В.К. Метод Бутейко: Опыт внедрения в медицинскую практику. Сборник / Сост. Бутейко, А.Е. Хорощо, - Москва. - Патриот, 1990. - 224 с.

• Гусятинский, Г.М. Клинический опыт применения метода волевой нормализации дыхания по Бутейко: Сборник статей/ Г.М. Гусятинский.- М.: РУСАКИ, 2000.-40 с.

• Дощанникова А.В. Правильное дыхание. / А.В. Дощанникова. - М.: Центрполиграф., 2010 - 46с.

• Колобов Ф.Г. Спасительное дыхание по Бутейко. / Ф.Г. Колобов ..-Д.: Сталкер, 1999. - 320 с.

Интернет ресурсы

- http//www/buteyko.ru
- http://putpoznania.ru/stati/stati-i-materialy-o-zdorove/pravda-o-

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Матерн Анжела Аркадьевна
Руководитель: Абрамова Любовь Федоровна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Каждый год только в одной России около миллиона беременных женщин в назначенные дни приходят в женские консультации и, дождавшись своей очереди укладываются на кушетки для ультразвуковой диагностики.

На животы женщинам врачи наносят тонкий слой прозрачного геля и начинается действие, широко известное как "акушерское ультразвуковое исследование". Или, проще говоря, — УЗИ.

Так ли эффективно применение этого знаменитого метода исследования? Итак, на сегодняшний день одним из самых популярных и эффективных методов профилактики и перинатальной диагностики является ультразвуковое исследование. Оно представляет собой значительный научный интерес и имеет большую практическую значимость в акушерстве. Эхография отличается высокой информативностью, безвредна для матери и плода. Практически все медучреждения, которые наблюдают беременных, пользуются этим методом диагностики. Благодаря этому методу можно выявить генетические отклонения и пороки развития плода уже на ранних сроках, а также узнать, как протекает данная беременность

Цель: проанализировать эффективность применения УЗИ в выявлении патологии во время беременности

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1.Изучить медицинскую литературу по данной проблеме

2.Оценить эффективность использования УЗИ в выявлении патологий у беременных

3.Подготовить анкету по вопросам отношения беременных женщин к УЗИ

4.Провести анализ частоты выявлений врожденных пороков развития плодау беременных женщин методом ультразвукового исследования в КГБУЗ ММБ за последнее два года.

Объект исследования: эффективность ультразвукового исследования во время беременности

Предмет исследования: Группа беременных женщин КГБУЗ ММБ за 2014 и 2015 год

Методы исследования:

1. Социологический;
2. Статистический;
3. Логический;

Гипотеза: применение мониторинга УЗИ во время беременности способствует ранней диагностике патологии плода и плаценты

Новизна исследования: установлено, что использование УЗИ во время беременности является эффективным методом обследования беременных женщин

Практическая значимость исследования: результаты данного исследования можно использовать для проведения медицинскими работниками санитарного просвещения будущих родителей и беременных женщин.

Ультразвуковое исследование (УЗИ), сонография — неинвазивное исследование организма человека или животного с помощью ультразвуковых волн.Ультразвук — это воздушные колебания, не слышимые человеческим ухом. Популярность УЗИ объясняется его низкой стоимостью, высокой информативностью, безопасностью и возможностью многократных повторных исследований в случае необходимости

По цели получаемой информации ультразвуковая диагностика делится на: скрининговые исследования (сюда относят УЗИ беременных). Их цель – выявить группу риска по различным патологиям, которая будет требовать дальнейшего дообследования у более узких специалистов селективная диагностика. Это как раз и есть те «дообследования», когда врач тщательно выявляет характер патологии, влияние ее на функцию плода в целом. Исходя из таких данных, происходит выбор дальнейшей тактики ведения беременности и родоразрешения. По характеру получаемой информации и способу ее получения можно выделить такие виды УЗИ при беременности: трансвагинальное УЗИ: оно может быть и селективным, и скрининговым исследование, проводящееся через переднюю стенку живота (абдоминальное УЗИ) допплерометрическое исследование кардиотокография объемная диагностика – это так называемые 3D/4D УЗИ. Некоторые сонологи выделяют еще и фетометрию плода как отдельное исследование. Но обычно фетометрия, то есть измерение размеров разных частей плода, проводится как обязательная часть при скрининговых или селективных исследованиях. Имеется в виду, что для того, чтобы выяснить соответствие роста, веса, длин костей и диаметров полостей, женщина не проходит какое-то отдельное обследование – ей дается такое заключение во время плановых или контрольных УЗИ. При этом не важно, каким способом – трансвагинальным или абдоминальным – это исследование проводилось. Для чего нужно инструментальное наблюдение беременности

Ультразвуковая диагностика беременности выполняется для того, чтобы знать, как развивается плод, как выполняют свои функции материнские органы, а также плацента, амниотические воды и пуповина. Данные обследования помогают: определять сроки беременности вычислить приблизительный срок родов узнать количество плодов, их расположение и предлежание выяснить, где находится плацента и как она функционирует вовремя обнаружить аномалии развития диагностировать патологию плаценты и пуповины установить объем околоплодных вод определить, как влияют на плод и провизорные органы (плаценту, пуповину) хронические или острые заболевания матери, страдает ли малыш при этом от недостатка питания и кислорода. Скрининговое УЗИ при беременности имеет свои сроки, проводится обязательно трижды за весь период при условии нормального течения беременности – по одному в каждом триместре.

Трансвагинальный способ. Его еще называют внутривлагалищным УЗИ. Применяют его обычно только в первом триместре, до 12 недели, только по назначению врача. Оно более информативное, чем то, которое делается через живот, в плане диагностики беременности на ранних сроках. Патологию плаценты и шейки матки такое исследование тоже лучше выявляет, чем его трансабдоминальный аналог. Это происходит потому, что ультразвуку создаются лучшие условия для проникновения внутрь полости малого таза: датчик отделяет от этих органов всего лишь стенка влагалища. Поэтому такое исследование называют внутреннее УЗИ при беременности. Подготовки к этой диагностике, кроме туалета половых органов, проводить не нужно. Перед исследованием вам нужно опорожнить мочевой пузырь, чтобы он не создавал ультразвуку помех, а у вас не вызывал неприятных ощущений.

Пренатальный скрининг. Генетическое УЗИ при беременности – это исследование, проводящееся обычно совместно с биохимическим скринингом, то есть анализом крови на гормоны, изменение уровня которых является маркером хромосомных аномалий. Такое исследование проводит сонолог, который работает в медико-генетическом центре специалистом по дородовой диагностике. Отличается оно от «обычного» УЗИ тем, что врач производит осмотр, конкретно ориентируясь на выявление самых малых аномалий развития, которые могут быть

незаметны для неподготовленного взгляда. Такое исследование проводится на сканерах последней модели, поэтому его называют также УЗИ экспертного класса. Оно может проводиться как трансвагинальным способом (обычно первый пренатальный скрининг так и выполняется), так и через живот. Последний вариант, вместе с обязательным использованием допплерометрии, выполняется во втором, а по показаниям – и в третьем триместре. 3. Допплерометрия Это то, что называют УЗИ с кровотоком при беременности. Такое обследование проводится на специальных аппаратах, которые оснащены программой-режимом, способной оценить качественные и количественные характеристики кровотока. Датчики, которыми проводят допплерометрию, могут быть рассчитаны как на вагинальное, так и на абдоминальное исследование. Проводится допплерометрия как в качестве части пренатального скрининга, так и как самостоятельное исследование в разных сроках.

Сегодня скрининговые ультразвуковые исследования беременных женщин воспринимаются как нечто само собой разумеющееся. УЗИ — относительно молодая разновидность медицинской визуализации: первый осознанный интерес к ультразвуку как к средству диагностики возник в ученом мире около шестидесяти лет тому назад. Первый же опыт практического применения УЗИ в акушерстве был приобретен еще позже — в 1958 году британский врач Д. Дональд впервые в мире осуществил измерение размеров головки находящегося в матке плода при помощи ультразвука.

Впервые массовое проведение УЗИ у беременных женщин начали практиковать в шведском городе Мальмо в 1974 году.Основными показаниями к проведению ультразвукового исследования у беременных являются:Массовый скрининг женщин для выявления грубых патологий развития плода. Может проводиться на 10 – 12, 20 – 24 и 30 – 32 неделях беременности. Обычно выполняется двукратно и представляет собой 2D УЗИ. Противопоказаний к проведению УЗИ у беременных женщин нет.

УЗИ в первом триместре беременности позволяет полностью исключить такие грубые аномалии развития плода, как отсутствие головного мозга или конечности, деформации позвоночника и конечностей и др. При выявлении на УЗИ у плода изменений проводится повторное детальное исследование на оборудовании экспертного класса высококвалифицированным специалистом. Оно включает в себя более детальное исследование внутренних органов плода (сердца, сердечных клапанов, магистральных сосудов, почек, лицевой части черепа, головного мозга, ушных раковин, пальчиков) и трехмерную реконструкцию плода (цветное УЗИ).

Оно выполняется в сроки 10-14 недель.

Это — плановое обследование, то есть его проведение необходимо врачу для получения важной информации о плоде и органах (материнских и сформированных), которые поддерживают его жизнь и развитие. Производится также исследование будущей плаценты (хориона), околоплодных вод, плодных оболочек, стенок матки (выявляется наличие миоматозых узлов), шейки матки, яичников.

Существуют специальные методы выявления хромосомной патологии в первом триместре беременности. Это толщина воротникового пространства, изображение костей носа, кровоток в венозном протоке и через трикуспидальный клапан и так далее. Все эти показатели при расшифровке УЗИ исследуются не по-отдельности, а в комплексе. Это позволяет выделить группу высокого риска по рождению детей с хромосомными нарушениями (например, с синдромом Дауна).

Нами было проведено исследование на базе женской консультации, а также гинекогологического и родильного отделений Минусинской межрайонной больницы.

Проводился статистический анализ историй беременности и родов, журналов регистрации проведения УЗИ и врожденных пороков развития плода, работа с архивной документацией, годовым отсчетом. Получены следующие данные:

1.Количество проведенных ультразвуковых исследований в КГБУЗ ММБ за 2014-2015 гг

За 2014 год было проведено: женщинам женской консультации и гинекологического отделения всего 9830, из них беременным 5898 – 60%. За 2015 год было проведено: 8483, из них беременным 4750- 56%.

2.Прерывание беременности при выявлении патологий беременных методом УЗИ в ММБ за 2014-2015 год. В 2014 году до 22-х недель было прервано 517 беременностей, из них по поводу врожденных пороков развития плода 23- 4.5%.

После 22-х недель - беременностей 4, из них по поводу врожденных пороков развития плода 3 – 75%. В 2015 году до 22-х недель было прервано беременностей 582,из них по поводу врожденных пороков развития плода 20 – 3.5 %.

После 22-х недель прерывание беременностей не производилось.

3.Часто встречаемые врожденные пороки развития плода выявленные УЗИ в ММБ за 2014-2015 год.

2014 год:	2015 год:
Врожденный порок сердца- 15,4%	12,1%
Врожденный порок почек –4,4%	4,9%
Гидроликоз- 1,5%	2,8%
Пиелоктазия- 1,2%	1,5%
Кисты различной локализации- 9%	8,7%
Поражение ЦНС- 11%	8,4%
Аплозия костей носа – 2,5%	3,2%
Другие пороки развития- 55%	58%

4.Анкетирование беременных женщин по вопросам их отношения к эффективности применения ультразвукового исследования и посещения ими плановых УЗИ

В результате анкетирования по вопросам отношения эффективности применения УЗИ было выяснено что: 73% женщин – эффективным применение УЗИ, 24% женщин – считают, что УЗИ плохо влияет на плод, 3% женщин – считает, что УЗИ можно не делать совсем. В результате анкетирования по вопросам посещаемости плановых УЗИ было отмечено что: 65% женщин – посещали все три плановых УЗИ, 20% женщин – посещали УЗИ дополнительно по назначению врача,15% женщин – не посещали ни одного УЗИ.

Широкое внедрение в клиническую практику различных методов оценки состояния плода способствовало значительному снижению перинатальной смертности, которая является одним из основных показателей уровня развития медицинской помощи. В настоящее время используются специальные ультразвуковые методы исследования, которые позволяют непосредственно установить физическое развитие плода и показатели жизнедеятельности, а также во время выявить аномалии и врожденные пороки развития плода и своевременно определить дальнейшую тактику ведения беременности.

Исходя из всего, нужно знать, что каждая беременная женщина, желающая выносить и родить здорового ребенка, должна слушать своего врача акушер-гинеколога и обязательно проходить все плановые УЗИ. В ММБ частота выявлений патологии развития плода за последний год снизилась не значительно, а прерывание беременности увеличилось. Исследуемые беременные женщины больше склоняются к тому, что УЗИ при беременности являются необходимостью и безвредным для плода. Анализ данных проведенного исследования показал, что применение ультразвукового исследования на сегодняшний день очень эффективно.

Список литературы:

1. Акушерство: Учебник./ В.Е. Радзинского – М.: ГОТАР – Медиа, 2012 – 904 с.
2. Бодяжина В.И. Акушерство : Учебник. / В.Н. Бодяжина – Ростов Н/Д : Феникс, 2013 – 477 с.
3. Гуськова Н.А. Акушерство : Учебник. / М.А. Гуськова , М.В. Солодейникова, С.В. Харитонова – СПб.: СпецЛит, 2013- 528 с.
4. Дуда В.И. Акушерство : учебник – Ростов Н/Д : 2011 – 708 с.: пп. Дзигуа М.В. Медицинская.
5. Серов В. Н. Руководство по практическому акушерству / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков , С. А. Маркин – М.,2012
6. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева с соавт.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013.- 606 с.: ил.
7. Источник: http://womanadvice.ru/uzi-beremennyh#ixzz41iwZj2iP
8. Журнал WomanAdvice - советы на все случаи жизни

9. Источник:http://mama66.ru/pregn/703
10. Источник: http://uzilab.ru/prenatalnaya-diagnostika/planovie-uzi-beremennyih.html
11. Источник: http://www.missfit.ru/berem/uzi_pri_beremennosty/
12. Источник:http://beremennost.net/uzi-pri-beremennosti
13. Источник: http://glamius.ru/zdorovie/beremennost/kogda-delat-pervoe-uzi-pri-beremennosti
14. Источник: http://www.pregnancy.ru/pregnancy/ultrasound_pregnancy.html
15. Источник: http://netmiome.ru/drugie/uzi-pri-beremennosti

СТАНОВЛЕНИЕ КРАСНОТУРАНСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Рыльцина Дарья Валентиновна
Руководитель: Медведева Галина Васильевна
КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Бывают события, даже весьма значительные для своего времени, которые попрошествии десятилетий стираются из памяти людей и становятся достоянием архивных хранилищ. Но есть события, значение которых не тускнеет от неумолимого бега времени.

Память о прошлом… Нет, это не просто свойства человеческого сознания, его способность сохранять следы минувшего. Память – это связующее звено между прошлым и будущим, это чрезвычайный и полномочный посол, направляемый историей в грядущее для того, чтобы облегчить человечеству дальнейший путь.

Подавляющая масса населения в XVIII – XIX веке медицинской помощи от государства не получала. Население лечилось народными средствами. Проникновение и становление медицинского обслуживания проходило очень медленно. Совсем отсутствовала бесплатная медицинская помощь.

Только в концеXIXвека в Сибири началась реформа врачебного дела. В уездах были организованы участки.

Актуальность темы исследования: потребность использования новых исторических данных о создании здравоохранения Краснотуранского района при изучении истории сестринского дела.

Объект исследования: история здравоохранения села Краснотуранское.

Предмет исследования: этапы образования Краснотуранской РБ.

Цель исследования: проанализировать основные этапы истории образования и становления Краснотуранской РБ

Задачи:

1. Изучить архивные материалы, содержащие достоверные данные о развитии здравоохранения села Краснотуранское.
2. Обобщить полученные данные в реферативную работу с последующим использованием материала в учебном процессе.

Методы исследования: аналитический, статистический, опрос (интервью с ветеранами здравоохранения, медицинскими работниками села Краснотуранское), исторический (изучение исторической литературы,историко-архивная разработка темы).

Первые упоминания о больнице с. Краснотуранское встречаются в 1897 году. Больница находилась в доме мезонином. Работал в ней один молодой врач Окиншевич Александр Сидорович и его жена фельдшерица Раиса Моисеевна. (Окиншевич ведущий хирург г. Баку с 1917, а его жена – член ВКПБ, работала вместе с расстрелянным комиссаром Степаном Шаумяном).

В 1907 году в больнице работал только один врач Краснов Михаил Никитич, который затем уехал в Тулу и работал там, и одна фельдшерица- акушерка. Район обслуживания охватывал Идру и часть Боградского района.

В 1910 году начали строить больницу: возвели стены, покрыли крышу, и в таком виде она простояла до 1926 года, когда была закончена стройка - поставили окна, двери, оштукатурили стены.

В 1918 году больница находилась в здании на 10 коек. Обслуживающий персонал: 1 врач, 2 фельдшера, 1 фельдшерша–акушерка, 2 санитарки. У всех был ненормированный рабочий день. Рожениц обслуживали на дому. В этом же помещении располагались амбулатория, аптека, жила кухарка и кучер (при больнице имелась 1 лошадь).

Позже больница побывала в разных местах. Первых раненых отряда Щетинкинаразмастили по улице Ленина, где потом был школьный интернат, потом в здании Райфинотдела. Тогда в больнице не было ничего: белыевойскаотступая, увезли все больничное имущество за реку и больше его не видели. Персоналу больницы пришлось приобретатьвсе оборудование и мебель снова.

В последующие годы больница кочевала по совершенно неприспособленным зданиям села. И лишь в конце 1926 г. было закончено строительство больницы. А в 1927 году построили инфекционный корпус. В десятилетие Советской власти было его торжественное открытие. Врач,по прежнему, был один. Аптека и амбулатория располагались в здании больницы. Роды принимались также на дому. В 1935 году работали уже два врача, фельдшерица–акушерка, несколько медсестер ускоренного выпуска и несколько санитарок. В больнице было 8 -9 палат, ординаторский кабинет и кабинет главного врача. В последующие годы два врача сохраняются даже в Великую Отечественную войну. Постепенно открываются медпункты в Беллыке, Кортузе и в других деревнях.

В 1936 году открыли роддом. Первой заведующей была врач Панфилова К.Е.

В 1936 году амбулаторию перевели с усадьбы больницы в здание на улице Крестьянской, где она находилась до 1957 года. Сад при больнице был посажен по инициативе врача Панфиловой К.Е. В 1938 году в Краснотуранской районной больнице было 35 коек. В 1939 году уже – 74 койки, 2 амбулатории, 8 фельдшерских пунктов, 1 консультация, 1 молочная кухня, 2 аптеки, 1 роддом с 16 койками, 1 малярийная станция.

В 1947 году уже работало 6 врачей: Винокурова М.П., Дробязко З.П., Бекасова Ц.М., Хотьковская Т.Н., Хотьковская Н.И., Кропина К.И., и Фуга Л.А. - зубной врач.

С 1948 года в амбулатории работал зуботехнический кабинет. В 1951 году начал работать рентгенологический кабинет со стационарным аппаратом. В 1954 году открыт физиотерапевтический кабинет. В 1957 году произошло объединение райздрава с больницей и амбулаторией. СЭС станция и роддом оставались самостоятельными. В 1960 -62 годы в районной больнице насчитывалось 75 коек, 1родильный дом на 20 коек и в эти же годыпроизошло объединение и она стала называться районной больницей.

В 1965 году началось строительство новой больницы в Краснотуранске – больничного городка, но это уже другая история, другие события, другие имена.

Литература:

1.Архивные материалы лечебных учреждений здравоохранения Краснотуранского района

2. Государственный архив Красноярского края - раздел здравоохранения (форма 595 отдел 22, дело 701)

«РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»

Токтарева Дарья Юрьевна
Руководитель: Новокрещенова Татьяна Павловна
КГБПОУ КБМК имени В.М.Крутовского

В последнее время участили случаи выявления синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер. Все это связано с тем, что они одни из первых специалистов, подвержены высокому риску возникновения синдрома эмоционального выгорания.

Первые работы по выгоранию появились в 70-е годы в США. Одним из основоположников идеи выгорания является H. Frendenberger, американский психиатр, работавший в альтернативной службе медицинской помощи. В 1974 году он описал феномен и дал ему название " профессиональное выгорание " для характеристики психологического состояния здоровых людей,

находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Стрессовые ситуации, возникающие на работе – это обычное и часто возникающее явление. Не каждая медицинская сестра может «держать удар». В то же время, могут наступать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности, таким образом, изучение этих состояний представляется актуальной проблемой.

Почему так слаба профилактическая сторона синдрома эмоционального выгорания? Профилактика стресса у своих сотрудников должна занять важное место в деятельности руководителя любого ранга. Все дело в самом отношение человека к своему здоровью, эмоциям. Если не можешь изменить ситуацию, — есть смысл изменить свое отношение к ней.

Выделяются три ключевых признака СЭВ.

Первый признак. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, а затем наступает первый признак - истощение. Оно определяется как чувство перенапряжения и исчерпания эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, однако возобновляются по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию.

Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность. Профессионалы при изменении своего сострадания к пациенту (клиенту), расценивают развивающееся эмоциональное отстранение как попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе. В крайних проявлениях человека почти ничто не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика - ни положительные, ни отрицательные обстоятельства. Утрачивается интерес к клиенту (пациенту), который воспринимается на уровне неодушевленного предмета, само присутствие которого порой неприятно.

Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания. Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

Таким образом, чтобы избежать синдрома эмоционального выгорания, необходимо, во-первых, стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки; во-вторых, учиться переключаться с одного вида деятельности на другой; проще относиться к конфликтам на работе и, как ни странно это звучит, не пытаться всегда и во всем быть лучшими. Помнить, что работа — всегда лишь часть жизни.

Объект исследования:

Коллектив медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича"

Предмет исследования:

Личностные качества медицинских сестер и их взаимосвязь с синдромом эмоционального выгорания.

Цель исследования:

Исследовать роль старшей медсестры в профилактике эмоционального выгорания у медицинских сестер, и составить рекомендации по снятию эмоционального напряжения.

Гипотеза:

Полагаю, что благодаря проведению профилактических и информационных мероприятий, которые в дальнейшем окажут положительное влияние на предупреждение появления синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер ОРиИТ, и в следствии этого повысится качество оказания медицинской помощи и стрессоустойчивость медицинских работников.

Задачи:

- провести теоретический анализ особенностей синдрома эмоционального выгорания;
- подобрать методы исследования и сформировать выборку;
- произвести опрос медицинских сестер по выявлению эмоционального выгорания;

- выявить особенности саморегуляции эмоционального контроля у медицинских сестер;
- создать информационный ролик и составить рекомендации по снятию напряжения.

Методологическая база:

Исследование проводилось на базе Больницы Скорой Медицинской Помощи имени Н.С.Карповича в отделении реанимации и интенсивной терапии №1 города Красноярска.

Методы исследования:

- анализ и синтез;
- анкетирование;
- опросник «Эмоционального выгорания" В. В. Бойко»

Теоретическая значимость

Основывается на особенностях эмоционального напряжения у медицинских сестер, связанных со спецификой их работы за определенный период времени. Представлены основные подходы к определению сущности феномена эмоционально выгорания, а также систематический анализ и обобщение материалов по этой проблеме в профессиональной деятельности медицинских работников.

Практическая значимость

В работе рассмотрены способы оказания психологической помощи медицинским работникам, страдающим от синдрома эмоционального выгорания, которые могут быть рекомендованы как психологам, работающим с коллективом медицинских работников, так и самим медицинским работникам для психологической поддержки в профессиональной деятельности. Исследовательская работа основана на методах исследованиях опросник «Эмоционального выгорания" В. В. Бойко».

СЭВ - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Он представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Выгорание - отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

В настоящее время СЭВ входит в рубрику Международной классификации болезней (МКБ-10: Z73 - "Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни"). Как научное обоснование

В.В. Бойко дает следующее определение: эмоциональное выгорание— это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Факторы, способствующие возникновению симптомов эмоционального выгорания

Быстрота возникновения «выгорания» зависит от личностных особенностей. Необщительные, застенчивые, эмоционально неустойчивые люди, импульсивные и нетерпеливые, с меньшей самодостаточностью, высокой эмпатией и реактивностью более склонны к развитию выгорания.

Имеют значение и производственные факторы.

Бойко рассматривает эмоциональное выгорание как профессиональную деформацию личности, которая возникает под воздействием ряда факторов — внешних и внутренних.

Эмоциональное выгорание медицинских работников

Медицинские работники — социальная группа населения, с одной стороны, испытывающая на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, с другой — призванная смягчать эти проблемы в процессе контакта населения с системой здравоохранения. Таким образом, медики находятся в кругу как своих собственных проблем, так и проблем своих пациентов, неся при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Зачастую они, как ни

парадоксально, отличаются худшим состоянием здоровья, чем представители других специальностей. Такое положение вещей обусловлено значительными физическими и эмоциональными нагрузками, постоянной суперинфекцией.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и большое количество факторов, вызывающих стресс.

Ответственная работа медика с большим количеством нездоровых людей может привести к возникновению своеобразного расстройства — «отравления людьми». Для него характерны такие симптомы, как раздражительность, вспыльчивость (часто без всякой видимой причины), холодность и равнодушие как защитное поведение.

Труд большинства медицинских работников осуществляется в таких условиях, что на них воздействует комплекс неблагоприятных производственных факторов различной природы, нервно-эмоционального перенапряжения, высокой ответственности. К числу психологических стресс-факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся:

− большое количество контактов с пациентами и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию; и повышенные требования к профессиональной компетентности врача к служению другим, самоотдаче;

− ответственность за жизнь и здоровье других людей;

− производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность и др.

Симптомы эмоционального выгорания включают: чрезмерную усталость, переутомление, истощение (после активной профессиональной деятельности), психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства), бессонницу, негативное отношение к пациентам (после прежнего позитивного), отрицательный настрой к работе (вместо прежнего «это дело на всю жизнь»), стереотипизацию личностной установки, стандартизацию общения, деятельности, принятие готовых форм знания, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций, агрессивные тенденции (раздражительность и гнев по отношению к коллегам и пациентам), негативное отношение к себе, тревожное состояние, пессимистический настрой, депрессию, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины.

Существует несколько видов эмоциональных реакций в профессиональной деятельности человека, которые повышают риск выгорания

Синдром профессионального выгорания — это целый комплекс психологических и физических симптомов, которые имеют существенные индивидуальные различия у каждого конкретного человека. Известны следующие основные признаки профессионального выгорания: физические, связанные с субъективным самочувствием и состоянием здоровья, поведенческие и психологические.

Исследование

Заинтересовавшись влиянием выгорания на профессиональную деятельность, я провела исследование связи организационных и личностных факторов с выраженностью профессионального выгорания.

Общая характеристика участников исследования.

В исследовании принимали участие медицинские сестры в количестве 30 человек, женщины в возрасте от 21 до 53 лет, с общим стажем работы в должности от нескольких месяцев до 35 лет.

Семейное положение испытуемых: замужем- 13 человек, разведенных- 3, не замужем-14 .

Характеристика методов исследования.

В исследовании использовались следующие методы:

1. Анкетирование – с его помощью была получена социально-демографическая информация об испытуемых.

2. Опросник «Эмоционального выгорания" В. В. Бойко.»

Методика представляет собой опросник, предназначенный для диагностики синдрома профессионального выгорания. Создана Бойко В.В. в 1996 году. В.В. Бойко рассматривает профессиональное выгорание с позиций общего адаптационнаго синдрома Г.Селье.

В ходе проведенного исследования феномена эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко у медицинских работников были получены следующие результаты.

		Сформировавшиеся эмоциональное выгорание		Формирующееся эмоциональное выгорание		Отсутствие эмоционального выгорания	
		Количество человек	В %	Количество человек	В %	Количество человек	В %
Возраст	До 30 лет	2	7	3	10	3	10
	31- 45	8	27	11	36	0	0
	После 46	2	7	1	3	0	0
Стаж работы	До 5 лет	1	3	3	10	3	10
	От 6 до 15	8	27	8	27	0	0
	Более 16	3	10	4	13	0	0

В моей дипломной работе наглядно показано, что у медицинских сестер реанимации и интенсивной терапии №1 синдром профессионального выгорания сформирован у 12 человек (41%), в фазе формирования у 17 человек (49%), полностью отсутствует у 3 человек (10%).

Заключение и выводы:

Целью моего исследования было, выявить роль старшей медицинской сестры в профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер Отделения Реанимации и Интенсивной Терапии №1, согласно полученным и обработанным данным, можно сделать вывод, что роль старшей медицинской сестры имеет большое влияние на предупреждение эмоционального выгорания, благодаря усилиям старшей медицинской сестры в отделение наблюдается не большой процент присутствия эмоционального выгорания.

Предупреждение эмоционального выгорания предусматривает следующие направления:

- обучение эффективным стилям коммуникации и методам разрешения конфликтных ситуаций;
- тренинги, стимулирующие мотивацию саморазвития, личностного и профессионального роста;
- антистрессовые прогаммы и группы поддержки, ориентированные на коррекцию самооценки, развитие уверенности, социальной смелости, эмоциональной устойчивости и психофизической гармонии.

Хороший климат внутри коллектива, ощущение адекватной эмоциональной поддержки коллег и администрации - это мощный ресурс предупреждения и устранения профессионального стресса. Чувство защищенности, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, позволяют снизить напряженность, тревогу, а также нередкие агрессивные проявления.

Пути преграды развития СЭВ:

- развитие других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью;
- поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания;
- наличие друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс;
- стремление к желаемому, без цели стать победителем в любом случае;
- умение проигрывать без самоуничижения и агрессивности;
- открытость новому опыту;
- умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и в жизни;
- чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы просто для собственного удовольствия;

- участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;

- периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;

- участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с работой;

- хобби, доставляющее удовольствие.

Каждой медсестре необходимо обрести современные знания, как предотвратить вредные последствия стресса, изменить свои привычки в соответствии с этими знаниями, что включает здоровый образ жизни и позитивные жизненные установки.

Нейтрализация синдрома эмоционального выгорания:

- аутогенная тренировка;
- различные методы релаксации;
- системы биологической обратной связи;
- дыхательная гимнастика;
- включение в жизнь человека положительных эмоций;
- музыка;
- физические упражнения;
- психотерапия;
- физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна, электросон);
- иглоукалывание.

Помимо этих, «житейских», приемов, можно назвать и методы, которые можно назвать «психологическими»:

- загрузить себя работой так, чтобы не хватило времени и сил на переживания;
- изменить отношение к ситуации;
- вспомнить о тех людях, которым еще хуже;
- излить душу другу или подруге;
- отнестись к ситуации с юмором;
- выслушать совет компетентного человека и т. д.

Данный пример показывает, что множество людей обладают знаниями о методах уменьшения стресса, но тем не менее испытывают стрессы в своей жизни. Такая ситуация связана с тем, что в большинстве случаев антистрессорные методы применяются спонтанно и не всегда обоснованно, а в результате — с низкой эффективностью.

Исходя из полученных данных по анкетированию, можно создать рекомендации для медицинских сестер по профилактики начального проявления синдрома эмоциональное выгорание:

1. В рамках профессиональной деятельности подбирайте работу, соответствующую вашим склонностям и возможностям. Это позволит вам поверить в свои силы и испытать радость от хорошо исполняемой работы.

2. Повышение квалификации и уровня профессиональной компетентности является мощным фактором профилактики синдрома выгорания.

3. Следует периодически изменять свой режим работы. Если вы обнаруживаете у себя признаки эмоционального истощения, режим работы должен быть изменен как можно скорее, а время пребывания на работе сокращено до разумных пределов, не угрожающих здоровью и психологическому комфорту.

4. В случаях, когда у вас возникает желание сделать чью-то работу, следует оценить, насколько ваша помощь является необходимой и какие последствия могут быть, если вы не выполните ее.

5. Необходим регулярный достаточный, полноценный отдых со сменой обстановки и особенно с активными видами отдыха. Не следует забывать о том, что отдых и личная жизнь — необходимая составляющая успешной и длительной работы.

6. Не переносите ваше рабочее напряжение и проблемы на взаимоотношения с близкими, но и не позволяйте домашним проблемам влиять на качество вашего общения с пациентами.

7. Старайтесь отключаться от мыслей о работе, уходя домой. Этому может способствовать прогулка пешком, встреча с кем-либо из друзей, посещение магазина.

8. Не следует думать, что можно жить жизнью других людей. Необходимо жить вместе с ними, помогая и принимая помощь.

9. Благотворное влияние оказывает посещение выставок, театров, концертных залов. Следует регулярно заниматься любимым делом, увлечением, отводя для него специальное время. При этом особенно благоприятно на эмоциональное состояние действует выращивание цветов, общение с домашними животными.