ISSN 1996-3955

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ ПРИКЛАДНЫХ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№11(4) 2016

АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ
«ACADEMY OF NATURAL HISTORY»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ ПРИКЛАДНЫХ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

INTERNATIONAL JOURNAL OF APPLIED AND FUNDAMENTAL RESEARCH

Журнал основан в 2007 году
the journal is based in 2007
ISSN 1996-3955

Импакт фактор
РИНЦ – 0,764

№11 2016
Часть 4
Научный журнал
SCIENTIFIC JOURNAL

Электронная версия размещается на сайте www.rae.ru

The electronic version takes places on a site www.rae.ru

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор М.Ю. Ледванов

Ответственный секретарь
к.м.н. Н.Ю. Стукова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Курзанов А.Н. (Россия)
Романцов М.Г. (Россия)
Дивоча В. (Украина)
Кочарян Г. (Украина)
Сломский В. (Польша)
Осик Ю. (Казахстан)
Алиев З.Г. (Азербайджан)

EDITOR
Mikhail Ledvanov (Russia)

Senior Director and Publisher
Natalia Stukova

EDITORIAL BOARD
Anatoly Kurzanov (Russia)
Mikhail Romantzov (Russia)
Valentina Divocha (Ukraine)
Garnik Kocharyan (Ukraine)
Wojciech Slomski (Poland)
Yuri Osik (Kazakhstan)
Zakir Aliev (Azerbaijan)

МОСКВА «АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ» **18+**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ ПРИКЛАДНЫХ
И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

INTERNATIONAL JOURNAL OF APPLIED
AND FUNDAMENTAL RESEARCH

Журнал включен в Реферативный журнал и Базы данных ВИНИТИ.
Сведения о журнале ежегодно публикуются в международной справочной системе по периодическим и продолжающимся изданиям «Ulrich's Periodicals directory» в целях информирования мировой научной общественности.

Журнал представлен в ведущих библиотеках страны и является рецензируемым.
Журнал представлен в НАУЧНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ БИБЛИОТЕКЕ (НЭБ) – головном исполнителе проекта по созданию Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и имеет импакт-фактор Российского индекса научного цитирования (ИФРИНЦ).

Учредители – Российская Академия Естествознания,
Европейская Академия Естествознания

123557, Москва,
ул. Пресненский вал, 28

ISSN1996-3955

Тел. редакции – 8-(499)-704-13-41
Факс (845-2)- 47-76-77

E-mail: edition@rae.ru

Зав. редакцией Т.В. Шнуровозова

Техническое редактирование и верстка Бондини О.В.

Подписано в печать 25.11.2016

© «Академия Естествознания»
© «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» (Краснодар)

Формат 60x90 1/8
Способ печати – оперативный, офсет
Усл. печ. л. 34. Тираж 300 экз. Заказ 64.
Типография ООО «редакция газеты «Всякая Всячина».
350020, г. Краснодар, ул. Бабушкина, 252. Тел. (861) 259-41-59.
E-mail: vs_vs@tsrv.ru, designer_vsvs@pochta.ru

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОДАРСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (МАОУ ВО «КММИВСО»)

МАТЕРИАЛЫ

ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 20-ЛЕТИЮ КММИВСО
(г.Краснодар, 22-23 ноября 2016 г.)

Краснодар
2016

УДК 61:378(09) (470.62)-21.3
ББК 74.560

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕ Борисов Ю.Ю.
к.и.н., доцент Ильченко Г.В.
к.п.н., доцент, профессор РАЕ Белялова М.А.
к.м.н., доцент Рамонова Л.П.

Материалы научно-практической конференции посвящены проблемам непрерывного медицинского образования и сестринской практики.

В рамках конференции планируется обсуждение широкого круга вопросов:

- инновации в преподавании естественнонаучных и общих гуманитарных дисциплин;
- интеграционные процессы в медицинском образовании;
- инновационные технологии в обучении и воспитании;
- формирование профессионально-исследовательской культуры обучающихся в системе многоуровневого образования;
- актуальные вопросы сестринской практики.

Материалы конференции представляют интерес для преподавателей высшего и среднего звена в структуре непрерывного медицинского образования.

Рекомендованы к изданию Редакционно-издательским советом МАОУ ВО КММИВСО, протокол №2 от 24.11.2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Авакимян Х.В., Мельник Е.Г. *581*

РОЛЕВЫЕ ПОЗИЦИИ ЖЕНЩИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Аверкина Т.О. *582*

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ВЛИЯНИЯ ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И СТЕПЕНИ ЕЁ САМООЦЕНКИ

Аверкина Т.О *585*

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ВОЗРАСТЕ 5-6 ЛЕТ

Алексеева Е.Б., Путилина А.В. *587*

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Амоян Э.Ф., Калинина В.А. *590*

ИНФОРМАЦИОННАЯ ВОЙНА И ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Андреев В.А., Кравченко Д.А. *592*

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ГРУППЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Антюшина Т.Ю. *593*

РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ: НА МАТЕРИАЛЕ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Апалько И.Ю. *595*

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Артемьева Я.А., Колычева Ю.Н. *598*

ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА. ЗНАЧЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА

Артемьева Я.А., Ленкова Е.И. *600*

РАСПРОСТРАННЕНЫЕ ТРУДНОСТИ В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Бабаян В.Г., Киргуева Р.А. *600*

РУССКОМУ ФЛОТУ БЫТЬ!

Бакуменко А.И. *602*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Безуглая О.И., Бондаренко П.П., Выселкова Е.С. *605*

КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Безуглая О.И., Рамонова Л.П., Фурсова Л.В. *607*

СПОСОБЫ ЗНАКОМСТВА И САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ

Бекетова Е.А., Колесникова В.О. *609*

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА И РОЛЕВЫХ ОЖИДАНИЙ МОЛОДОЖЕНОВ

Бекетова Е.А., Чинченко В.Н. *613*

ВОДОЛЕЧЕНИЕ КАК ФАКТОР ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Беликова О.Ю., Щербинина И.Г. *616*

ГИПОДИНАМИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Беликова О.Ю., Ломоносова Г.Г., Калько А.А. *619*

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ КАК СПОСОБ ПОДДЕРЖАНИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА ЛПУ

Беликова О.Ю., Щербинина И.Г. *620*

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПОДДЕРЖАНИИ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Беликова О.Ю., Ломоносова Г.Г., Хагур М.Р. *621*

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ТЕПЛОЛЕЧЕНИЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Беликова О.Ю., Щербинина Г.Г. *623*

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАНЯТИЯ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРИОБЩЕНИЯ БАКАЛАВРОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО К ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Белялова М.А. *625*

ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕНЕДЖЕРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Белялова М.А. *627*

ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЫШЛЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ВУЗА

Белялова М.А. *629*

ВИДЫ И СООТНОШЕНИЕ РЕЧИ

Блягоз Д.И., Цику Л.Х., Киргуева Р.А. *632*

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А. *633*

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю., Ильченко Г.В. *635*

БАРЬЕРНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИСТЕНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЛИЗИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А. *636*

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОМПЕТЕНЦИЙ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю. *638*

ЭЛЕМЕНТЫ ЗДОРОВЬЯ – КАЛЬЦИЙ И МАГНИЙ

Бублик Е.С., Ткаченко А.В., Калинина В.А. *641*

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Вавилова Е.Е., Ткаченко А.В. *642*

ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Вальман Л.К., Мельник Е.Г. *642*

ДИНАМИКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Вальман Л.К., Дробышева О.М. *644*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Воробьева А.В., Савченко Н.А., Бондаренко П.П. *645*

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ (ТЕРАПЕВТОВ)

Воробьева Д.С., Бойченко С.Ф. *647*

КОМПЛЕКТ ШПИОНСКИХ ПРОГРАММ – «SETSMURFS»

Гаршин А. Н. *648*

ИНТЕРНЕТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ

Герасимова Д.В. *649*

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИКОВ НА ПОВЕДЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Гончарова В.А., Ткаченко А.В., Адрианопольский В.П. *652*

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Григорьева Ю.О. *653*

УРОВЕНЬ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ

Губарева А.Г. *655*

ЗДОРОВЬЕ – ПУТЬ К УСПЕХУ

Гуляева Е.А. *656*

ОПИОИДЕРГИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ УПРУГОВЯЗКИХ СВОЙСТВ СЛИЗИСТОГО ГЕЛЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Данильчук К.А., Щербинина И.Г. *657*

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Деды А. А *659*

ПЕТР ВЕЛИКИЙ И ЕГО РЕФОРМЫ. ВЛИЯНИЕ ПЕТРА НА РОССИЮ

Демиденко А.К. *662*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРЫ

Джаназян М.И., Ткаченко А. В. *664*

АУТОАГРЕССИЯ КАК ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Долгополова В.С. *665*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Друзяка Я.А., Ищенко О.Ю., Пехова В.А. *667*

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ - ПУТЬ К ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

Ефименко С.О. *670*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ УЧЕБНОГО ВОЕННОГО ЦЕНТРА КУБГАУ

Ефимкин Я.С., Дробышев В.И. *671*

СЕЛФИ КАК ОРУДИЕ УБИЙСТВА

Зурабян С.С. *673*

НОВОЕ ЗАСЕЛЕНИЕ ЕВРОПЫ: МИГРАНТЫ АТАКУЮТ

Зурабян С.С., Брашован Е.А. *674*

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ

НА ЦИКЛАХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Ильченко Г.В., Маковкина Д.В. *676*

О «БОКСОЛОГИИ»

Ищенко В. И., Ищенко О.Ю. *678*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ищенко О.Ю., Погребняк Т.Н. *679*

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г. КРАСНОДАРА

Ищенко О.Ю., Озерова Ю. С., Пивень Д. А. *681*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ГАСТРИТОМ

Казакова А.И. *684*

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМС-СООБЩЕНИЙ КАК ОДНОГО ИЗ НОВЫХ ЖАНРОВ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ

Капустин А.С. *685*

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОНТРАКТУРАХ И МИКРОСТОМИИ

Ковалёва А.С., Амоян Э.Ф., Хакуй С.А. *688*

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ РЕПОНИРУЮЩИМИ АППАРАТАМИ

Ковалёва А.С., Амоян Э.Ф., Совозу А.М., Хакуй С.А. *690*

САМООЦЕНКА ЛЮДЕЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЗНАКОМСТВО В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ

Колесникова В.О. *691*

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Колычева Ю.Н., Артемьева Я.А. *693*

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ И ОБУЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ КММИВСО

Крайнюкова З.В., Глинчик С.Е., Щербинина И.Г. *695*

ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крикунова С.И., Псеуш М.Ю., Ломоносова Г.Г. *696*

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Круглая Я.А., Щербинина И.Г., Рыбас К.В. *697*

ГЛОБАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Кублинский А.В. *700*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИНКЕ

Кустулиди С.А., Юдкина И.А. *701*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАСТИНКИ С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ И АППАРАТА АНДРЕЙЗЕНА-ХОЙПЛЯ

Кустулиди С.А. *703*

ВЛИЯНИЕ ФЕНОМЕНА «ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ» НА ДИНАМИКУ ПРОЦЕССА ВНИМАНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кучерова М.С. *704*

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ МАСТЕРСТВО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Лаушкина В.С., Белялова М.А. *706*

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Лаушкина В.С. *708*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Лебедь В.С. *710*

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОЧАГАХ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Лынова Е.Н., Ильченко Г.В. *711*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Лынова Е.Н., Ильченко Г.В. *713*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛПУ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Лынова Е.Н., Глушак Д.В., Маковкина Д.В. *716*

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ВИНИРОВ ИЗ МАССЫ IVOCLAR E-MAX

Ляшко А.А., Амоян Э.Ф., Артюшин М.С. *718*

ИЗГОТОВЛЕНИЕ БЮГЕЛЬНОГО КАРКАСА НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ С РАЗНОВИДНОСТЯМИ КЛАММЕРОВ НЕЙЯ, РОУЧА И ИХ ОПИСАНИЕ

Ляшко А. А., Амоян Э.Ф., Хакуй С.А. *719*

ЯВЛЕНИЕ ПСЕВДОНАУЧНОСТИ В РЕКЛАМНОМ ДИСКУРСЕ

Мартынчик А.А., Хутыз И.П., Величко М.А. *721*

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Мельник Е.Г. *723*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Миронец А.В., Савченко Н.А. *724*

СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ

Мороз В.А., Аверкина Т.О. *726*

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мороз В.А., Григорьева Ю.О. *731*

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Мороз В.А., Антюшина Т.Ю. *735*

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Морозова Г.А., Ищенко О.Ю., Ильченко Г.В. *739*

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КУРСАНТОВ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Науменко Н.П. *741*

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИИ КУРСАНТОВ ВОЕННЫХ ВУЗОВ

Новоселецкая Д.И. *743*

СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СЛИЗИТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Пархоменко Ю.В., Борисов Ю.Ю. *746*

ЕВГЕНИКА -ЭТО НАУКА ПРОШЛОГО ИЛИ БУДУЩЕГО?

Пашкова А. Е., Костюкова Д. Л., Григорян М.Э. *747*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ПЕРСОНАЛОМ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Петриченко О.О., Бондаренко П.П. *750*

ВОЕННО-НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КУРСАНТОВ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В ВОЕННЫХ ВУЗАХ

Петрова Т.В. *751*

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПРОВИЗОРНЫХ КОРОНОК ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ИМПЛАНТАТЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ФОРМИРОВАНИЕМ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Петросян А. А., Добровольская П. Э. *752*

ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ КОРОНОК ПО БЕЛКИНУ И ПОГОДИНУ

Петросян А.А. *754*

РЕЧЕВЫЕ ФОРМУЛЫ ВЕЖЛИВОСТИ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ: ПОНЯТИЕ, ВИДЫ, КОММУНИКАТИВНАЯ РОЛЬ (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА ФОРМУЛ ОБРАЩЕНИЯ И ПРОСЬБЫ)

Подгорный Д.С. *756*

СКАЗКА И МИФ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Прищеп Л.В., Бекетова Е.А. *759*

ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ

Рамонова Л.П., Киян И.В., Бондаренко П.П. *762*

ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА «МЕЛЬДОНИЯ» НА ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Романенко А.А. *763*

КАЧЕСТВО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРОК ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТКАМИ

Рочегова О.А., Мельник Е.Г. *765*

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС И НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ

Салалыкина Е.В. *766*

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Салалыкина Е.В. *768*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СПОРТСМЕНАМ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ Г. КРАСНОДАР

Салалыкина Е.В., Баскакова Э.С. *770*

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ ДИАЛИЗА

Салалыкина Е.В. Михальчук А.В. *771*

УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Салалыкина Е.В., Шовгенова М.А. *773*

ПРОБЛЕМЫ ИНСТИТУТА БРАКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Саруханян Л. А. *775*

ВО ИМЯ ПОБЕДЫ: ПОДВИГ МЕДСЕСТРЫ НАТАШИ КАЧУЕВСКОЙ

Сафонов Н.Ю. *777*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАВЫКОВ УСТНОЙ РЕЧИ НА МАТЕРИАЛЕ ТЕХНИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОЛИМПИАДЕ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Сердюк Е.В. *780*

О НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ И ЛЕЧЕНИИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Сидельникова Л.В., Латышева О.А. *781*

О ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Сидельникова Л.В., Матулевич С.А. *783*

СОКРАЩЕНИЯ СЛОВ КАК ТЕНДЕНЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Скатеренко А.Е. *786*

РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Слабая О.С., Белялова М.А. *788*

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Слабая О.С., Белялова М.А. *791*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ

Соколова П.С., Ткаченко А.В. *793*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сычева Н.Ю., Барельская Т.А. *794*

ПОДВИГИ МЕДИКОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Тараненко С.С. *796*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ ИЗ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ «DUCERAM KISS» С ПРИМЕНЕНИЕМ КЕРАМИЧЕСКОГО ПЛЕЧА И БЕЗ

Татевосян А.С., Амоян Э.Ф., Латышев В.А. *798*

ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Татевосян А.С., Амоян Э.Ф., Хакуй С.А. *800*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Твердохлебова Д.А. *801*

ВЛИЯНИЕ ОДНОПОЛЫХ ОТНОШЕНИЙ НА СНИЖЕНИЕ КУЛЬТА СОЗДАНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ СЕМЬИ В РОССИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ОТ 20 ДО 30 ЛЕТ

Толчеева А. *803*

ПСИХОДИАГНОСТИКА СТРЕССА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Торшина Т.И., Зуева А.А., Дробышева О.М. *806*

NBIC-ТЕХНОЛОГИИ-ИННОВАЦИОННАЯ ЦИВИЛИЗАЦИЯ XXI ВЕКА

Тхатль Ф.Р., Брескина А.В. *807*

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОЛИЗНОГО РАСТВОРА СЕРЕБРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА

Фебенчукова К.А., Щимаева И.В., Ткаченко А.В. *808*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В УЧЕБНОМ ПОЗНАНИИ

Хамула Л.А. *809*

ЛЕКТОРСКОЕ МАСТЕРСТВО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЕГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

Хмара Т.А., Белялова М.А. *811*

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Цуприкова О.В. *816*

СМАЙЛ КАК ВЫРАЖЕНИЕ ЭМОЦИЙ ИЛИ ИНФОРМАТИВНЫЙ ВИД ОБЩЕНИЯ?

Цыбина Е.Ю., Лисицына В.О., Брашован Е.А. *819*

ВЕРБОВКА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В РЯДЫ ЭКСТРЕМИСТОВ И ТЕРРОРИСТОВ

Чекмизов А.С. *822*

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПРЕДПОЧИТАЮТ ВИРТУАЛЬНУЮ РЕАЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Чернявский Н.В. *823*

ЦЕННОСТНАЯ СФЕРА И ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ БУДУЩИХ СУПРУГОВ И МОЛОДОЖЕНОВ

Чинченко В.Н. *826*

ВЛИЯНИЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Чучинский А. В. *828*

ПОВЫШЕНИЕ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ СУБЪЕКТА В РЕЗУЛЬТАТЕ СНИЖЕНИЯ САМООЦЕНКИ ДРУГОГО СУБЪЕКТА В СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шацкая С.С. *830*

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Шкилева Е.Ю. , Ломоносова Г.Г. *832*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ТЕРРОРИСТА

Юрьев В.А. *834*

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ямпольская Г.П., Мельник Е.Г. *835*

ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Авакимян Х.В., Мельник Е.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Внематочная беременность (ВБ) до настоящего времени остаётся одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Согласно результатам мировой статистики частота ВБ составляет от 0,5 до 6,0%, в России ежегодно диагностируется – в 1,2-2,2% случаях по отношению ко всем беременностям. В последние два десятилетия наметилась стойкая тенденция к повышению уровня заболеваемости ВБ, причем, у 7,5–22% пациенток возникает повторная ВБ [2]. Заболевание в основном встречается в возрасте 20–40 лет, максимальная ее частота приходится на 26–35-летний возраст, не редкость и у юных женщин 17–18 лет. Причин для этого много: большая распространенность среди женщин воспалительных процессов внутренних половых органов, эндометриоз, погрешности в использовании внутриматочных и гормональных методов контрацепции, рост хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регулирования деторождения, широкое внедрение в практику лечения бесплодия индукторов овуляции, генитальный инфантилизм [1]. Поскольку современные женщины занимают активную социально-экономическую политику, живут в новых экологических условиях, совершенствуются методы диагностики ВБ степень влияния различных факторов риска ВБ, возможно, изменилась, что стало поводом для изучения данной проблемы.

Цель: выявить факторы риска внематочной беременности (ВБ) по материалам гинекологического отделения МБУЗ "Городская клиническая больница №1" (МБУЗ ГКБ 1).

Материалы и методы: Исследования проводились в течение июня - августа 2015г. на базе гинекологического отделения МБУЗ ГКБ 1 г. Краснодар методом ретроспективного анализа архивного материала. Были проанализированы 15 медицинских карт стационарного больного, которые поступали в гинекологическое отделение различными способами. Были изучены: жалобы пациенток, их репродуктивный статус, менструальная функция, перенесённые гинекологические и соматические заболевания. Результаты исследования отработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel 2007 (Microsoft, США). Статистически, значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результат исследования показал, что средний возраст пациенток 26±1,5 лет, среди которых большинство были в возрастной группе от 21 до 30 лет (60%) $p<0,05$. Работающих было 70%, с высшим образованием – 70% ($p<0,05$). Жительниц города было 60%, обратившихся самостоятельно в стационар - 53%, по СМП – 20%, по направлению – 27%. Все женщины находились в состоянии относительно удовлетворительном, диагноз ВБ подтверждался по данным УЗИ и ХГЧ крови в 100% случаев. Пациентки предъявляли жалобы на задержку менструации, кровянистые выделения различной интенсивности (30%), боли внизу живота, больше справа (87%) различной интенсивности с иррадиацией в прямую кишку (13%).

У 13,3% женщин был нерегулярный менструальный цикл ($p<0,05$), у 33% - болезненная менструация, что не исключает генитальный инфантилизм у этих женщин и может являться фактором риска ВБ. Соотношение родов к абортам было 1:1, по 13,3% ранее лечились по поводу бесплодия, имели замершую беременность. На момент обращения у женщин были признаки воспаления слизистой влагалища, у 40% имелась эрозия шейки матки ($p<0,05$), что не исключает повод развития внематочной беременности на фоне воспаления, неоднократном сбое гормонального фона и возможном дефиците желтого тела, так необходимого для сохранения и нормального развития беременности.

У всех женщин, поступивших с ВБ, были хронические воспаления, заболевания матки и придатков; 80% имели ИППП (инфекции передаваемые половым путем); 40% - лечили эрозию шейки матки; 20% - оперировались на придатках, что свидетельствует о существенном факторе риска ВБ на фоне хронических воспалений. Среди соматических заболеваний у 5% женщин были проблемы сердечно-сосудистой, у 20% - нервной, у 27% - эндокринной системы, у 40% желудочно-кишечного тракта, 20% женщин перенесли детские инфекции. Подобные проблемы со здоровьем могли отразиться на анатомо-функциональном состоянии органов малого таза, что следует рассмотреть как фактор риска ВБ.

На основании полученных аналитических данных можно сформулировать следующий вывод, что ВБ встречается у женщин ак-

тивного репродуктивного возраста (60%), имеющих отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и проблемы в соматическом здоровье, что является фактором риска ВБ и не противоречит литературным данным. Кроме того, результаты проведенных исследований показали целесообразность тщательного сбора анамнеза согласно схеме обследования акушерско-гинекологических больных, а знание основных опорных клинико-диагностических признаков внематочной беременности позволяет каждому среднему медицинский персоналу, работающий в акушерско-гинекологическкой службе заподозрить патологическую беременность и принять меры по безотлагательному оказанию медицинской помощи.

Литература:
1. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айломазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Кулаков, В.И. Прилепская, В.Н. Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа,-2012.–1056 с.

РОЛЕВЫЕ ПОЗИЦИИ ЖЕНЩИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Аверкина Т.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия.

Актуальность исследования. На протяжении долгих столетий основным назначением прекрасной половины человечества являлось продолжение рода. Женщина в современном обществе имеет совсем иной статус и призвание, у нее появились другие ценности и потребности, которые заставляют пересмотреть взгляды на женскую роль в сегодняшнем мире.

В связи с тем, что социальная роль женщины в современном обществе за последние десятилетия претерпевает радикальные изменения, естественно, меняются также статусы представительниц слабого пола. Так, психологи-современники склонны рассматривать следующие основные категории женщин: лидеры, карьеристки, домохозяйки, обладательницы свободных профессий. Самореализация – это главная цель карьеристок, которые на первое место всегда ставят работу и достижение успехов в карьере. Только после таких результатов они могут себе позволить размышлять о создании семьи и планировании детей. Статус женщины в современном обществе, которая выбрала роль домохозяйки, как правило, рассматривается сегодня не с лучшей стороны.

Многие исследователи отмечают, что мужчина становится мужественным, а женщина — женственной в процессе усвоения ими соответствующих ролей, принятых в данном обществе. Однако было бы нелепым полагать, что роль — это исключительно социальный норматив, внедренный в сознание индивида. Во многом она определяется и неосознаваемыми мотивами поведения, различными у мужчин и женщин.

В научный оборот термин «роль» ввели в 1920–1930-е гг. Дж. Мид и Р. Линтон. Дж. Мид не дал определения понятия роли. При изложении своих концепций он употреблял понятие роли как весьма неопределенное. Он применял этот термин, когда развивал идею «принятия роли другого», для объяснения акта взаимодействия индивидов в процессе речевой коммуникации. Фактически понятие роли было взято из сферы театра, где оно использовалось как метафора для обозначения ряда феноменов социального поведения.

Статус, по мнению Р. Линтона, — это то место, которое индивид занимает в данной системе. А понятие «роль» используется им для описания всей суммы культурных образцов поведения, связанных с определенным статусом. Роль, таким образом, включает установки, ценности и поведение, предписываемые обществом для каждого, имеющего определенный статус. В связи с тем что роль представляет собой внешнее поведение, она является динамическим аспектом статуса, т. е. тем, что индивид должен сделать для оправдания занимаемого им статуса [1].

Социальная роль представляет собой функцию разноуровневых явлений объективного и субъективного порядка, которые находят отражение в ролевом поведении личности [1].

Положение женщины в обществе постоянно привлекало внимание научной мысли.

Значительный вклад в определение роли места женщины в обществе внес А. Бебель. В своей книге «Женщина и социализм» он дал глубокий анализ путей социального освобождения женщин, необходимости ей заниматься творческой деятельностью.

Говоря о социальной роли современной женщины, американский социолог Э. Боулдинг отмечает, что эта роль связана больше с

«изнанкой» общества, а не с «лицевой» его стороной. Сохраняется дискриминация женщин в латентной форме, следствием которой выступают устойчивые представления о том, что положено, «дозволено» женщине в обществе. Они являются барьерами в сознании и поведении людей, причиной неравенства социальных позиций мужчин и женщин [3].

Главным изменением, которое произошло в российской семье за последнее время, по словам О. Здравомысловой, является позиция женщины. Ее все возрастающую общественную и профессиональную активность называют иногда «тихой революцией XXI века» [5]. Велика роль национальной культуры в определении ролевой позиции женщины [2].

Согласно данным, опубликованным Всероссийским центром изучения общественного мнения по проблеме «Социальная роль женщины в современном обществе», большая часть опрошенных респондентов полагают, что права мужчин и женщин равны, и каждый из них должен обладать правом на свободу выбора и деятельности, а также распределение семейных обязанностей (63% опрошенных респондентов). Между тем, 33% респондентов отмечают, что возрастает уровень дискриминации прав женщин в профессиональной сфере. 46% опрошенных полагают, что в сфере власти недостаточное количество женщин, это выступает причиной дискриминации статуса и социальной позиции женщины. 61,5% респондентов склонны доверять и искать поддержки в лице специалиста-мужчины, нежели женщины, что объясняется наличием более высокого уровня управленческих и профессиональных качеств у мужчин, нежели женщин-специалистов. Тем не менее, 70,2% опрошенных утверждают, что лучшая реализация для женщины – следовать своему естественному предназначению, рожать и воспитывать детей, хранить семейный очаг [7].

За последние 3 года наиболее распространенными гендерными стереотипами выступают:

-«женщина более адаптирована к умственному и физическому труду, нежели мужчина» (63,2%);

-«самореализация и личностный рост современной женщины полностью зависимы от ее продвижения по карьерной лестнице» (50,4%);

-«социальная роль современной женщины в большей степени сводится к профессиональной самореализации, нежели к семейным ролевым позициям» (30,8%);

-«в ценностной иерархии современной женщины доминирует карьерный рост и материальная стабильность» (10,5%);

-«современная женщина вступает в брак по достижении 25-30 - летнего возраста» (48,1%);

-«современная женщина ценит свободу прав и обязанностей» (10%);

-«у современных женщин чаще от 1 до 2 детей, за редким исключением - детей нет» (52%) [6].

Для проведения эмпирического исследования, нами были выбраны следующие методики:

1. тест «Кто я?», состоящий из двадцати высказываний (М. Кун, Т. Макпартленд в модификации Т.В. Румянцевой);
2. опросник С. Бем по изучению маскулинности и феминности [6, 4].

Результаты исследования по методике «Кто я?» показали, что ответы студенток совершенно разные, и это говорит о том, что каждая из них выбирает, или уже выбрала свою индивидуальную жизненную позицию. Среди ответов студенток ярко проявлены социальные роли и индивидуализированные характеристики.

Социальные роли были распределены следующим образом:

1) гендерные роли, включающие семейный статус личности:

Бакалавры:	Клинические психологи:
дочь- 12 (80%)	дочь- 9 (60%)
девушка- 8 (53.3%)	девушка- 8 (53.3%)
будущая мать- 5 (33.3%)	будущая мать- 3 (20%)
сестра - 4 (26.6%)	сестра - 3 (20%)
будущая жена - 3 (20%)	внучка - 1 (6.6%)
хозяйка - 2 (13.3%)	тетя - 1 (6.6%)
	желанный ребенок – 1 (6.6%)

2) профессиональные роли:

Бакалавры:	Клинические психологи:
будущий медработник – 2 (13.3%)	танцор - 2 (13.3%)
повар - 1 (6.6%)	будущий психолог – 2 (13.3%)
	актриса – 1 (6.6%)

3) другие социальные роли:

Бакалавры:	Клинические психологи:
студентка – 11 (73.3%)	студентка – 12 (80%)
личность – 10 (66.6%)	личность – 7 (46.6%)
человек - 9 (60%)	человек – 15 (100%)
друг - 9 (60%)	друг - 3 (20%)
староста - 1 (6.6%)	староста - 1 (6.6%)
соседка - 1 (6.6%)	индивид - 2 (13.3%)
	подросток - 1 (6.6%)

Индивидуализированные характеристики представлены:

1) определения, раскрывающие особенности и качества личности:

Бакалавры:	Клинические психологи:
красотка - 4 (26.6%)	мыслитель - 2 (13.3%)
истеричка - 2 (13.3%)	красавица - 1 (6.6%)
умничка - 3 (20%)	слушатель - 1 (6.6%)
брюнетка - 1 (6.6%)	активистка - 1 (6.6%)
добрая - 1 (6.6%)	меланхолик - 1 (6.6%)
рыжая - 1 (6.6%)	
хорошая -1 (6.6%)	

2) метафорические определения:

Бакалавры:	Клинические психологи:
Я – это я – 3 (20%)	Я – это я - 4 (26.6%)
никто - 2 (13.3%)	надежда - 1 (6.6%)
зайка - 1 (6.6%)	лист бумаги - 1 (6.6%)
солнышко - 1 (6.6%)	

Студенты определяют свою позицию по отношению к системе существующих нормативных предписаний о должном поведении женщин в социуме, что помогает выработать свой стиль поведения в межполовом взаимодействии, конкретизировать ориентиры жизненного пути на основе принятого способа исполнения гендерных ролей.

Исследование феминининых и маскулинных качеств по методике С. Бем показало существенные различия проявления данных качеств в двух группах респондентов:

Бакалавры:	Клинические психологи:
андрогинность – 12 (80%)	андрогинность – 1 (6.6%)
фемининность – 2 (13.3%)	фемининность – 10 (66.6%)
маскулинность – 1 (6.6%)	маскулинность – 4 (26.6%)

Феминность, как можно заметить, наиболее выражена у студентов специальности «Клиническая психология», что говорит о наличии покорности, мягкости, исключения насилия. Но и маскулинность тоже проявляется больше у клинических психологов, сигнализируя о силе и агрессии, присущих данной группе респондентов.

Для студенток с ярко выраженными феминнными качествами характерны доброта, мягкость, гуманность, демократизм, уступчивость, чувствительность, застенчивость. Они ближе к природе, отрицательно относятся к насилию, более остро переживают грубость, несправедливость, более отзывчивы к чужим переживаниям; легче поддаются воспитанию, адаптации, менее требовательны к новаторству, более четко определяет свое отношение к семье. Характерна разумная умеренность, стремление к активному общению. Однако они не лишены и негативных качеств, среди которых забывчивость, несдержанность, истеричность, нервозность, ярко выраженное состояние депрессии, вспыльчивость, завистливость, болтливость и др.

Студентки с маскулинными чертами независимы, находчивы, сообразительны, напористы, склонны к риску, изобретательны, умеют адаптироваться к новым условиям, активны в психической деятельности, проявляющейся в стремлении к самоутверждению и самовыражению, их мышление более абстрактно, они в основном ориентируются на работу, учёбу, а не на семью. К негативным чертам следует отнести агрессивность, авантюризм, сарказм, неспособность проявлять эмоции.

Андрогинность, свойственная бакалаврам, проявляется в сочетании психологической маскулинности и феминности. Считается, что такая гармоничная интеграция маскулинных и феминнных черт повышает адаптивные возможности андрогинного типа. При этом большая мягкость, устойчивость в социальных контактах и отсутствие резко выраженных доминантно-агрессивных тенденций в общении никак не связаны со снижением уверенности в себе, а напротив, проявляются на фоне сохранения высокого самоуважения, уверенности в себе и самопринятия. Бакалаврам в большей мере свойственна ситуативная гибкость (т.е. способность быть настойчивым или центрированным на интересах других в зависимости от ситуации), высокое самоуважение, мотивация к достижениям, субъективное ощущение благополучия. Мы согласимся с Бем в том, что андрогиния, несмотря на скрытые в ней проблемы, дает возможность построить картину утопии, где человеку не нужно отказываться от тех своих качеств и моделей поведения, которые его общество считает несоответствующими гендеру.

Современные девушки потеряли чувство материнства, то, что в них было заложено с самого начала. Они поставили на первый план карьеру, а семья для них потеряла смысл. Это опасно тем, что пройдёт деторождаемый возраст – время, которое уже невозможно будет вернуть, и женщина потеряет шанс стать матерью.

Проведённые исследования определяют, что современной девушке важно чётко осознавать свою роль в обществе и следовать ей. Соответственно, в вузе необходимо создать для этого условия, которые помогут студенткам гармонично сочетать и успешно реализовать те социальные роли, которые им важны и интересны.

Литература:
1. Андреева, Г.М., Богомолова, Н.Н., Петровская, Л.А. Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: Учебное пособие для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2001.
2. Белялова М.А. Роль этнопедагогики в воспитании национальной культуры // материалы конференции «Эффективное управление и организация образовательного процесса в современном медицинском вузе». Вузовская педагогика.- Красноярск, 2014.
3. Вейнингер, О. Пол и характер. Принципиальное исследование. – М., 1992.
4. Здравомыслова, О. Статус и карьера женщины в современных условиях. – М., 2000.
5. Зуйкова, Е.М., Ерусланова, Р.И. Феминология: Учебное пособие. – М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2001.
6. Пронин, А.А. Положение женщин в современной России: общая характеристика. – М., 2000.
7. Черняк, Е.М. Социология семьи: перспективы развития института. – М., 2000.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ВЛИЯНИЯ ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И СТЕПЕНИ ЕЁ САМООЦЕНКИ

Аверкина Т.О
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В настоящее время феномен выученной беспомощности проявляется во многих сферах человеческой деятельности. Этот феномен находит свое отражение в воспитании и образовании целого ряда поколений. Особенности данного феномена с давних пор изучались в рамках различных наук, таких как: философия, этология, социология, политология, экономика, и медицина. «Само понятие выученной беспомощности, определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда нам кажется, что внешние события от нас не зависят, и мы ничего не можем сделать, чтобы их предотвратить, или видоизменить. Если это состояние и связанные с ним особенности мотивации и атрибуции переносятся на другие ситуации – это «выученная беспомощность». Очень непродолжительной ситуации неконтролируемости окружающего мира достаточно для того, чтобы «выученная беспомощность» начала жить как бы своей собственной жизнью, стала сама управлять нашим поведением» [2]. Этот феномен может быть сравнен с жизненным сценарием Э.Берна. «Мы живем по чужому сценарию, и каждое действие, которое мы выполняем, направлено этим сценарием» [4].

Цель работы: на теоретическом и эмпирическом уровне изучить взаимосвязь психодинамических особенностей личности и феномена выученной беспомощности и доказать их взаимосвязь.

Объект исследования: феномен выученной беспомощности.

Предмет исследования: влияние психодинамических особенностей на феномен выученной беспомощности.

Задачи:

- ознакомиться с отечественной и зарубежной литературой по теме данного исследования;
- провести исследование психодинамических особенностей и проследить их влияние на феномен выученной беспомощности;
- проследить существует ли взаимозависимость между темпераментальными особенностями личности и феноменом выученной беспомощности.

Гипотеза исследования:

Существует корреляция между темпераментальными особенностями личности и данным феноменом.

Методологической основой данного исследования явились:

а) положения о темпераментальных особенностях личности, выдвинутые в отечественной и зарубежной психологии: И.П. Павловым, В.М. Русаловым, А.В Батаршевым, В.Д. Небылициным, Б.М. Тепловым, С.Л. Рубинштейном, К.Э. Изардом, И. Кантом, Э. Кречмером, У. Шелдоном, Г. Айзенком, Я. Стреляу и т.д.

б) Выученная беспомощность изучается в зарубежной психологии в следующих направлениях:

1) рассматривается связь выученной беспомощности с академическими успехами: (G.L. Petiprin, M. E. Johnson, K. DeMoss, R. Milich, S. DeMers, K. J. McKean и др.),

2) жизненными событиями (M. E. P. Seligman, C. Peterson, C. S. Raps, K. E. Reinhard, C. Hammen и др.),

3) роль атрибутивного стиля в возникновении выученной беспомощности (J. Teasdale, J. Kuhl, M. Weiss, I. Miller, W. Norman, C. Wort-

man, J. Brehm, A. Semmel, C. von Baeyer, L. Y. Abramson, G. I. Metalsky, M. E. P. Seligman и др.),

4) половые и возрастные особенности выученной беспомощности (S. Nolen-Hoeksema, J. S. Girgus, M. E. P. Seligman и др.),

5) связь выученной беспомощности и депрессии (M. Seligman, C. Peterson, N. Kaslow, R. Tanenbaum, L. Alloy, L. Abramson, A. J. Lipman и др.),

6)также изучаются возможности коррекции и профилактики выученной беспомощности (C. Dweck, N. Repucci, S. Valins, R. Nisbett, M. E. P. Seligman, K. Reivich, L. Jaycox, J. Gillham и др.).

В русле концепции личностной беспомощности проводятся исследования социально-психологических особенностей личностной беспомощности и самостоятельности (Е. В. Забелина, Ю. К. Мухаметова, Д. А. Циринг), изучаются факторы формирования личностной беспомощности, в том числе родительские стили воспитания и травмирующие события (С. А. Сальева, Д: А. Циринг), исследуется структура и психологическое содержание личностной беспомощности (Е. В. Веденеева, Д. А. Циринг), а также феномена самостоятельности (Д. А. Циринг, Ю. В. Яковлева), изучается взаимосвязь личностной беспомощности и правосознания (Е. А. Егорова, В. С. Красник).

В нашем исследовании была затронута проблема феномена выученной беспомощности.

Выученная беспомощность (learned helplessness) — это нарушение мотивации в результате пережитой субъектом неподконтрольности ситуации, т.е. независимости результата от прилагаемых усилий («сколько ни старайся, все равно без толку») [М. Селигман] [2].

Наше исследование заключалось в следующем. Мы провели эксперимент на базе медицинского института МАОУ ВПО КММИВ-СО. Несколько учебных групп студентов были объединены, а затем разбиты на экспериментальную и контрольную группы.

Экспериментальная группа была поставлена в условия выученной беспомощности: им необходимо было посещать практические занятия в медицинской форме, им не предоставлялось право выбора определенных тем будущих занятий (тренингов), другими словами они не имели права выбора и права принятия самостоятельных решений.

Контрольной группе было позволено посещать занятия без медицинской обязательной формы.

Также, им было представлено право выбора двух тренингов из 8 предложенных и возможность выбора даты их проведения.

Контрольная группа наряду с экспериментальной была подвержена ряду измерений уровня самооценки в течение эксперимента (7 недель практических занятий).

На следующем этапе эксперимента, мы продиагностировали группу на темпераментальные особенности личности и уровень самооценки. Для этого были использованы следующие методики:

Методика диагностики темперамента Яна Стреляу; [1]

Личностный Опросник Г. Айзенка. Методика определения темперамента [1].

Опросник структуры темперамента В.М. Русалова [3].

Методика Дембо – Рубинштейн.

Диагностика степени удовлетворенности потребностей А. Маслоу. (Тест Пирамида Маслоу).

Диагностики показали, что у студентов 2 курса СПО, специальности Сестринское дело, групп: 2-1 и 2-2, 4-1 и 4-2 (общее количество 44 ч.)

Холериков 20 ч. (45%)

Сангвиников 8 ч. (18%)

Флегматиков 10 ч. (23%)

Меланхоликов 6 ч. (14%)

После итоговых замеров самооценки по методикам: «Дембо-Рубинштейн» и «Тесту самоактуализации А. Маслоу», мы заметили, что самооценка холериков и меланхоликов резко снизилась соответственно на 8% и 10%. Этот факт означает, что респонденты с холерическим и меланхолическим типом темперамента более неустойчивые, и тем самым «сильнее» других, подвержены феномену выученной беспомощности.

Заключение

Проведя, данный эксперимент, мы увидели, что гипотеза нашего исследования подтвердилась, и это означает, что уровень влияния феномена выученной беспомощности зависит от темпераментальных особенностей личности и степени её самооценки.

Литература:

1. М. Селигман «Новая позитивная психология» издательство «СОФИЯ», 2006.

2. Чаплин А.В. Ключи к счастливой жизни. Практические методы остановки сознания. М.: Амрита, 2012, 41с.

3. Чаплин А.В. Корректировка понятия разгрузочно-диетическая терапия в свете последних научных исследований. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 332-336.
4. Чаплин А.В. Самостоятельность психического процесса внимания в свете разгрузочно-диетической терапии. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 336-343.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ВОЗРАСТЕ 5-6 ЛЕТ

Алексеева Е.Б., Путилина А.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования».
Краснодар, Россия.

Дошкольное детство — период наиболее интенсивного формирования познавательной деятельности и личности в целом. Проблема воспитания и обучения дошкольников с отклонениями в развитии является одной из наиболее важных и актуальных проблем коррекционной педагогики и специальной психологии.

В своем исследовании мы изучали такие психические процессы детей с задержкой психического развития (ЗПР), как восприятие, память, мышление.[1,3]

Теоретической основой исследования послужили труды М.С. Певзнер, М.Г. Рейдибойм, Т.А. Власова, К.С. Лебединской.[3,4,5]

Необходимо отметить, что наиболее всесторонне на сегодняшний день изучены такие аспекты психических особенностей детей с ЗПР, как причины данного отклонения, среди которых выделяются следующие: минимальные органические повреждения, функциональная недостаточность центральной нервной системы, а также длительное пребывание в условиях социальной депривации. Очень подробно изучены и описаны проблемные места в нервно-психических процессах детей старшего дошкольного возраста. Это проявляется в незрелости функционального состояния центральной нервной системы (слабость процессов торможения и возбуждения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании систем межанализаторных связей) и служит одной из причин того, что эти дети с большим трудом овладевают письмом и чтением, часто смешивают буквы, сходные по начертанию или обозначающие оппозиционные фонемы, сложные по составу гласные.[4]

Уровень развития познавательных процессов детей 5-6 лет с задержкой психического развития относительно уровня развития таких процессов у детей с нормой изучен недостаточно.[1]

В своем исследовании мы изучали степень развития таких познавательных процессов, как восприятие, мышление, память дошкольников с ЗПР и с нормальным психическим развитием в возрасте 5-6 лет.

Работа представляет интерес для воспитателей, психологов, логопедов, педагогов и родителей детей данной категории.

Исследование было проведено на базе БДОУ МО Динского района «Детский сад №13».

В исследовании приняли участие 5 детей с задержкой психического развития и 5 с психическим развитием соответствующим возрасту 5-6 лет в норме.

Результаты исследование восприятия по методикам «Разрезные картинки» Т.Д. Марцинковской», представлены на рисунке 1, «Какие предметы спрятаны в рисунках» В.Р. Немова, представлены на рисунке 2.

У детей в норме, адекватно сформированы целостные образы предметов окружающего мира и все дети справились с заданием. Большинство детей с ЗПР справились с заданием лишь с помощью.

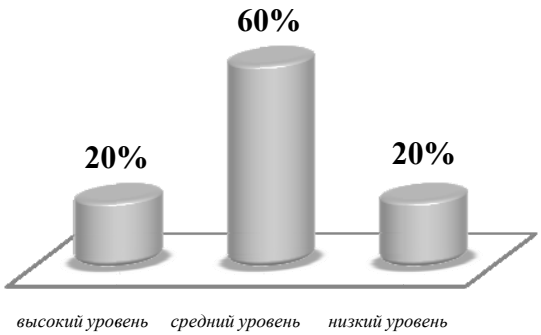
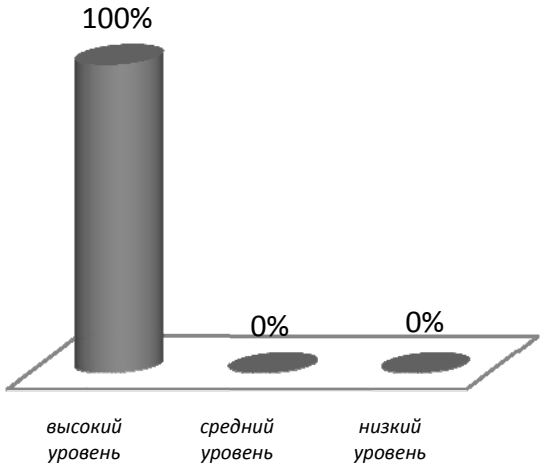


Рис. 1. Результаты исследование восприятия по методике «Разрезные картинки» Т.Д. Марцинковской детей с ЗПР.



Результаты исследование восприятия по методике «Разрезные картинки» Т.Д. Марцинковской у детей с нормальным психическим развитием.

«Какие предметы спрятаны в рисунках» В.Р. Немова:
10Б – очень высокий уровень восприятия;
8-9Б - высокий уровень восприятия;
4-7Б - средний уровень восприятия;
2-3Б – низкий уровень восприятия;
0-1 – очень низкий уровень восприятия.

Согласно проведенному исследованию, максимальный балл не получил ни один ребенок. Высокий уровень сформированности целостных образов показало большинство детей с нормой (3 ребенка).Средний уровень сформированности был выявлен, как у детей с нормой (2 ребенка), так и у детей с ЗПР (2 ребенка). Низкий и очень низкий уровень сформированности у детей с ЗПР.

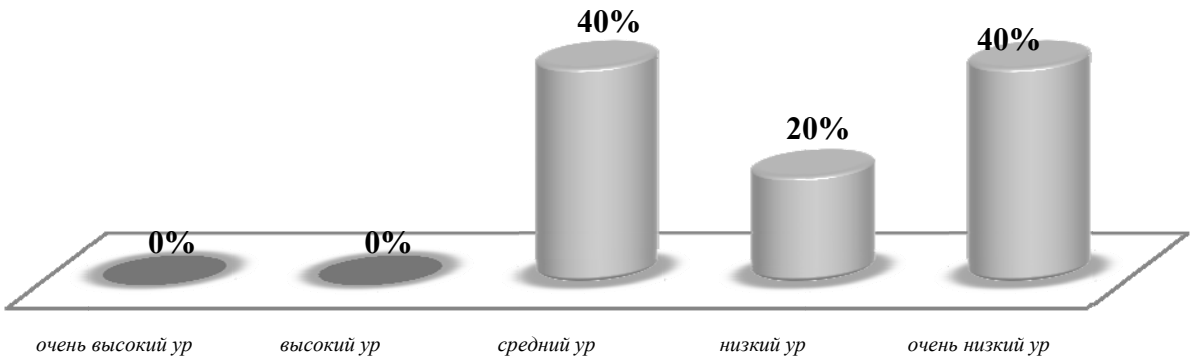
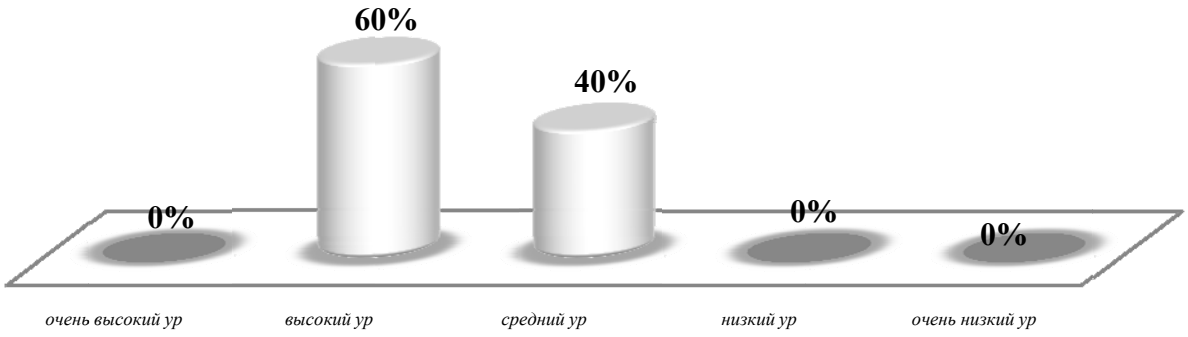


Рис. 2. Результаты исследование восприятия по методике «Какие предметы спрятаны в рисунках» В.Р. Немова детей с ЗПР.



Результаты исследование восприятия по методике «Какие предметы спрятаны в рисунках» В.Р. Немова у детей в норме.

Таким образом, цельность восприятия детей с ЗПР имеет более низкий уровень, чем те же показатели у детей в норме.

Результаты исследование памяти по методике Т.Д. Марцинковской «10 слов».

Отставание детей с ЗПР от детей с нормой по показателям уровня объема образной памяти гораздо выше, чем их отставание по показателям цельности восприятия.

Результаты исследования мышления по тесту «Исключение четвертого», использовались для диагностики образно-логического мышления.

Все дети с нормой психического развития показали высокий уровень сформированности образно-логического мышления. У детей с ЗПР в 40% случаев выявлен высокий уровень, у 40% - средний, и у 20% - низкий уровень сформированности образно-логического мышления

Таким, образом, задержка психического развития наиболее глубоко поражает такие психические процессы, как память и мышление.

Дети с задержкой психического развития испытывают затруднения при выполнении заданий и не всегда справляются с ними даже с помощью взрослых.

На рисунке 3 представлена сравнительная характеристика результатов эмпирического исследования у детей с ЗПР и у детей с нормальным психическим развитием.

80% детей с задержкой психического развития справились с заданием по диагностике мышления, из них 40% справились с помощью взрослого.

С заданиями на исследование памяти и внимания справились 40% детей с ЗПР и 100% детей с нормой психического развития.

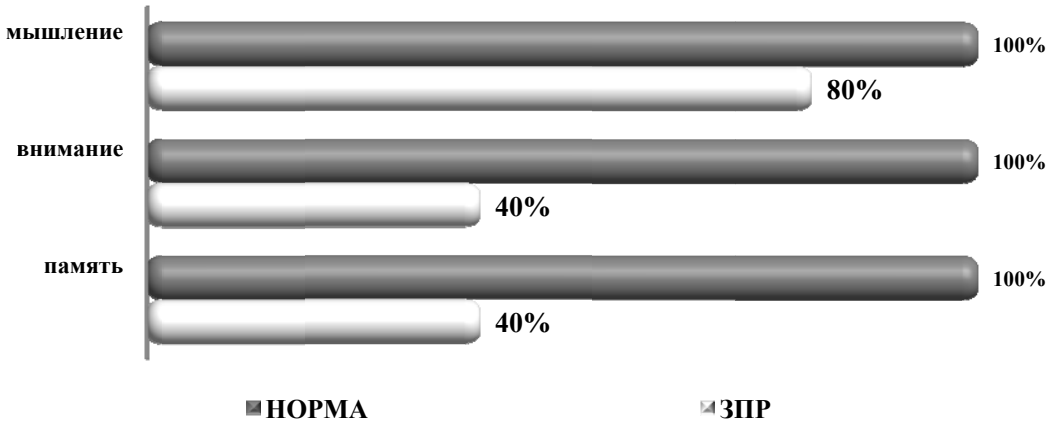


Рис. 3. Сравнительная характеристика результатов исследования детей с ЗПР и детей с нормальным психическим развитием.

Таким образом, в современных условиях создалась новая педагогическая ситуация, связанная с качественным изменением контингента детей в детском саду, в общеобразовательной школе, что, в свою очередь, требует пересмотра традиционных путей организации коррекции воспитательно-образовательного процесса. Отсюда следует, что специалисты, работающие с детьми группы риска, должны иметь специальную профессиональную подготовку.

Таким образом, высокая эффективность результатов достигается только при наличии единого коррекционно-образовательного пространства. И только своевременно принятые меры позволят сгладить, скорректировать дефект, согласно компенсаторным возможностям ребенка, что поможет малышу успешно развиваться, обучаться, легко адаптироваться в дошкольной, затем в школьной среде, а впоследствии и во взрослой жизни.

Литература:

1. Дети с ЗПР: коррекционные занятия в общеобразовательной школе: пособие для учителя, логопеда, психолога, дефектолога.– М., 2005.
2. Дети с задержкой психического развития / под ред. Власовой Т.А. – М.,1984.
3. Клиническая систематика задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей / под ред. К.С. Лебединской. М.: Педагогика, 1982.

4. Лебединский, Л.Л. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. – М.,2003.
5. Певзнер, М.С. О детях с отклонениями в развитии / М.С. Певзнер, - М.,1978.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Амоян Э.Ф., Калинина В.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Развитие и совершенствование медицинской науки - главный критерий научно-технического прогресса. Общеизвестно, что наиболее экономически, социально и политически развитые страны имеют высокоорганизованную и эффективную систему здравоохранения. Система здравоохранения любого государства должна брать на себя огромную ответственность по поддержанию и улучшению здоровья нации.

Использования медицинского оборудования в ЛПУ обусловлена тем, что с внедрением современных медицинских технологий, изменением экономических отношений создается необходимость пересмотра идеологии управления материально-технической базой медицинских учреждений, ее комплектованием и развитием.

Реализация научных достижений в здравоохранении, внедрение современных медицинских технологий, изменение экономических отношений обуславливают необходимость пересмотра идеологии управления материально-технической базой медицинских учреждений, ее комплектованием и развитием. Рыночные отношения и ограниченные финансовые ресурсы повысили ответственность руководителей здравоохранения при принятии управленческих решений по рациональному использованию имеющихся ресурсов, с целью повышения их экономической эффективности. Остроту рассматриваемой проблемы усиливает ограниченное финансирование медицинских учреждений, которые во многом исчерпали заложенный в них медико-технологический потенциал. При этом поставленное оборудование в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» лишь частично заменило морально и физически устаревшую медицинскую технику

В условиях страховой медицины началось техническое перевооружение лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой. Учитывая высокую стоимость медицинской аппаратуры, особенно импортной, возникла необходимость экономического анализа ее использования. Качество, эффективность и безопасность медицинской техники являются одними из основополагающих факторов, определяющих успешное проведение в учреждениях здравоохранения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Укомплектованность ЛПУ медицинской техникой тесным образом связана, с одной стороны, с финансовыми возможностями государства, с другой - с тенденциями на рынке медтехники. Наличие в больницах современного медицинского оборудования определяет доступность диагностических и профилактических обследований для граждан России.

Цель исследования: изучить и практически обосновать пути совершенствования эффективного использования медицинского оборудования в ЛПУ.

Объект исследования: медицинское оборудование в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Объединённый санаторий «Русь» Управления делами Президента Российской Федерации.

Предмет исследования: уровень эффективности использования оборудования.

Гипотеза исследования: эффективность использования медицинского оборудования предполагает внедрять специальные автоматизированные информационные системы, что способствует оптимизации использования медицинского оборудования в ЛПУ.

Исходя из цели нашей работы, нами выдвинуты следующие *задачи:*

Изучить научную литературу по исследуемому вопросу;

Изучить статистические данные исследовательских работ по данной теме;

Произвести исследование уровня эффективности использования медицинского оборудования в ЛПУ;

Подвести итоги, сделать выводы по проделанному исследованию;

Найти пути решения проблемы низкой эффективности использования медицинского оборудования в ЛПУ Российской Федерации.

При исследовании использовался статистический, аналитический и сравнительный методы.

На первом этапе исследования нами был проведен учет всей медицинской техники в

распоряжении ЛПУ, которая была установлена и полностью готова к работе.

На следующем этапе нами был проведен учет используемого на данный момент оборудования из общего списка и вычислен его процент. Произведен подсчет коэффициента календарного обслуживания медицинского оборудования в операционном блоке.

Далее были подведены итоги уровня эффективности использования едицинского оборудования в исследуемом ЛПУ.

Выводы:

Нами было проведено исследование эффективного использования медицинского оборудования в ФГБУ «Объединённый санаторий «Русь».

В результате учета медицинского оборудования, было выяснено, что из списка установленных и полностью готовых к эксплуатации медицинских приборов (таковых в санатории оказалось 82 наименования), на данный момент используются 73 (89%). Остальное - не используется ввиду отсутствия квалифицированного персонала.

Для подтверждения низкой эффективности использования медицинской техники был вычислен коэффициент календарного обслуживания для оборудования в оперативном блоке. Данный коэффициент также оказался ниже нормы.

Данные исследования показывают неудовлетворительный уровень использования медицинского оборудования, его нерациональность.

Оценка работы медицинского оборудования показала, что часть техники простаивает вследствие ремонта, отсутствия расходных материалов и обученных специалистов, другая же используется на пределе своих возможностей.

Более 48,65% медицинского оборудования, находящегося на балансе лечебных учреждений города, эксплуатируется 6-10 лет и подлежит списанию. Ввиду недостаточного финансирования, только 49,13% всей медицинской техники проходит техническое обслуживание. Отсутствие необходимого оборудования снижает удовлетворенность населения объемом бесплатной медицинской помощи.

Неэффективное использование медицинского оборудования является результатом совокупности причин, таких как:

- отсутствие квалифицированного медицинского персонала, прошедшего курсы обучения или повышения квалификации и допущенного к работе с конкретной медицинской техникой;
- отсутствие должной и своевременной технической поддержки медицинского оборудования;
- отсутствие русифицированной инструкции к иностранной медицинской технике;
- отсутствие автоматизированных информационных систем по учету медицинского оборудования;
- дорогостоящий ремонт медицинского оборудования.

Полагаем, для эффективного использования медицинского оборудования необходима своевременная квалификация медицинского персонала, прохождение обучения для работы на высокотехнологичном дорогостоящем оборудовании.

Целесообразно внедрять специальные автоматизированные информационные системы по учету медицинского оборудования. Социальный эффект от внедрения базы данных обусловлен автоматизацией учета оборудования. Использование разработанной базы данных позволит сократить время на написание перечня и исключить ошибки в расчетах. Достоинствами разработанной базы данных являются минимальные трудовые затраты на обслуживание, которое заключается лишь в добавлении или удалении поступившего или списанного оборудования.

Именно устранение данных проблем и является правильным путем повышения эффективности использования медицинского оборудования.

Также, в рамках данного бакалаврского проекта было предложено заключать дополнительные договора на обслуживание по дневному пребыванию с коммерческими предприятиями Краснодарского края и по России в целом.

Литература:

1.Алексеева, В.М. Экономический анализ медицинской деятельности/ В.М. Алексеева, Н.Г. Шамшурина // Здравоохранение.2010. №2.- 143с.

2.Белявский П. Реальные проблемы создания системы государственного контроля качества, эффективности и безопасности медицинской техники. «Медтехника и медизделия». – 2012.- №3(9).- С.26-28.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ВОЙНА И ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Андреев В.А., Кравченко Д.А.
ФГКВОУ ВО "Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков"
Краснодар, Россия

Информационная война, или кибервойна (*англ.* Information War, Cyberwar, Cyberwarfare Netwar, Anti-War, Technowar) – это реалия современного мира. Впервые о киберпространстве заговорили в научной фантастике. Но как часто случается, вымысел писателей-фантастов предугадал появления нового вида войны в новом театре боевых действий – информационном пространстве.

Отличительной особенн остью этого театра является его «рукотворность». В отличие от традиционных (земля, вода, воздух, космос), которые созданы природой, информационное пространство – продукт человеческого разума. Основным орудием подобной войны выступает информация. В современном информатизированном мире господство в информационном пространстве является определяющим. Еще Наполеон Бонапарт предупреждал о значительно большей угрозе от трех газет неприятеля по сравнению с тысячей штыков.

Считается, что информационные технологии имеют тысячелетнюю историю, однако современная информационная война начала активно использоваться после 1948 года, когда Совет национальной безопасности США утвердил директиву 20/1 «Цели США в отношении России». Эта директива, впервые представленная общественности в США лишь в 1978 г., в качестве составной части развязываемой холодной войны объявляла войну информационную, главные цели которой: минимизировать влияние Москвы; максимально ослабить Советский Союз в политическом, военном и психологическом отношении; сделать его экономически зависимым на невыгодных и унизительных условиях. [1]

Говоря о специфике данного вида войн, можно отметить его «бескровность»: научно-технический прогресс в области информационных технологий создал удивительные возможности для подавления противника с помощью нетрадиционных средств поражения, обычно не вызывающих физических разрушений. Без единого выстрела, без человеческих жертв можно добиться значительного превосходства над противником, сбросив в средства массовой информации и интернет заведомо неправильную информацию, что, например, происходит сейчас на востоке Украины или с «переписыванием» результатов второй мировой войны.

Таким образом, в самом широком смысле информационная война может быть определена как использование и управление информацией с целью получения конкурентоспособного превосходства над противником в различных сферах.

Информационная война может включать в себя сбор тактической информации, обеспечения безопасности собственных информационных ресурсов, распространения пропаганды или дезинформации, чтобы деморализовать противника и населения, подрыв качества информации противника и предупреждения возможности сбора информации противником.

В ВВС США существует даже подразделения, отвечающие за подобного рода действия, а в качестве основных целей этого вида войск среди прочего указывается и ведение войны в киберпространстве: "…to fly, fight and win in air, space and cyberspace" – летать, сражаться и побеждать в воздухе, космосе и информационном пространстве.

Чтобы не рисковать самолетами и их экипажами, при нападении на стратегические цели вражеских коммуникаций, такие цели обычно отдаленно блокируются. Можно таким же образом действовать и с военными информационными единицами противника с целью дальнейшего использования. Впервые подобные методы применялись против Ирака во время первой войны в Персидском заливе.

Среди других целей информационных войн часто называют манипулирование массами, которое заключается во внесении в общественное и индивидуальное сознание враждебных, вредных идей и взглядов, в дезориентации и дезинформации масс, в ослаблении определенных убеждений, устоев и т.п.

Во многих публикациях по рассматриваемой проблеме указывается на связь информационной войны с пропагандой и психологическим воздействием на людей. Остановимся только на проблеме влияния на сознание человека при помощи манипуляций с языком. В языковой картине мира у каждого народа различными способами отображаются идеи добра и зла, хорошего и плохого. Если происходит подмена понятий, приписывание изначально не свойственных им значений, то это может привести к расшатыванию нравственных устоев, особенно в молодежной среде.

По мнению В.И. Самохваловой, замена нейтральных обозначений предметов и явлений их ненормированными синонимами образует отчетливое снижение уровня их воспри-

нятия и оценки. И если назвать наемника контрактником, это хотя и не изменит дела, однако позволит затушевать изменение характера армии, ставшей не народной, а наемной, то есть служащей не за национальный интерес, а за деньги и хорошо показывающей себя только в войнах колониальных и карательных. [2]

Следовательно, современное технологическое общество породило новые угрозы безопасности своих интересов. Учитывая тенденцию к глобализации, в том числе и телекоммуникационных сетей, можно предположить, что именно информационные виды агрессии будут главенствовать в будущем.

Литература:

1. Containment. Documents of American Policy and Strategy 1945-1950 / ed. by T. Etzold, J. Gaddis. – N. Y., 1978. http://avkrasn.ru/article-1920.html [Дата обращения 12.04.2016]
2. Самохвалова, В. И.Специфика современной информационной войны: средства и цели поражения / В.И.Самохвалова // Философия и общество. – 2011. – №3(63). http://www.socionauki.ru/journal/articles/136100/ [Дата обращения 10.04.2016]

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ГРУППЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Антюшина Т.Ю.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия.

Актуальность исследования. Становление личности не может рассматриваться в отрыве от общества, в котором она живет, от системы отношений, в которые личность вовлекается. Следовательно, социум влияет на личность и в значительной степени определяет то, каким она станет в будущем.

Взаимоотношение осуществляется в форме деловых и личных взаимоотношений и предполагает «взаимную связь». Оно реализуется в общении и в то же время накладывает отпечаток на общение, служит своеобразным его содержанием.

В студенческой среде складывается определенная система межличностных отношений, формируются малые (неформальные) группы. Взаимоотношения в таких группах имеют свои особенности: небольшое количество людей, что даёт возможность проявления тесных личных контактов, непосредственных связей «лицом к лицу»; отношения складываются на основе чувства симпатии, единства интересов и увлечений, общих черт характера и поведения; в группе возникают традиции, правила, обязанности и санкции.

В общении человек познает не только других, но и себя, овладевает опытом социальной жизни. Потребность в общении способствует установлению многообразных связей с людьми, стимулирует обмен знаниями и опытом, чувствами и мнениями и может проявляться в форме частной потребности в друге, дружеских связях на фоне коллективных взаимоотношений; является источником активности личности.

Общение студентов – это обмен духовными ценностями, который происходит в форме диалога личности как с «другими Я».

Современное образование не способствует в должной степени развитию между студентами сплоченности, характеризующейся высокой организованностью, ответственной зависимостью, богатством духовных отношений и интересов, что могло бы обеспечить повышение эффективности межличностного взаимодействия субъектов образования. Поэтому обращение к студенческому коллективу и сложившимся в нём взаимоотношениям является достаточно актуальным.

Часто в группах благоприятная атмосфера складывается лишь к последним годам обучения, и тогда возникает вопрос проведения целенаправленной работы над созданием группы как коллектива, в котором складываются доброжелательные отношения, взаимопонимание, взаимоподдержка и взаимопринятие, начиная с 1 курса обучения.

В трудах А.Н. Леонтьева, личность неотделима от ее деятельности – целеустремленной активности по удовлетворению потребностей. Личность выступает одновременно и как условие, и как продукт деятельности [4].

По Б.Г. Ананьеву, личность – общественный индивид, объект и субъект исторического процесса. Поэтому в характеристиках личности наиболее полно раскрывается общественная сущность человека, определяющая все явления человеческого развития [1]. Так как формирование и развитие личности Ананьевым Б.Г. определено совокупностью условий социального существования, следовательно, сделаем вывод, что если студент большую часть времени проводит в учебной

группе, она будет определённым образом влиять на развитие его личности.

Социальное взаимодействие является характерной чертой человеческой жизнедеятельности. Каждый наш день включает множество различных по форме и содержанию типов взаимодействия с другими людьми. Самым общим образом социальное взаимодействие можно определить как «процесс, в котором люди действуют и реагируют на действия других».

Г.М. Андреева интерпретирует взаимодействие как организацию совместной деятельности: в ходе совместной деятельности организуется коммуникация, именно в этом процессе людям необходимо обмениваться и информацией, и самой деятельностью, т.е. вырабатывать формы и нормы совместных действий [2].

Основная идея В.Н. Мясищева заключается в том, что такие фундаментальные потребности человека, как потребность в труде и потребность в общении, а также такие его личностные свойства, как характер и, в определенной степени, склонности и способности, активно проявляются и развиваются не столько в одностороннем воздействии человека на природу, на вещи и предметы, сколько в двухстороннем взаимодействии людей, накладывающем неизгладимый отпечаток на все стороны формирующейся личности [6].

В процессе взаимодействия люди оказывают влияние друг на друга, что отражается на результате совместной деятельности. В настоящее время описывают следующие феномены, возникающие в процессе взаимодействия: социальная фасилитация, социальная ингибиция и эффект Рингельмана.

Д. Майерс рассматривает социальную фасилитацию как тенденцию, побуждающую людей лучше выполнять простые или хорошо знакомые задачи в присутствии других, и как усиление доминантных реакций в присутствии других людей [5]. В переводе с английского facilitate означает «облегчать», «помогать», «способствовать». Фасилитатором называют человека, положительно влияющего на общий настрой группы и способствующего эффективной деятельности каждого субъекта.

Социальная ингибиция описана Е.В. Андриенко как тормозящее, негативное влияние социальных факторов или конкретного человека на мысли, чувства, активность человека или группы [3]. Данный феномен возникает обычно в условиях негативного отношения субъектов взаимодействия друг к другу. Сопровождается развитием патогенных психических состояний у одного или нескольких взаимодействующих и коммуникативными барьерами.

Эффект Рингельмана представлен в трудах С.С. Степанова и заключается в зависимости размера индивидуального вклада в общее дело от количества участников: чем больше людей участвует в совместной деятельности, тем меньше индивидуальный вклад каждого отдельного участника.

Студенческая группа является первой и основной ячейкой, где формируется личность будущего специалиста. Мощное социализирующее воздействие на личность студента оказывает сама студенческая среда, особенности группы, в которой учится студент, особенности других групп и курсов, имеющихся в учебном заведении. В студенческой группе происходят динамичные процессы структурирования, формирования и изменения межличностных, эмоциональных и деловых взаимоотношений, распределения групповых ролей и выдвижения лидеров, и все эти процессы оказывают сильное влияние на успешность студента в учебной деятельности и поведение.

Такие особенности студенческой группы, как однородность возрастного состава (разница в возрасте обычно не более 5 лет), обуславливают возрастное сходство интересов, целей, психологических особенностей, способствуют сплочению группы. Основной вид деятельности студенческой группы — учение, а факторы учебного сплочения слабее, чем производственные, поэтому порой сплоченный коллектив не складывается: каждый сам по себе.

По данным Е.Е. Сапоговой, общение со сверстниками в студенческом возрасте продолжает выступать средством усвоения молодыми людьми статусов и ролей, отработки коммуникативных навыков и стилей общения в новой социальной среде. Данное общение выступает разновидностью эмоционального контакта, способствующей осознанию группой своей принадлежности, автономия, эмоционального благополучия и устойчивости [7].

Не будем забывать о том, что от характера, особенностей, успешности межличностного взаимодействия зависит самочувствие, психическое здоровье, продуктивность учебной и будущей профессиональной деятельности, степень самореализации студента, поэтому обращение к проблеме исследования является актуальным.

Литература:

1. Ананьев Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность. – М.: Директмедиа Паблишинг, 2008.

2. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для вузов. – М., 2003.
3. Андриенко Е.В. Социальная психология. – М., 2000.
4. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. – М., 2012.
5. Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. – СПб.: Питер, 2011.
6. Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные психологические труды // под ред. А.А. Бодалева. – М., 1995.
7. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. Учебное пособие. – М.: Аспект Пресс, 2005.

РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ: НА МАТЕРИАЛЕ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Апалько И.Ю.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

Ежегодно курсанты Краснодарского высшего военного училища имени генерала армии С.М. Штеменко принимают участие в Международной олимпиаде курсантов образовательных организаций высшего образования по иностранному языку. Центр (лингвистический МО РФ) Военного университета разрабатывает методические рекомендации для подготовки команд вузов по четырём номинациям.

Номинация «Технический прогресс в военном деле» предполагала написание участниками сочинения и инструкции по одному из аспектов использования технического изделия, информация о котором приводилась в предъявляемом для изучения тексте на английском языке. Текст мог включать описание, устройство и принцип действия и т.п. технического устройства.

В результате каждым курсантом должен написать сочинение и инструкцию, при этом их тексты не должны в полном объёме или частично (на уровне отдельных предложений) являться копией исходного текста.

При проверке работ в качестве основных критериев оценки были установлены следующие:

- соответствие заявленной темы;
- полнота и правильность передачи содержания;
- новизна текста;
- целостность и связность текста;
- соблюдение грамматических правил и лексических норм;
- соблюдение правил орфографии.

Следует констатировать, что при выполнении тренировочных письменных заданий участники команды военного вуза были ориентированы преподавателем на учёт всех вышеуказанных критериев.

Необходимо было не только нацелить, но и научить курсантов придерживаться заявленной темы, правильно и полно передавать содержание текста, соблюдать такие важные требования, как целостность и связность текста (содержательная сторона), но также соблюдать орфографические и грамматические правила, а также правила лексической сочетаемости (формальная сторона).

Акцент был сделан на новизну текста, поскольку, как нам представлялось, именно данный критерий требует особых усилий и более тщательной отработки.

Порождение высказывания (текста) является весьма сложным процессом, а процесс порождения высказывания (текста) на иностранном языке значительно усложняется. Поэтому использовались тренировочные задания, направленные на развитие умений и навыков по формулированию мысли на английском языке несколькими способами.

Так, например, курсантам было предложено выразить содержание отдельного предложения, заменив в нём начало или конец предложения.

Исходное предложение было следующим:

All engineers know that the drill and the drilling derrick of the oil platform use steel bolts.

Начало предложения могло выглядеть так:

It’s a well-known fact that …
Any engineer knows that …
Any engineer knows about …

Окончание предложения могло иметь следующий вид:

… steel bolts are used in the construction of the oil platform’s drill and drilling derrick.

…the usage of steel bolts while constructing the drill and the derrick of the oil platform.

Таким образом, курсанты делали выбор (в случае начала Any engineer knows about… единственный – the usage of steel bolts while constructing the drill and the derrick of the oil platform).

Преподаватель ставил курсантам задачу замены глагола в активном залоге на глагол в пассивном залоге:

So, experts must test the bolts' safety. – That's why the quality of the bolts must be checked by all means.

Возможен и такой вариант:

Therefore, it's obligatory to check the reliability of the bolts.

Должного внимания потребовала отработка слов и словосочетаний, которые связывают отдельные части высказывания. Как известно, в зависимости от значения эти средства связи можно разделить на несколько групп [1]:

Средства связи, указывающие на порядковую последовательность мыслей и действий: first, at first, in the beginning, to begin with – *во-первых, сначала, прежде всего*; second, secondly – *во-вторых*; finally, at last, in the end – *наконец*.

Средства связи, выражающие присоединение к высказыванию: in addition – *кроме того*; moreover – *более того*; besides – *кроме этого*.

Средства связи, выражающие противопоставление: however, nevertheless – *однако, тем не менее*; on the contrary – *наоборот*; on the one hand, on the other hand – *с одной стороны, с другой стороны*.

В результате произведённых преобразований предложений курсанты представили три варианта возможных трансформаций первоначального текста:

Is the Certification of Materials Necessary?

Вариант № 1

All engineers know that the drill and the derrick of the oil platform use steel bolts.

As a rule, bolts are made from the correct material. The usage of the wrong material may lead to the breaking of the bolts during drilling. And the broken bolts having fallen on the heads of the workers can cause serious injuries and even people's deaths.

To prevent this, the bolts mustn't be brittle at low temperatures. Therefore, it's obligatory to check the reliability of the bolts.

It's also important to remember that the construction of the platform lasted for a long time, and different engineers worked together to fulfill the task.

The matter of the bolt specification was discussed but the main cause of the misunderstanding was poor documentation. The correct bolts must have two additional numbers in their specification number, but because of the replacement of the personnel they were lost.

Fortunately, the problem with the bolts marking was discovered during the certification review performed by the quality assurance engineer at the end of the project. Finally, after the replacement of the wrongly specified bolts experts certified the product.

Of course, the cost of the bolt replacement was high: hundreds of thousands of dollars. However, people's health and their lives may have been saved. And this is more important than the sum of paid money.

Thus, the certification of materials is always necessary.

Вариант № 2

It's a well-known fact that steel bolts are used in the construction of the oil platform's drill and drilling derrick.

Normally, only the proper steel must be used for this purpose. Drilling may result in bolts becoming brittle. Thus, the fallen steel bolts can seriously injure or even kill the people working below the drill.

To prevent breaking and falling, these design items must be solid at low temperatures. That's why the quality of the bolts must be tested by all means.

But it is necessary to take into consideration that during the long-term construction several design teams of engineers took part in the project. The correct specification was discussed but the results were not documented in the proper way. The changes in personnel could lead to the loss of the two additional digits in the bolts specification number which must distinguish the correct bolts and the actually used ones.

Happily, during the certification while inspecting the steel bolts and their labeling the quality assurance engineer detected the problem. More than that, the problem was solved. As all the wrongly specified bolts had been changed, the certification was given.

It's clear, that a large sum of money was paid for the change of steel bolts. But this price was lower than the cost of the workers' lives.

So, I'm sure that the certification of materials is very important and necessary.

Вариант № 3

Any engineer knows that all oil platforms consist of drill and derrick as their main constituent elements. These components are connected with steel bolts which must be made from the correct material to withstand shearing under the stresses of drilling.

In the case of the wrong material the bolts are easily subjected to getting brittle and breakable at low temperatures. As a result, they can fall and injure the workers below the derrick. Moreover, they can kill them.

That's why before using the steel bolts must be carefully inspected and replaced by the correct

ones before the certification review. Then experts certify the product.

As a rule, the process of construction takes several months and sometimes years. Therefore, a lot of specialists take part in it. Because of the personnel's alteration the two additional digits in the specified bolts were lost. This happened due to the poor documentation of the discussed matters related to the problems of the bolts material.

Certainly, the wrong bolts were found and changed. The replacement was expensive: 250 dollars.

Thanks to the work of quality assurance engineer the workers' health and their lives were saved.

Life proved the necessity of materials certification.

С обучающей целью курсанты сначала выполняли перевод готовой инструкции с английского языка на русский, а затем – с русского языка на английский:

Materials for projects must be specified by qualified engineers and experts.

Different environmental factors must be considered.

Certification of the constructing materials must be done at the end of the project or near its very end.

The routine inspection must be carried out by quality assurance engineer.

His duty is to identify that the product is the correct material.

The production made from the wrong material must be immediately replaced.

One design team must work on a project throughout its development and construction: the changes in personnel may lead to serious drawbacks.

The certification is necessary to discover the drawbacks and correct the problem in order not to harm the health and life of people.

Материалы для проектов должны специфицироваться квалифицированными инженерами и экспертами.

Необходимо рассматривать разные факторы окружающей среды.

В конце проекта или близко к его завершению должна быть проделана сертификация строительных материалов.

Обычный осмотр должен быть выполнен инженером по проверке гарантии качества.

Его задача состоит в определении правильного материала.

Продукция, сделанная из неправильного материала, должна немедленно заменяться.

Одна команда должна работать над проектом на протяжении его разработки и строительства: замена может привести к серьёзным ошибкам.

Сертификация необходима для выявления ошибок и исправления проблемы, для того, чтобы не навредить здоровью и жизни людей.

Далее обучающиеся составляли свои инструкции на русском и английском языках:

Стальные болты должны изготавливаться из правильного материала из-за вероятной ломкими при низких температурах.

Головы рабочих должны быть защищены от возможного падения стальных болтов или других деталей буровой вышки.

Сертификация должна быть проделана в конце любого проекта.

Её должны выполнить эксперты не только для выявления проблемы, но и для её скорейшего решения.

Для предотвращения ошибок лучше использовать одну и ту же команду во время разработки и строительства.

Для спецификации правильных болтов должны быть добавлены две дополнительные цифры в их спецификационный номер.

До сертификации все неправильные стальные болты должны быть обнаружены и заменены, несмотря на высокую стоимость процедуры замены и отсрочку во времени.

Для предупреждения неверного понимания документация должна быть хорошей.

Steel bolts must be made from the correct material because they are subjected to getting brittle at low temperatures.

Workers heads must be protected against the falling steel bolts or other components of the derrick.

Certification must be done at the end of any project.

It must be performed by experts to detect the problem and solve it as soon as possible.

It's better to use the same design team during the design and the construction phase to prevent mistakes.

To specify the correct bolts two additional digits must be added in their specification number.

Before the certification all the wrongly specified steel bolts must be discovered and replaced in spite of the high replacement cost and time delay.

To prevent misunderstanding the documentation mustn't be poor.

Как показал опыт работы, после выполнения обучающих заданий под руководством преподавателя курсанты научились самостоятельно справляться с подобными заданиями. Несомненно, полученные навыки пригодятся обучающимся в будущей работе при написании сочинений или инструкций по любой тематике, включая военную.

Литература:
1. Коваленко А.Я. Общий курс научно-технического перевода / А.Я. Коваленко: пособие по переводу с английского языка на русский. – Киев: ИНКОС, 2004. – 320 с. – С. 236.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Артемьева Я.А., Колычева Ю.Н.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия.

Одной из наиболее актуальных проблем современной неотложной хирургии является острый распространенный перитонит, вследствие роста заболеваемости и стабильно высокой летальности, достигающей 50 - 85 % при запущенных, осложнённых перитонитах.

Перитонит – воспаление серозного покрова брюшной полости – брюшины. Бывает - первичный и вторичный перитонит. Первичные перитониты встречаются редко. Вторичные перитониты возникает при осложнении острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. По клиническому течению различают острый и хронический перитонит. Наиболее целесообразной считается классификация перитонитов с выделением реактивной, токсической и терминальной фаз [1]. Преимущество такой классификации состоит в стремлении увязать тяжесть клинических проявлений с патогенетическими механизмами перитонита.

Перитониты независимо от причины, их вызвавшей, в подавляющем большинстве случаев представляют собой типичное бактериальное воспаление. Наиболее частыми возбудителями гнойных перитонитов являются кишечная палочка (65%) и патогенные кокки (30%). В современных условиях отмечается также значительная активация условно-патогенной флоры, участвующей в нагноительном процессе в брюшной полости: не облигатных анаэробов, бактероидов и пр. Нередко возникновение перитонита обусловлено несколькими бактериальными возбудителями одновременно; подобные ассоциации наблюдаются у 35% больных [2]. В патогенезе перитонитов основная роль принадлежит интоксикации. Подсчитано, что брюшинный покров человека примерно равен по площади кожному покрову. Поэтому развивающийся в брюшной полости нагноительный процесс быстро приводит к наводнению организма токсинами как бактериального, так и не бактериального (эндогенного) происхождения, способными как избирательно, так и в различных сочетаниях вызывать резкую иммунологическую перестройку организма, получившую в литературе название стресса. В начальной стадии перитонитов наблюдается стойкий парез кишечника, гиперемия брюшины, ее отечность и начало экссудации в полость живота через растянутые клетки эндотелия кровеносных сосудов. В дальнейшем при воспалении брюшины отмечаются расстройства гемодинамики в виде портального застоя со снижением артериализации и гипоксией печени [2]. За гипоксией следует падение белково-образующей функции органа: сначала резко снижается уровень белка, а затем нарушаются его синтез (получение) и ресинтез (расщепление). Убывает дезаминирующая и мочевинообразовательная функции печени. Нарастает в крови содержание аммония и гликоля. Исчезает запас гликогена в печени. Позднее нарушаются ассимиляция (использование) органом моносахаридов и синтез гликогена. Первоначальная гипогликемия (снижение гликогена) сменяется гипергликемией (повышение гликогена). Развивается дегидратация организма с расстройством электролитного обмена, падением содержания хлоридов. В надпочечниках происходит изменение клеток с выраженным некробиозом коркового слоя и обеднением его хромаффинной субстанцией. В сосудах легких развиваются застой крови, гиперемия, в основном вследствие слабости мышцы сердца и многочисленных гипостазов; в легких — отек.

Цель работы - изучение особенностей сестринского процесса при перитоните.

Задачи работы:

-анализ результатов лечения 10 пациентов с перитонитом, с разным характером возникновения, находившихся на лечении в хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП.

-изучение тактики медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с острым перитонитом.

Материалы и методы - Возраст пациентов составлял от 35 до 65 лет. У 8 пациентов перитонит возник из-за осложнения острых

хирургических заболеваний, у 2 в результате травм органов брюшной полости. Результаты лечения оценивались по объективным критериям состояния пациентов.

Лечение проводилось хирургическое, по экстренным показаниям, заключалось в удалении очага воспаления, санации брюшной полости, её дренировании. В послеоперационном периоде проводилось восстановление водно-электролитного баланса. После операции назначили пациентам антибиотики, массивную инфузионную терапию, направленную на восстановление иммунитета, функций ЖКТ, профилактику осложнений. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 3 больных:

1) двусторонняя нижнедолевая пневмония - у 1 пациента;

2) сепсис - у 1 пациента;

3) кишечная непроходимость- у 2 пациентов;

При лечении больных с перитонитом весьма важное значение имеет сестринский процесс.

Сестринский процесс – это системный, хорошо продуманный, целенаправленный план действий медсестры, учитывающий потребности пациента. После реализации плана необходимо обязательно провести оценку результатов.

Стандартная модель сестринского процесса состоит из пяти этапов:

1) медсестринского обследования пациента, определения состояния его здоровья;

2) постановки медсестринского диагноза;

3) планирования действий медицинской сестры (медсестринских манипуляций);

4) реализации (осуществления) сестринского плана;

5) оценки качества и эффективности действий медсестры.

После обследования и начала лечения были выявлены существующие на данный момент проблемы пациентов: невозможность передвигаться вследствие сильных болей в области живота, нарушение потребностей есть, спать, нарушение досуга. Также выявлены потенциальные проблемы: местные нарушения кровообращения, нарушение нормального опорожнения кишечника, застойное явление в лёгких, возможность образования тромбов в сосудах.

Были поставлены следующие сестринские диагнозы: боль, задержка стула, беспокойство, страх, слабость, нарушение сна. После выявления проблемы пациентов были определены цели медицинской сестры по уходу за больными: краткосрочные и долгосрочные.

К зависимым вмешательствам относили в/мышечное и в/венное введение медикаментов, постановку капельниц, забор биологических материалов на анализы. Взаимозависимыми вмешательствами были промывания дренажей, ежедневные перевязки совместно с лечащим врачом. Весьма значительным у данной категории больных был объем независимых вмешательств. К ним относили: постоянный мониторинг основных показателей жизнедеятельности (сознание, число сердечных сокращений, температура тела, почасовой диурез), контроль за отделяемым по зондам, дренажам, поддержание их проходимости. После восстановления пассажа по кишечнику проводилось дробное диетическое питание больных. Значительное внимание уделялось гигиене больных (поддержание чистоты ротовой полости и тела), а также профилактике пролежней.

После осуществления независимых, зависимых и взаимозависимых вмешательств была произведена оценка эффективности сестринского процесса. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, нормализация работы ЖКТ(самостоятельный стул к концу 1 недели, восстанавливается перистальтика кишечника).

Выводы: После осуществления независимых, зависимых и взаимозависимых вмешательств была произведена оценка эффективности сестринского процесса. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, нормализация работы ЖКТ, заживление ран, ранняя активизация пациентов. Исчезли такие проблемы как: беспокойство, страх, нарушение сна. Эффективностью сестринского процесса явился показатель здоровья обследуемых пациентов. Благодаря своевременному лечению и правильной реализации сестринского процесса, пациенты пошли на поправку и проявляли самостоятельность в двигательной активности.

Литература:

1. Альперович Б.И. Неотложная хирургия живота /Б.И.Альперович, М.М.Соловьев.-Томск: ИД «Курсив», 2002, -221с.

2. Хирургические инфекции/Под редакцией И.А.Ерюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А.Шляпникова. – СПб.: Питер, 2003.-864 с.

ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА. ЗНАЧЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА

Артемьева Я.А., Ленкова Е.И.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Среда обитания может оказывать благотворное или неблагоприятное влияние на состояние здоровья человека, его самочувствие и работоспособность. Здоровье человека напрямую зависит от качества и состояния воздуха, которым он дышит. Параметры – температура, скорость, относительная влажность и атмосферное давление окружающего воздуха – получили название параметров микроклимата [1].

Влажность - один из важнейших параметров воздуха, непосредственно влияющих на здоровье человека. Оптимальный уровень влажности, при которой человек чувствует себя наиболее комфортно ≈50-60%. Между тем, летом в сухую погоду она редко превышает 40%, а зимой падает до 10-15%. Недостаток влажности приводит к сухости и раннему старению кожи, раздражению слизистой оболочки, что открывает путь для инфекций и повышает вероятность различных респираторных заболеваний [2].

Сухой воздух в целом более пыльный, ведь в нем повисает мельчайшая пыль, которая в обычном состоянии «связана» влажностью. Также идет непрерывное уничтожение влаги системами отопления, компрессором холодильника, плитой на кухне, воздействие ультрафиолетовых лучей приводит к обезвоживанию организма в целом. Поэтому поддержание оптимальной для человека относительной влажности воздуха - это не просто комфорт, это жизненная потребность и залог здоровья. В условиях сухости у людей появляется сонливость и рассеянность, повышается утомляемость, ухудшается общее самочувствие, снижается работоспособность и иммунитет. От недостатка влажности в первую очередь страдают дети и люди с заболеваниями дыхательных путей, астматики и аллергики [3].

Актуальность темы исследования связана с тем, что на сегодняшний день существует масса способов увлажнения сухого воздуха, самый простой из них размещение аквариума, фонтанчика, комнатных растений и резервуаров с водой на батареях, также, современная промышленность изготавливает устройства, позволяющие эффективно увлажнять воздух в помещениях.

Цель исследования – определение эффективного способа увлажнения воздуха жилых помещений.

Объект исследования – влажность воздуха 2-х жилых комнат.

Материал и методы исследования – в течение суток повышали влажность воздуха в соседних комнатах в зимний период. Вначале эксперимента в комнате №1 и комнате №2 разместили гигрометры.

Приборы показали, что относительная влажность воздуха в обеих комнатах ровна 13%. Далее, для повышения влажности воздуха в помещениях, в комнате №1 разместили резервуар с водой, а в комнате №2 – современный ультразвуковой увлажнитель. По истечении суток, гигрометр в 1-ой комнате показал, что влажность воздуха повысилась до уровня 34%, когда в комнате №2 влажность повысилась до отметки 57%.

Заключение: для наибольшей эффективности увлажнения воздуха в домашних условиях следует использовать паровые увлажнители воздуха.

Такие увлажнители воздуха основаны на ультразвуковом испарении воды, являются самыми безопасными и эффективными для использования в домашних условиях.

Литература:

1. Гигиена и экология человека: учебник / Архангельский В.И., Кириллов В.Ф. 2013. - 176 с.
2. Гигиена и экология человека : учебник для студ. сред. проф. учеб. заведений / Н. А. Матвеева [и др.] ; под ред. Н.А. Матвеевой. - М.: ИЦ "Академия", 2008.
3. http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=657231

РАСПРОСТРАННЕНЫЕ ТРУДНОСТИ В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Бабаян В.Г., Киргуева Р.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность данной темы обуславливается тем, что сегодня все больше преподавателей отмечают определенные проблемы в изучении английского языка и усвоении материала. Обучающиеся часто ссылаются на неспособность к языкам в таких ситуациях. Но бывают случаи, когда человек знает один или даже два

языка, тем не менее, не в состоянии освоить третий. В этом случае причиной может оказаться методика преподавания или несовместимость ученика и учителя на психологическом уровне. Такая ситуация может стать серьезной преградой в изучении языка. Английский язык, хотя и является простым языком для обучения, в действительности усваивается не всегда так просто. Трудности в каждом отдельном случае могут быть вызваны разными причинами, но в этой статье мне хотелось бы перечислить самые распространенные [4].

Ошибка первая. Мышление на родном языке. Встречается практически у всех, кто начинает изучать язык и даже у тех, кто учит его давно. Суть заключается в том, что человек мыслит на родном языке, переводя его на иностранный. Это затрудняет общение и делает фразы слишком дословными и "русскими" (в нашем случае). Научиться преодолевать языковой барьер в мыслях крайне важно, иначе свободно владеть английским не получится.

Ошибка вторая. Некомпетентность преподавателя. Сюда можно отнести и неэффективную подачу материала, неправильное произношение и акцент. Зачастую преподаватели английского языка в школах и университетах знают язык на уровне лингвиста-ученого, но говорят с акцентом, который перенимают учащиеся с первых же занятий. Избежать этой ошибки поможет обучение/общение с носителями языка.

Ошибка третья. Критичность по отношению к себе. Ставить высокую планку и стараться добиться результатов в кратчайшие сроки - верный путь к неудаче. Впоследствии у ученика пропадает желание к изучению языка, и он считает себя одним из тех, кому языки не даются. Поставить цель научиться говорить свободно и грамотно - это правильная цель, но нужно понимать, что результаты мгновенными не будут.

Ошибка четвертая. Чрезвычайный упор на грамматике. Подобный подход может быть как ошибкой преподавателя, так и ошибкой ученика, который решил, что изучение языка строится на грамматике. На самом деле заучивание правил мало что даст, если человек не способен воспринимать речь на слух, совсем не умеет изъясняться на иностранном языке. Процесс изучения грамматики не должен быть обособленным от других процессов изучения языка, так как исключительно "технические" знания предмета не способствуют разговору на иностранном языке, преодолению барьера.

Ошибка пятая. Слабая мотивация. Если человек берется за изучение языка под угрозой увольнения или в связи с возможными должностными привилегиями - это не самая сильная мотивация, так как к изучению его толкают определенные обстоятельства, а не собственное желание. В этом случае отсутствует вовлеченность в процесс учебы, она неинтересна и мозг подсознательно противится получать новую информацию.

Ошибка шестая. Пренебрежение самостоятельным обучением. Многие люди уверены, что достаточно обратиться к хорошему профессионалу, и он научит их говорить. Со своей стороны они считают вполне достаточным посещать занятия и быть прилежными учениками. Но на практике этого оказывается мало. Без постоянного самообразования (а сюда можно отнести и просмотр фильмов на английском, и чтение литературы, и изучение различных особенностей языка, сленга и прочее) знание английского не поднимается на должный уровень. Опять же - без заинтересованности и полной отдачи себя предмету результат будет минимальным.

В заключение - популярные методики обучения английскому языку:

1. Стандартная. Наиболее распространена в школах и университетах, несмотря на то, что показывает малую эффективность в сравнении с другими методами обучения. данная методика представляет собой программу, которая напичкана по большей части работой с грамматикой. Основа обучения -выполнение упражнений на основе выученных правил. Как правило, говорить и понимать на слух учащимся непросто.

2. Методика изучения с носителями языка. Как было отмечено выше, такая методика помогает избежать учащимся типичных ошибок в произношении и не перенять акцент преподавателя-неносителя языка. Но, общаясь с человеком другой языковой среды, происходит концентрация внимания на установлении контакта с ним, умственная активность направлена на то, чтобы внимать словам преподавателя, стараясь понять его (что поначалу бывает очень сложно).

3. Матричный метод. На сегодняшний день самая эффективная методика обучения. суть такого подхода заключается в том, что в первую очередь человек должен научиться воспринимать иностранный язык на слух (так же, как дети учат язык, не зная правил грамматики). С этой целью в программу включают прослушивание диалогов и текстов на английском, которую создатель назвал матрицей.

Эксперты называют матричный метод обучения революционным в изучении английского языка, так как в ее основе используются

подсознательные способности человека и процесс обучения проходит легко и интересно.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что с трудностями в изучении английского языка сталкиваются очень многие, главное - продолжать обучение, не бросать на полпути и результат не заставит себя ждать...

Литература:
1.Native English. Типичные ошибки при изучении английского языка [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.native-english.ru/articles/common-mistakes (дата обращения:29.03.2016)
2. EngMatrix.com Изучение английского языка: проблемы и ошибки [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://engmatrix.com/staty /problemy-i-oshibki-v-izuchenii -anglijskogo - jazyka. php (дата обращения:29.03.2016)
3. Вербицкий А.А., Калашников В.Г. Категория «контекст» в психологии и педагогике: монография - М.: Логос 2010 - 24с.
4. Киргуева Р.А. Мотивация как способ повышения эффективности обучения иностранному языку в ВУЗе. Язык. Культура. Общество: сборник статей по материалам межвуз. науч.-метод.конф., посвящ. 85-летию образования каф.яз. Куб.гос.аграр.ун-та/ отв.за выпуск Н.С. Аракелян, А.П. Степанова.- Краснодар: КубГАУ, 2016.- 263 с.

РУССКОМУ ФЛОТУ БЫТЬ!

Бакуменко А.И.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

Русский военно-морской флот – один из самых крупных флотов на нашей планете. Русские боевые корабли, подводные лодки наводят страх не на одну армию стран мира. Могущество и сила нашего флота неоспоримы. Морские боевые машины способны бдительно охранять государственные рубежи от вражеских сил и международного терроризма.

В представляемой статье перед нами стояла задача: проследить историю военно-морского флота России, его зарождение.

Россия – страна, омываемая множеством морей, и создание военного флота являлось жизненной необходимостью. Без военного флота Россия не могла рассчитывать на уважение других стран. Именно осознание этой необходимости занять ведущее место или одно из ведущих мест в мире и привело Петра I сначала к созданию первого боевого флота России, называемого впоследствии «Потешной флотилией Петра I», а потом и полноценной государственной военной единице.

При работе над статьей использовались источники по истории России и источники сети Интернет.

Переславль-Залесский – древний русский город, один из туристических центров Золотого Кольца России. Находится в ста сорока километрах на северо-восток от Москвы.

Переславль и его окрестности славятся своей историей, архитектурными памятниками и необыкновенно красивой природой.

С древнейших времен большую роль в истории Переславского края играло Плещеево озеро. Жемчужина России – один из самых больших и глубоководных водоемов европейской равнины, оно издавна было собственностью московских государей. Озеро Плещеево считается вторым по величине озером Ярославского Поволжья после ростовского озера Неро. Озеро необыкновенно живописно благодаря своим холмистым берегам.

Именно благодаря озеру Плещеево, Переславль – один из городов, которые считают себя «родиной российского флота». В принципе, удивляться тут особенно нечему – у такого большого флота должно быть несколько «настоящих» родин: Архангельск, Воронеж, Переславль.

Первым кораблям на Плещеевом озере предшествовали «потешные» войска Петра I. Он создал их, будучи еще тринадцатилетним подростком, в 1685 году в селах Воробьеве и Преображенском. Интерес юного государя к военному делу рос, и 1686 году он завел при своей «потешной» армии артиллерию.

Впервые посетив в 1688 году Переславль, юный Петр был очарован красотою и размерами Плещеева озера. Впоследствии он писал в предисловии к «Морскому уставу»: «А охота стала от часу быть более, того для стал я проведовать, где более воды, мне объявили Переславское озеро, яко наибольшее, куды я под образом обещания в Троицкий монастырь у матери выпросился, а потом уже стал ее просить и явно, чтобы там двор и суды сделать».

Сохранился народный рассказ крестьянки села Веськово Устиньи Ароновой, видевшей Петра в его приезд в Переславль летом 1688 года.

«Тот, кто ехал впереди, остановился недалеко от меня и стал пристально смотреть на озеро, - рассказывает она. - Долго он смотрел, и я досыта насмотрелась на него. Он был велик

ростом и статен в одежде, похожей на охотничью. Из-под шляпы с навесом видны были кудри русых волос. Лицо у него было несколько смугловатое, глаза карие, большие, ус только пробивался. На бедре его висел меч, за поясом торчал охотничий нож, при нем был небольшой огнестрел».

Местная легенда уверяет, что он поселился в настоятельских комнатах Никитского монастыря, где самая большая комната второго этажа, выходящая на озеро и город, до сих пор носит имя Петровской. Никитский монастырь стоит на берегу озера. Нет ничего невероятного в том, что Петр остановился там, тем более что построенная еще во времена Грозного трапезная палата с настоятельскими комнатами была лучшим зданием Переславля. Петр приехал не один, привез сюда иноземцев, корабельных мастеров, которые жили тут, не меняя образа жизни, принятого в немецкой слободе, смущая монахов.

Но проживание в Никитском монастыре, стоящем на горе довольно далеко от озера, устраивало Петра, пока он увлекался только катанием по озеру, к постройке судов не приступал и по-настоящему не огляделся в Переславле. Ему не столько важны были удобства, сколько близость к озеру, и к устью Трубежа, где причален московский бот и где вскоре началось строительство судов. Позже Петр переехал в здание Горицкого монастыря, а его иностранные мастера-корабельщики жили на так называемом «птичьем дворе» Горицкого монастыря за оградой. Впоследствии они поселились в специально построенных домах на горе близ села Веськово. Из них главным был Карштен Брант, кроме него прибыли Корт, позднее Класс или Никлассон.

Подготовка к постройке кораблей началась в июле 1688 года под руководством Карштена Бранта. Но главные работы по сооружению больших судов, делавшихся по типу морских, происходили зимой 1688-1689 годах ускоренными темпами, и ко времени вскрытия озера, к апрелю 1689 года, «суды все, кроме большого корабля в отделке…» « и удались все зело хороши» – писал Петр матушке.

Самое главное, Петр не просто увлекался катанием по озеру или терпеливо ждал, когда иностранцы сработают ему суда, но и сам «пребывал в работе», первый раз в жизни взялся за топор и начал проходить науку кораблестроения, законченную им в Голландии и Англии. Корабельным потником он стал в Переславле. Петр так увлекся своими судами, которые частью уже были спущены на озеро и бороздили его волны, что, исполняя требование царицы-матери извещать ее как можно чаще, едва находил для этого время. Писал кратко, на клочках, спешкой. Мысль его постоянно витала около сооружаемых им судов.

Но вскоре роковая борьба с Софьей, достигшая к этому времени высшей точки своего развития, стрелецкий мятеж отрывают Петра от любимого занятия, а затем, видимо, заставляют забыть его и прекратить судостроение на Переславском озере, где к этому времени были спущены на воду выстроенные Карштеном Брантом два небольших фрегата и три яхты. Уехав отсюда в июне 1689 года, Петр больше двух лет не был здесь.

Лишь в ноябре 1691 года он возвращается к «корабельной потехе». 3 ноября Петр царским указом приказал переславскому воеводе «для пришествия великого государя построить двор». Это обстоятельство указывает на твердое решение Петра, обосноваться здесь прочно, иметь собственное помещение, без помех приезжать в Переславль.

Вниз к озеру был прорыт канал, по которому малые корабли, построенные на судоверфи, спускались в озеро. Большие же суда строились непосредственно на берегу.

К этому времени почти неразлучным спутником царя становится Франц Лефорт, «человек забавный и роскошный или назвать дебошан французский», как характеризовал его один из современников. Очевидно, «обеды, суп и балы, к которым приучил он Петра в Москве, решено было теперь переносить время от времени на Переславское озеро. Но вместе с тем Лефорт, отличавшийся широким кругозором и разносторонними знаниями практического и теоритического характера, вернул Петра к возобновлению корабельных занятий на Переславском озере и вместе с потехой втянул его в серьезное дело.

Дворец был окончен постройкой поздней весной или даже летом.

За зиму 1692 года был построен корабль, отличающийся большими размерами, настоящее морское судно, вооруженное, по одним сведениям 24 пушками, а, по другим, 30 пушками тяжелого калибра. Скорее всего, его строил Класс. Также Петр распорядился перевезти сюда все суда с реки Москвы. Таким образом, здесь к вскрытию озера находилась целая флотилия.

К лету 1692 года на воду Переславского озера была спущена флотилия – около сотни кораблей, вооруженных артиллерией и уком-

плектованных экипажами. Переславский флот представлял собой организованную военную единицу. Адмиралом его был, по одним сведениям, Лефорт, а, по другим,- князь Ромодановский.

То был первый русский военный флот – предвестник будущего морского могущества России!

Первый флотский праздник состоялся 1 августа. Он начался церковной церемонией. Из двух приозерных церквей - Сорока мучеников и Введения, стоящих друг против друга на противоположных берегах устья реки Трубеж, совершился крестный ход на Переславское озеро. Недалеко от дворца, слева от него, в заключении церемонии потешные войска устроили небольшое возвышение, поставив тут свои пушки, сами выстроились в боевой порядок и только ждали первого движения нового флота, чтобы встретить его залпом оружий. Место, устроенное ими, с того времени называют «Гремяч», от грома пушек, как говорят жители села Веськова, из которых палили во время спуска флотилии в озеро. Празднество закончилось военными «экзерциями» на воде и суше.

По окончании был устроен пир. По поводу, которого Гордон заметил, что на нем были они «веселы».

Через месяц Петр покинул Переславль и указал своим сотрудникам сообщать ему обо всем, касающемся флотилии.

И дальше шла постройка кораблей. Было построено еще много шлюп, лодок и галер. Точное число их не известно. Но в 1722 году находилось их на хранении 87. Им давали разные имена, чаще на иностранный манер: «Фортуна», самый большой 30-пушечный корабль флотилии – «Марс», яхта «Анна» (в честь Анны Монс, в которую в то время был влюблен Петр).

Таким образом, начало русского флота было отпраздновано на славу. В конце октября Петр отдал распоряжение построить еще два корабля. После чего серьезно заболел дизентерией и отбыл из Переславля. Он вернулся сюда лишь в феврале 1693 года и пробыл здесь до апреля.

По скрытию озера Петр снова прибыл сюда и убедился, что озеро мало и тесно для его замыслов. «Несколько лет,- писал он в предисловии к уставу морскому,- исполнял я свою охоту на озере Переславском, наконец; ездил на Кубенское озеро, оно было слишком мелко. Тогда я решил видеть прямо море, и стал просить позволения у матери съездить к Архангельску; многократно возбраняла она мне столь опасный путь, но, видя великое желание мое и неотменную охоту, нехотя согласилась».

Так началось настоящее дело. Петр перенес строительство кораблей сначала на Белое море, а потом на Балтийское. Историческая роль Плещеева озера закончилась.

Уезжая в Архангельск, Петр выменял село Веськово с деловым двором с судовой верфью, потешным двором на вотчину Большие соли в Костромской губернии.

Постепенно на Белом море началось судостроительство, из Переславля переводились мастера и плотники. Но в Переславле оставались 12 холмогорских, вологодских плотников, которые занимались починкой кораблей. В декабре 1693 года всего служащих было 28 человек.

Переславская флотилия в отношении её управления была присоединена к Беломорской флотилии и учитывалась как серьёзная сила.

К сожалению, это никак не повлияло на судьбу флотилии, а кораблям суждено было навеки остаться тут и погибнуть, за исключением одного, ботика «Фортуны». Основной причиной этого, была изолированность Плещеева озера от магистральных водных путей, обрекавшая флотилию на опасное бездействие. Оказавшись ненужной, она расценивалась на месте как отыгранная игрушка, к хранению которой подходили с формально-казёнными приёмами.

Тем не менее, нужно признать, что меры для её хранения принимались.

Впоследствии Петр побывал в Переславле лишь в 1711 году перед Прутским походом, о чем свидетельствует вклад, сделанный им в Федоровский монастырь 1 марта.

После чего Петр снова забыл о Переславле до 1722 года. О потешной флотилии ему напомнил Ништадский мирный договор, закончивший великую Северную войну.

И увидел он плачевное и неутешительное состояние своего детища. Разгневанный этим, он пишет грозный указ: «Воеводам Переславским. Надлежит вам беречь остатки кораблей, яхт и галеры, а буде опустите, то взыскано будет на вас и на потомках ваших, яко пренебрегших сей указ. Петр, в Переславле, в 7 день февраля 1722 года».

Это самое первое распоряжение об охране памятников исторического характера в России.

Переславские воеводы, испугавшись гнева царя, принялись за дело. Остатки кораблей были помещены под навес и огорожены забором.

Но сильнейший пожар 1783 года поставил окончательную точку в трагической судьбе петровской флотилии. Счастливая судьба выпала на долю бота, пророчески названного «Фортуна», который, по преданию, построил сам Петр I. Ему довелось уцелеть. После пожара сохранились остатки царского дворца, других кораблей, уникальные корабельные украшения.

В 1802 году Владимирский губернатор Иван Михайлович Долгоруков посетил место, где, по его словам, «сильный Петр учился мореплаванью и оставил городу в залог самим же им состроенный первый ботик в государстве нашем». Выполняя указ Петра, он принимает твердое решение построить здание для хранения бота.

1 августа 1803 года первый провинциальный музей России открывает свои двери. На его фронтоне золотом высечено: «Великому Петру усердный Переславль». С этого начал свою историю Музей «Ботик Петра I», который сохранил для потомков и истории судно, построенное Петром I, а значит и частичку той флотилии, которая стала колыбелью будущего Петровского детища!

Таким образом, можно сделать вывод, что благодаря Петру I, его активной жизненной позиции, инициативе и желанию познать неизведанное, мы на берегах сначала Плещеева озера, а затем на морских рубежах нашей страны получили могущественную силу, способную в любой момент дать отпор врагу. Поэтому гордость за нашу российскую армию должна всегда жить так же, как чудом уцелевший бот «Фортуна», который сейчас уже может характеризоваться вечным, как и наша сильная армия!

Литература:

1. Официальный сайт музея-усадьбы «Ботик Петра I» / URL: http:// www/ museumpereslavl. ru/fil/botik/expoz/htm
2. У истоков петровского флота // Бот Фортуна. Исправников, А., Зайцев, А. / URL: http//hobbyport/ru//ships/fortuna/htm
3. Ботик Петра I(Дедушка русского флота) // Национальная историческая энциклопедия / URL: http://www.allros.ru/yar/pereslavl/his.htm
4. Город Переславль-Залеский: краткая справка // Botik / URL: http://www/botik.ru/2/local-resources/pz-spravka.html
5. http://www.navy.su/-1850/poteshnaya /index. htm

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Безуглая О.И.,
Бондаренко П.П., Выселкова Е.С.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Острый аппендицит - одно из наиболее часто встречающихся в хирургической практике заболеваний. Число больных острым аппендицитом в хирургических стационарах общего профиля составляет до 20-50% от всех пациентов, а количество аппендэктомий по отношению к другим неотложным операциям достигает 70-80%.[3] Частота осложнений острого аппендицита варьирует от 32,6 до 43%. Причиной высоких цифр летальности остаются ошибки диагностики, составляющие в среднем 15-45%. [4,5]. Основным путем снижения летальности при остром аппендиците является своевременная и точная диагностика, которая в современных условиях должна включать лапароскопию. [1]

Целью данного исследования является изучение тактики лечения и принципов диагностики острого аппендицита.

Задачи:

- провести анализ теоретических источников, особенностей диагностики и принципов лечения острого аппендицита;
- провести эмпирическое исследование пациентов с острым аппендицитом;
- обработать эмпирические данные;
- сделать выводы и разработать практические рекомендации.

Объект исследования: больные с диагнозом острый аппендицит.

Предмет исследования: особенности диагностики и лечения острого аппендицита.

Гипотеза: правильная своевременная диагностика и выбор адекватного лечения могут снизить риск развития летального исхода.

Методы исследования:

- теоретические: анализ теоретических источников по определению понятия «острый аппендицит» и методов лечения;
- эмпирические: анализ медицинской документации, наблюдение.

База исследования: Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского.

В качестве респондентов мы выбрали 30 пациентов с диагнозом «острый аппенди-

цит». Было выявлено, что заболевание не зависит от пола. Мужчины и женщины болеют одинаково. Отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет (80%) и реже в пожилом возрасте (20%).

Установлено, что чаще острым аппендицитом болеют служащие – (30%), работающие – (30%) и студенты – (30%) и реже безработные и пенсионеры – (10%). Мы связываем эту разницу с питанием. Многочисленные исследования показали, что острый аппендицит чаще развивается у лиц, употребляющих значительное количество мяса, так как животные белки усиливают в желудочно-кишечном тракте процессы гниения и брожения, имеют тенденцию вызывать гнилостные процессы в кишечнике, которые способствуют атонии, что является предрасполагающим фактором в развитии острого аппендицита.[2]

При поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области(100%), повышение температуры до 38-39°С (60%), слабость (50%), снижение аппетита (30%), тошноту и рвоту (20%). Отмечено, что боль в правой подвздошной области является основной жалобой при остром аппендиците.

Таким образом, большая часть пациентов предъявляла жалобы на острые боли (40%), у 30% пациентов были тупые боли, у 10% - тянущие и у 20% - ноющие.

Говоря о формах аппендицита, следует обратить внимание, что катаральные составили 20%, в то время как деструктивные формы 80%.

Также мы обратили внимание на время поступления пациентов в клинику с момента заболевания. Таким образом, причинами позднего обращения пациентов в 1 случае (10%) были диагностические ошибки врачей медучреждений, а в остальных случаях (90%) – по вине самих больных.

В течение 1 часа с момента госпитализации больного в хирургическое отделение прооперирован 1 человек (10%), в течение 2 часов – 4 (40%), от 3 до 6 часов – 3 человека (40%), от 7 до 12 часов – 1 (10%), позже 12 часов – 1 (10%). Причинами задержки операции явились дополнительные исследования (УЗИ, ФГДС, повторные анализы крови и т.п.), консультации других специалистов. В двух случаях задержка операции произошла из-за отказа больных от операции.

Выявлено в послеоперационном периоде осложнений у 6-ти больных (20%), это аппендикулярный абсцесс и нагноение послеоперационной раны. У остальных 24 больных осложнений не выявлено.

С целью профилактики послеоперационных гнойных воспалительных осложнений проводилась антибиотикотерапия до и после операции.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

-частота острого аппендицита не зависит от пола.

- отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет.

-при поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 38-39°с, слабость, снижение аппетита, тошноту и рвоту.

-большая часть пациентов предъявляла жалобы на острые боли (40%), у 30% пациентов были тупые боли, у 10% - тянущие и у 20% - ноющие.

-в течение суток обратились 80% больных, остальные 20% явились через 2-3 суток и позже.

-всем больным была проведена операция – аппендэктомия. метод обезболивания — местная анестезия.

-выявлено всего 2 осложнения (20%): аппендикулярный абсцесс у 1 больного (10%), нагноение послеоперационной раны у 1 человека (10%).

-все больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Так же в архиве больницы нами были изучены 30 историй болезни пациентов с острым аппендицитом за прошлый год. Среди исследованных нами больных было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%).

Отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет (80%) и реже в пожилом возрасте (20%).

При поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 38-39°С, слабость, снижение аппетита, тошноту и рвоту.

Отмечено, что боль в правой подвздошной области является основной жалобой при остром аппендиците.

По данным диагностики, мы сделали вывод, что действительно:

- женщины и мужчины болеют острым аппендицитом одинаково;
- преимущественно страдают люди до 45 лет;
- все пациенты предъявляют жалобу на боль в правой подвздошной области.

В заключение хочется сказать, что:

1. Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и длительное наблюдение их в стационаре являются основной причиной развития внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений.

2. Послеоперационные септические процессы в большинстве случаев являются продолжением дооперационных осложнений.

3. Аппендэктомия должна производиться независимо от стадии воспаления до развития внутрибрюшных гнойных осложнений.

4. Снизить позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью может активная целенаправленная санитарно-просветительская работа.

Больным, которые находились на лечении в больнице, при прохождении практики, мы раздали анкеты на тему «Качество проводимой помощи», где они анонимно ответили на вопросы. По ответам можно сделать выводы, что мужчина и женщины болеют одинаково в возрасте от 18 до 35 лет; в основном это работающие и студенты, так как у 75% больных нарушен режим питания. 100% больных отметили жалобы на боль в правой подвздошной области, 60% на повышение температуры тела до 38-39°С, 50% на слабость, 30% на снижение аппетита, 20% на тошноту и рвоту. Острые боли были у 40% опрошенных, 30% тупые боли. Около 50% больных ожидали бригаду скорой медицинской помощи до 30 мин, 40% до одного часа, 10% более одного часа. Все 100% госпитализированных были довольны качеством обслуживания фельдшером. В графе пожеланий были сделаны замечания по времени приезда бригады.

Вывод: необходимо улучшить скорость приезда бригады скорой медицинской помощи на вызов.

Литература:

1. Кригер, А.Г., Федоров, А.В., Воскресенский, П.К. , Дронов, А.Ф. Острый аппендицит. - МЕДпрактика-М, 2007. – С.244 -250.
2. Пронин В.А. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия - Практическое руководство, 2007. – С.123-129.
3. Ротков И. А. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - М.: Медицина, 2006. – С. 45-49.
4. Седов, В.М. Аппендицит. - СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство». — 2002. – С.232-238.
5. Бондаренко П.П., Рамонова Л.П., Егорова Н.А. Лечение послеоперационных осложнений у детей с аппендикулярным перитонитом /Сборник материалов I Международной (X Всероссийской) научно-методической конференции ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет». 2014. С.157-158.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Безуглая О.И., Рамонова Л.П., Фурсова Л.В.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Выбранная тема в настоящее время является особо актуальной, т.к. она занимает первое место среди заболеваний органов пищеварения, и остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обусловливает социальную значимость проблемы.

Заболеваемость язвенной болезнью не имеет тенденции к снижению, а число ее осложненных форм возросло в последние годы [1,2,3]. Ситуация обусловлена не только объективными социально-экономическими факторами, но и недостаточно активной позицией хирургов в своевременном лечении данной категории больных. Последнее десятилетие характеризуется снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в два раза и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу уже резвившихся осложнений [4].

Осложнения язвенной болезни являются тяжелыми, нередко угрожающими жизни страданиями, в особенности у пожилых больных с сопутствующими заболеваниями. Здесь имеет значение не только патофизиологическое обоснование предстоящего хирургического лечения, но и переносимость его больными. [6]

Для успешного лечения различных клинических форм язвенной болезни нужны совместные усилия хирургов и терапевтов. В последние годы появляются новые поколения лекарственных препаратов, успешно излечивающих язвенную болезнь (антисекреторные, антихеликобактерные, прокинетики). Полно-

ценно организованное лечение в большинстве случаев может обеспечить не только предупреждение таких осложнений, как перфорация гастродуоденальных язв, кровотечения или стеноз выходного отдела желудка, но также профилактику рецидива язвы после операции. [5]

Цель исследования - изучить принципы диагностики и тактику лечения наиболее распространенных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи исследования:

- изучить теоретические источники по проблеме кровотечения ЯБЖ и ДПК;
- выявить особенности диагностики осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- определить тактику лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- сделать выводы.

Объект исследования: больные хирургического отделения Краевой Клинической больницы №1 имени профессора С.В. Очаповского в количестве 30 человек.

Предмет исследования: влияние своевременной диагностики и выбор способа лечения заболевания, связанного с кровотечением при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, на благоприятный исход.

Гипотеза: правильная своевременная диагностика и выбор адекватного лечения могут снизить риск развития осложнений.

Методы исследования:

- теоретические: анализ теоретических источников по определению понятия «осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» и методов лечения;
- эмпирические: анализ медицинской документации, наблюдение.

База исследования: Краевая Клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского.

Нами был произведен анализ 30-ти пациентов с желудочно–кишечным кровотечением из острых язв, находящихся на лечении в Краевой Клинической больнице №1 имени профессора С.В. Очаповского.

Среди исследованных нами больных было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%).

Средний возраст пациентов составил от 29 до 49 лет.

Далее мы выявили жалобы пациентов при поступлении в стационар:

- на регулярные болевые ощущения;
- частичную анорексию (сниженный аппетит), уменьшение массы тела;
- изменение цвета стула (потемнение), присутствие в фекальных массах следов темно-красной крови.
- возникающие после еды тошнота, приступы рвоты.

У большей доли пациентов ухудшение состояния наступило и днем (40%) и вечером (30%), менее всего – ночью (20%) и утром (10%).

90% пациентов поступили в стационар с кровотечением первично, остальные 10 % вторично.

Изучив время поступления пациентов в клинику с момента заболевания, мы выяснили, что в течение суток обратились 90% больных, остальные 10% явились через двое суток.

По локализации острых язвенных поражений у 20% пациентов они были локализованы в двенадцатиперстной кишке, у 80% - в желудке.

Было отмечено, что 40% пациентов поступили с кровотечением в хирургические отделения с амбулаторного приема, остальные 60 % лечились в различных отделениях стационара.

По причинам формирования осложнений острых язв наши респонденты распределились следующим образом.

3 группы пациентов:

1 группа – связанные с приемом лекарственных препаратов обладающих ульцерогенным действием (стероиды, антикоагулянты, дезагреганты и др.);

2 группа – развивающиеся в состоянии стресса, в послеоперационном периоде, в условиях органной дисфункции, у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии;

3 группа – появляющиеся при некоторых острых и хронических заболеваниях, соматической патологии, у больных пожилого и старческого возраста преимущественно сосудистыми заболеваниями, ишемическая болезнь сердца, системным атеросклерозом, сахарным диабетом. У большинства пациентов с кровотечением из острых язв нередко имеются все три фактора, неблагоприятных по формированию осложнений.

По интенсивности кровотечения у 40% пациентов было диагностировано сильное кровотечение, у 60% - слабое.

Также в архиве больницы нами были изучены 30 историй болезни людей с язвенной болезнью желудка за прошлый год. Мы провели диагностику:

-среди исследованных нами больных было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%);

-отмечено, что язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки болеют люди от 29 до 49 лет;

-при поступлении больные предъявляли жалобы на боль, рвоту, снижение аппетита, изменение стула;

-отмечено, что боль является приоритетной проблемой людей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

По данным диагностики, мы сделали вывод, что действительно:

-женщины и мужчины болеют одинаково;

-преимущественно страдают люди от 29-49 лет;

-все пациенты предъявляют жалобу на боль.

Больным, которые находились на лечении в больнице, при прохождении практики, мы раздали анкеты на тему «Качество проводимой помощи», где они анонимно ответили на вопросы. По ответам можно сделать выводы что: мужчины и женщины болеют одинаково в возрасте от 29 до 49 лет. Около 50% больных ожидали бригаду скорой медицинской помощи до 15 мин, 30% до одного часа, 10% более одного часа. Все 100% госпитализированных были довольны качеством обслуживания фельдшером.

Осложнения язвенной болезни являются опасными для жизни и требуют немедленного хирургического вмешательства.

Язвенная болезнь (или просто язва) желудка и двенадцатиперстной кишки это одна из самых распространенных причин внутреннего кровотечения в органах пищеварительной системы. Нужно сказать, что кровоснабжение желудка отличается интенсивностью, а сосудистая сеть этого органа очень богата, плюс ко всему важным фактором является наследственная предрасположенность, нарушение режима и характер питания, нервно-психические факторы, вредные привычки (курение, алкоголь, чрезмерное употребление кофе), поэтому при отсутствии лечения, язвенная болезнь очень часто осложняется внутренним кровотечением.

Наша задача, как фельдшеров скорой помощи, оказать гражданам при любых обстоятельствах незамедлительные медицинские вмешательства, провести необходимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия на месте вызова, осуществить своевременную транспортировку больных. При соблюдении всех правил с нашей помощью снижается риск осложнений, больные быстрее восстанавливаются, чувствуют себя лучше и продолжают жить полноценной жизнью.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью (статья) // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1 (часть 7). - С. 1235-1238.
2. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью (статья) // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1 (часть 7). - С. 1235-1238.
3. Борисов Ю.Ю., Кгузенко И.В. Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разные фазы заболевания // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. - № 2. - С. 42.
4. Барановский, А.Ю., Назаренко, Л.И. Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни: Учебно-методическое пособие. СПб: «Диалект», 2006. 144 с.
5. Белоусов, А.С., Вололагин, В.Д., Жаков, В.П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. — М.: «Медицина», 2002. — 424 с.
6. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология/Под редакцией В. Т. Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. —208 с.

СПОСОБЫ ЗНАКОМСТВА И САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ

Бекетова Е.А., Колесникова В.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования».
Краснодар, Россия.

В юношеском возрасте общение имеет большое значение. Каждый человек хочет встретить друга или подругу, которые будут давать ему эмоциональную поддержку, разделять его взгляды, увлечения. Общение служит для установления связей в процессе взаимодействия людей и подвластно общепринятой системе отношений.

Б.Г. Ананьев подчеркивал, что оно всегда соответствует определённым, исторически сложившимся и социально необходимым формам коммуникаций [1]. Общение - это средство, через которое человек строит свои отношения с другими людьми. В. А. Сухомлинский говорил: «…Смысл нашей жизни – счастье

человеческого общения. Не в том счастье, чтоб замкнуться от людей, а в том, чтобы высшей нашей потребностью… была потребность в человеке» [2].

Если исследовать исторически сложившиеся формы взаимодействия людей и способы общения, мы заметим серьезную трансформацию. Раньше люди знакомились исключительно во время личной встречи, например, в гостях, у друзей, в общественном транспорте, на улице. Сегодня этот способ знакомства крайне редко используется современной молодежью.

Глобализация меняет способы установления контакта между людьми. Интернет пространство все более увлекает молодежь, растет популярность Интернет-знакомств, главная характеристика которых - легкость, доступность, безопасность.

Виртуальный способ отличается тем, что собеседники не видят друг друга, но могут общаться с помощью специальных сайтов в Интернете, электронной почты и других приложений. Реальные знакомства являются начальной формой знакомств и отличаются наличием реального визуального, слухового и тактильного контактов [3].

Социальные сети, приобретающие все большую популярность, позволяют легко поддерживать отношения с собеседником в любой точке мира, расширяют возможности знакомства, поиска друзей, старых знакомых, а иногда и поиска работы или жилья.

Мы предположили, что люди с нормальной, адекватной самооценкой чаще знакомятся в реальной жизни, чем в Интернете, в отличии от людей с заниженной и завышенной самооценками. Мы проверили эту гипотезу.

Экспериментальная работа проходила на базе Краснодарского Муниципального Медицинского Института Высшего Сестринского Образования. В экспериментальной работе принимали участие 30 студентов второго курса специальности «Сестринское дело» и 45 студентов второго и третьего курсов специальности «Клиническая психология». Всего в исследовании было задействовано 75 респондентов.

Цель исследования: Выявить различия уровня самооценки у людей, знакомящихся и взаимодействующих преимущественно в виртуальном пространстве и в условиях реальной жизни.

Задачи исследования:

- подобрать и провести диагностические методики, способствующие выявлению самооценки личности;
- изучить и проанализировать результаты диагностики уровня самооценки, психического состояния исследуемых;
- обработать, интерпретировать полученные в ходе исследования результаты выбора виртуального и реального способов знакомств.

Исследование проводилось в специально оборудованном кабинете, способствующем созданию соответствующего эмоционального настроения, доверительных отношений между экспериментатором и исследуемыми. Эксперимент включал проведение предварительного и итогового тестирования [6].

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методики:

1. Исследование самооценки по методу С. Я. Рубинштейн и Т.В. Дембо в модификации А.М. Прихожан [5].
2. Экспресс-диагностика уровня самооценки авторов Н.П. Фетискина, В.В. Козлова и Г.М. Мануйлова.
3. Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка

На первом этапе исследования мы использовали методику Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, которая направлена на выявление уровня самооценки. Респондентам было предложено семь линий, каждая из которых символизировала уровень развития отдельного качества. Они обозначали: здоровье, ум, способности, характер, авторитет у сверстников, умение много делать своими руками, внешность, уверенность в себе. Нижняя точка каждой линии символизировала самое низкое развитие данного качества, а верхняя-наивысшее. На каждой линии необходимо было отметить то, как респондент оценивает у себя развитие этого качества, со стороны своей личности в данный момент времени. После этого следовало отметить, при каком уровне развития этих качеств, респондент был бы удовлетворен собой или почувствовал гордость за себя.

В качестве зависимой переменной выступала уверенность в себе. Независимой переменной выступало: пространство.

Контролируемыми переменными выступали: уровень уверенность в себе, состав группы, количество людей в экспериментальной и контрольной группах, цели, преследуемые респондентами в момент знакомства в интернет пространстве и в реальной жизни, условия проведения эксперимента, атмосфера в помещении, где будет проводиться исследование.

Побочные переменные: социальный статус и характер респондентов, материальное положение, настроение респондентов.

В методике Дембо-Рубинштейн для измерения самооценки были представлены измерительные шкалы на основе которых формировались результаты исследования самооценки респондентов: шкала «здоровья», «ум, способности», «характер», «авторитет среди одногруппников», «умение многое делать своими руками», «внешность», «уверенность в себе». Использовались методы статистической обработки данных и процедуры сравнения на основе анализа полученных результатов.

Для подтверждения достоверности полученных результатов с помощью методики Дембо-Рубинштейн нами использовалась методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка.

С помощью данной методики возможно диагностировать уровень тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности респондентов.

Также, в качестве дополнительной, нами была использована экспресс-диагностика уровня самооценки авторов Н.П. Фетискина, В.В. Козлова и Г.М. Мануйлова [6].

На втором этапе исследования использовалась анкета, позволяющая определить наиболее предпочитаемые респондентами способы знакомств.

Для проверки гипотезы исследования была проведена процедура статистического анализа данных.

На основании проведенного нами исследования среди респондентов было выделено семь малых групп, которые в дальнейшем можно определить в три большие группы. Для определения уровня самооценки мы использовали 5 основных терминов: чрезмерно высокая (нереалистичная), высокая, нормальная (реалистичная, средняя, адекватная), низкая, заниженная (критичная). Также нами учитывались показатели относительной устойчивости и не устойчивости самооценки.

Наряду с этим мы использовали данные, полученные с помощью методики диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка. У респондентов выявлялись такие состояния как тревожность, фрустрация, агрессивность и ригидность. Каждое из данных состояний делилось еще на три составляющие, по силе своей проявленности.

Распределение ответов респондентов по уровням самооценки и способам знакомств, представлены в таблице 1,2.

Таблица 1. Уровни самооценки и способы знакомств

№	Самооценка	Способы знакомства			Количество человек
		Реальные	Интернет-знакомства	50/50	
1	Устойчивая, высокая, реалистичная самооценка	–	–	+	10
2	Неустойчивая, заниженная, критичная самооценка	–	+	–	12
3	Устойчивая, высокая, реалистичная самооценка	+	–	–	11
4	Неустойчивая, завышенная, реалистичная самооценка	–	–	+	10
5	Устойчивая, заниженная, реалистичная самооценка	–	+	–	10
6	Неустойчивая, заниженная, критичная самооценка	–	+	–	12
7	Устойчивая, заниженная, реалистичная самооценка	–	–	+	10

Данная таблица позволяет понять причины того или иного уровня самооценки и соотнести их с преобладающими психическими состояниями и предпочитаемыми способами знакомств. Результаты, некоторые группы можно объединить.

Таблица 2 Соотношение уровней самооценки

Интернет знакомства	50/50	Знакомства в реальной жизни
2, 5 и 6 группы	1, 4 и 7 группы	3 группа
Преобладает неустойчивая, заниженная, критичная и устойчивая низкая, реалистичная самооценки	Преобладает устойчивая высокая, реалистичная и неустойчивая завышенная, нереалистичная самооценки	Преобладает устойчивая, высокая и реалистичная, нормальная самооценка
34 человека	30 человек	11 человек

Данная таблица позволяет более обобщенно взглянуть на полученные нами результаты. Мы видим, что у подавляющего большинства респондентов, предпочитающих знакомства в Интернет сети, проявляются черты заниженной и завышенной самооценки. Респонденты же с высокой, реалистичной самооценкой предпочитают заводить новые знакомства в реальной жизни.

Таблица 3 Способы знакомств и преобладающие психические состояния

Преобладающие психические состояния	Способы знакомства			Степень выраженности преобладающего психического состояния
	Реальные	Интернет-знакомства	50/50	
Агрессивность	–	–	+	Высокая и средняя
Фрустрация, тревожность, ригидность				Низкая
Тревожность, фрустрация, ригидность	–	+	–	Высокая
Агрессивность				Низкая
Тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность	+	–	–	Средняя
Агрессивность, ригидность	–	–	+	Высокая
Тревожность				Средняя
Фрустрация				Низкая
Агрессивность, ригидность	–	+	–	Высокая
Тревожность				Средняя
Фрустрация				Низкая
Ригидность	–	+	–	Высокая
Тревожность				Средняя
Агрессивность, фрустрация				Низкая
Тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность	–	–	+	Средняя

Сравнение данных о преобладающих эмоциональных состояниях у лиц, избирающих различные способы знакомств, позволяет понять примерные причины того или иного выбора.

Выдвинутая нами гипотеза подтвердилась. Самооценка влияет на выбор способа знакомств. Люди с нормальной, адекватной самооценкой чаще знакомятся в реальной жизни, чем в Интернете, в отличии от людей с заниженной и завышенной самооценками [6].

В рамках данной проблемы в будущем возможно направить внимание на изучение причин «застревания» людей с заниженной и завышенной самооценками в сети Интернета.

Литература:

1. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. СПб.: Наука, 2001
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976
3. Пиантонида Р. Классификация Интернет-менов, 2011г

4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В 2 т. М.,1989.
5. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп -М. 2002г.
6. Бекетова Е.А., Колесникова В.О. Особенности самооценки у людей, осуществляющих знакомство в интернет-пространстве и реальной жизни // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.; URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15886

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА И РОЛЕВЫХ ОЖИДАНИЙ МОЛОДОЖЕНОВ

Бекетова Е.А., Чинченко В.Н.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар. Россия.

Актуальность проблемы конфликтов в межличностных отношениях остается острой и значимой для людей всех возрастов и профессий. Эти конфликты сопровождают нас на протяжении всей жизни. Вся практическая психология с ее разнообразными формами работы связана с проблемами психологических трудностей человека, в том числе переживаемых в виде конфликтов.

Внутриличностный конфликт – это состояние структуры личности, когда в ней одновременно существуют противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели с которыми она в данный момент не в состоянии справиться [1]. Психологи утверждают, что внутриличностный конфликт является кульминационной стадией назревшего противоречия.

З. Фрейд первым определил исходное положение внутриличностного конфликта, которое заключалось в том, что это конфликт между нашими инстинктивными влечениями с их слепым стремлением к удовлетворению и налагающим запреты окружением – семьей и обществом [5].

Фанталова Е.Б. считала, что внутриличностный конфликт – это значительное расхождение между «ценностью» и «доступностью» в одной или нескольких жизненных сферах [4].

Внутриличностный конфликт можно определить как острое негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее противоречивые связи с социальной средой и задерживающие принятие решения.

Классификация внутриличностных специфичность структурных компонентов, латентность, специфичность форм протекания конфликтов содержится в работе А.Я. Анцупова и А.И. Шипилова, которые предложили взять за основу классификации ценностно-мотивационную сферу личности [2].

Если конфликт долгое время не разрешается, он может привести к стрессу, фрустрации и достаточно опасной его форме – невротическому конфликту – характеризуемому высшим напряжением и противоборством внутренних сил личности. Нередко внутриличностные конфликты становятся барьером при создании семьи, а также губительно влияют на уже сложившиеся отношения в браке [3].

Семейные конфликты обычно связанны со стремлением людей удовлетворить те ли иные потребности или создать условия для их удовлетворения без учёта интересов партнёра. Немало семейных конфликтов происходит на почве различных представлений супругов о семейных ролях и ценностей семьи [1].

Нами исследованы особенности ценностной сферы респондентов (в том числе, ценностей, их доступности и внутриличностного конфликта); изучены особенности ролевых ожиданий респондентов и представлений о распределении ролей при их реализации. Исследование осуществлялось на базе Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования.

В исследовании принимали участие 12 респондентов без брачного партнера и 12 респондентов, планирующих вступление в брак. Средний возраст респондентов 20–26 лет. Совокупная выборка составила 24 человека

Методики исследования: Методика «уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах, Методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» А.Н. Волковой.

На рисунке 1 представлены полученные средние значения ценностей респондентов, планирующих вступление в брак.

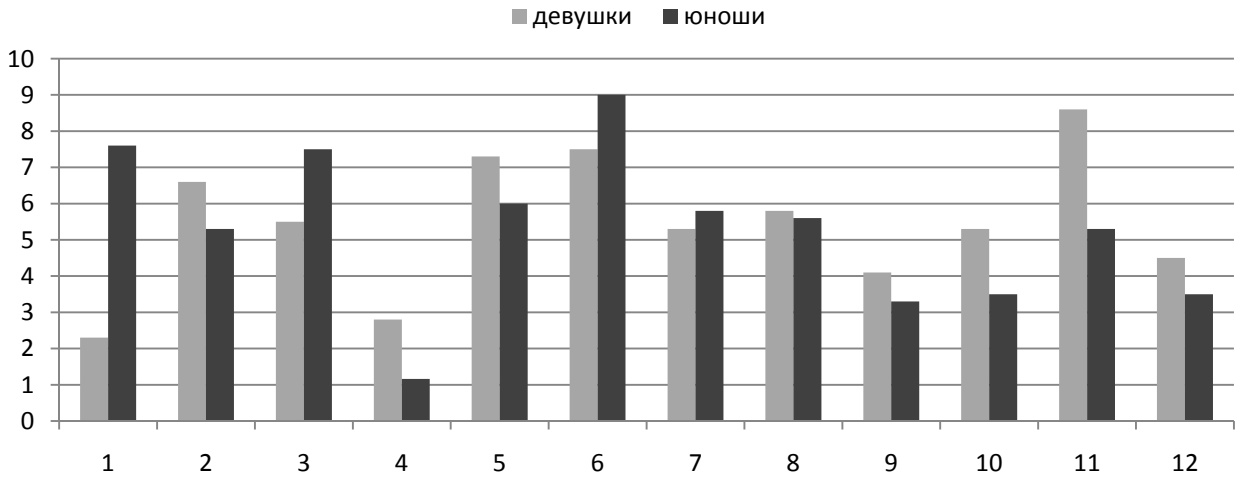


Рисунок 1 – Особенности ценностей респондентов, планирующих вступление в брак

Примечание– 1 – активная, деятельная жизнь, 2 – здоровье, 3 – интересная работа, 4 – красота природы и искусства, 5 – любовь, 6 – материально-обеспеченная жизнь, 7 – наличие друзей, 8 – уверенность в себе, 9 – познание, 10 – свобода, 11 – счастливая семейная жизнь, 12 –творчество.

На рисунке 2 представлены полученные средние значения ценностей свободных респондентов.

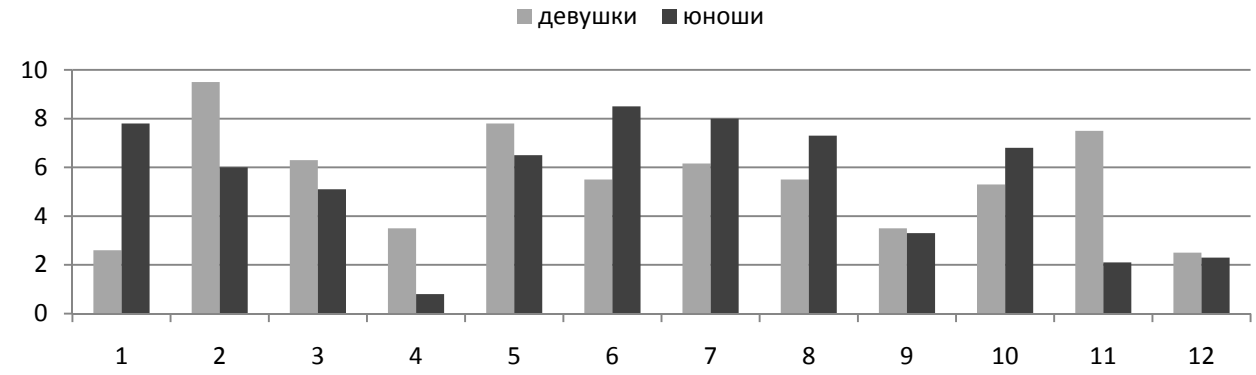


Рисунок 2 – Особенности ценностей респондентов без брачного партнера

Примечание– 1 – активная, деятельная жизнь, 2 – здоровье, 3 – интересная работа, 4 – красота природы и искусства, 5 – любовь, 6 – материально-обеспеченная жизнь, 7 – наличие друзей, 8 – уверенность в себе, 9 – познание, 10 – свобода, 11 – счастливая семейная жизнь, 12 –творчество.

Из рисунка 3 видно, что наиболее выраженными параметрами внутриличностого конфликта среди девушек, планирующих вступление в брак, являются материально-обеспеченная жизнь и творчество, в то время как параметрами внутриличностного конфликта среди юношей той же группы являются активная, деятельная жизнь, интересная работа и наличие друзей.

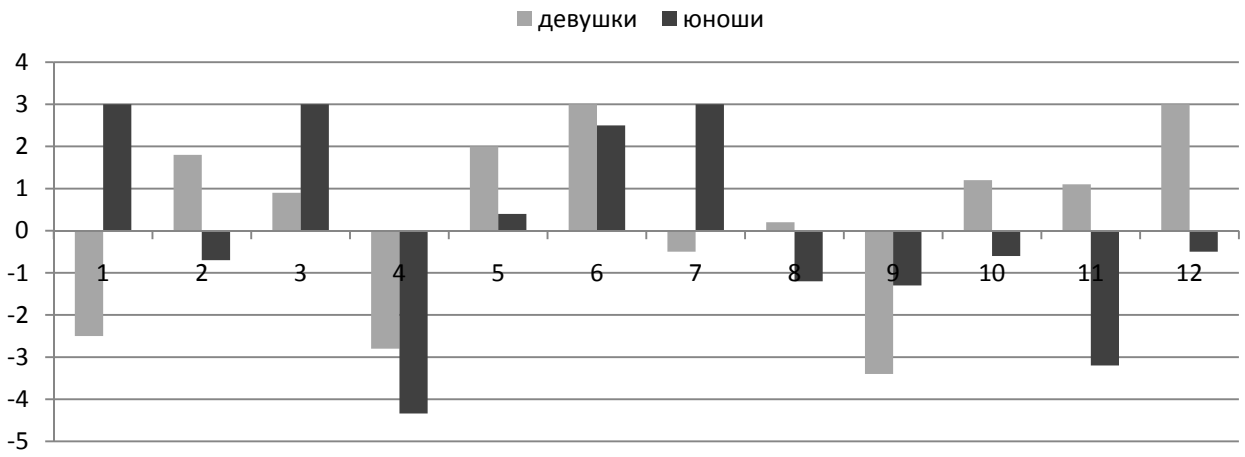


Рисунок 3 – Особенности внутриличностного конфликта у респондентов, планирующих вступление в брак

Примечание – 1 – активная, деятельная жизнь, 2 – здоровье, 3 – интересная работа, 4 – красота природы и искусства, 5 – любовь, 6 – материально- обеспеченная жизнь, 7 – наличие друзей, 8 – уверенность в себе, 9 – познание, 10 – свобода, 11 – счастливая семейная жизнь, 12 – творчество.

На рисунке 4 видно, что наиболее выраженными параметрами внутриличностого конфликта среди девушек без брачного партнера являются интересная работа, любовь, счастливая семейная жизнь и материально-обеспеченная жизнь. В то время как параметрами внутриличностного конфликта среди юношей, находящихся в поиске брачного партнера, являются здоровье, любовь, материально – обеспеченная жизнь, наличие друзей и уверенность в себе

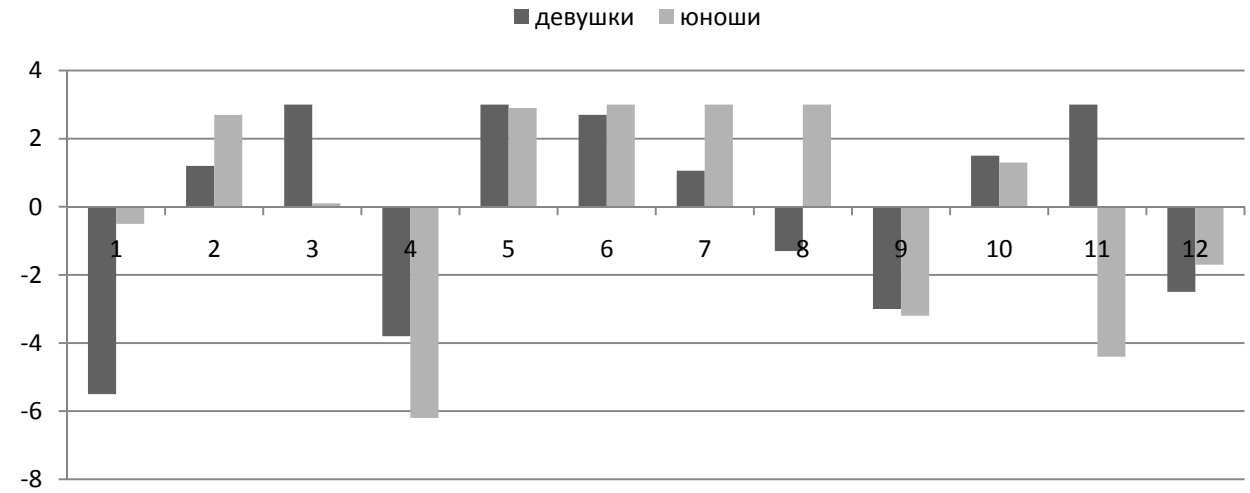


Рисунок 4– Особенности внутриличностного конфликта у респондентов без брачного партнера

Примечание – 1 – активная, деятельная жизнь, 2 – здоровье, 3 – интересная работа, 4 – красота природы и искусства, 5 – любовь, 6 – материально - обеспеченная жизнь, 7 – наличие друзей, 8 – уверенность в себе, 9 – познание, 10 – свобода, 11 – счастливая семейная жизнь, 12 – творчество.

Мы провели анализ значимости для респондентов без брачного партнера и пар, планирующих вступление в брак, с различных аспектов жизни.

Таблица 1 – Результаты исследования притязаний и ожиданий респондентов без брачного партнера

Название шкалы	Названия субшкал (ср)					
	Пд	Ою	Пд - Ою	Пю	Од	Пю - Од
Хозяйственно-бытовая	9,2	12	2,8	11,2	15,2	4
Родительско-воспитательные функции семьи	8,6	8,6	0	10,6	10	0,6
Социальная активность	8	10	2	8	13,2	5,2
Эмоционально-психотерапевтическая	8	8	0	14	10	4
Внешняя привлекательность	10	7,2	2,8	10	10,6	0,6
Сумма РА			7,6			14,4

Примечание–Ср. – среднее значение, Пд – притязание девушек, Ою – ожидание юношей, Пю – притязание юношей, Од – ожидание девушек.

Таким образом, анализ представления респондентов без брачного партнера, показал различия шкалы семейных ценностей о значимости различных сторон семейной жизни.

Таблица 2 – Результаты исследования притязаний и ожиданий респондентов, планирующих вступление в брак

Название шкалы	Названия субшкал (ср)					
	Пд	Ою	Пд - Ою	Пю	Од	Пю - Од
Хозяйственно-бытовая	14	15,2	1,2	10	14,6	4,6
Родительско-воспитательные функции семьи	16,6	14,6	2	14	13,2	0,8
Социальная активность	12	12	0	16,6	14	2,6
Эмоционально-психотерапевтическая	13,2	12,6	0,6	14	16	2
Внешняя привлекательность	12,6	12,6	0	15,2	16	0,8
Сумма РА	-	-	1,9	-	-	10,8

Примечание–Ср. – среднее значение, Пд – притязание девушек, Ою – ожидание юношей, Пю – притязание юношей, Од – ожидание девушек.

Из приведенных в таблице 2 данных видно, что исследованных нами респондентов можно назвать благополучными, так как по многим параметрам были получены сходные значения.

Таким образом, анализ иерархии семейных ценностей и представления о распределении ролей показал сходную иерархию семейных ценностей, что может свидетельствовать о благополучии исследованных респондентов [6].

В ходе исследования была выявлена незначительная корреляция в таких представлениях как родительско-воспитательная функция семьи, внесемейная активность, эмоционально – психотерапевтическая функция, подтверждением чему выступает также отсутствие согласованности между ролевыми ожиданиями и притязаниями респондентов.

Литература:

1. Антонов, А. И. Социология семьи. /А. И. Антонов, В. М. Медков. - М., 1996.
2. Ковалев, С. В. Психология семейных отношений/ С. В. Ковалев - М., 1987.
3. Райгородский, Д. Я. Психология семьи/ Д. Я. Райгородский - Самара, 2002.
4. Фанталова, Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. 1992. № 1.
5. Фрейд З. О психоанализе. Я и Оно // Соч. - М.; Х., 1998.
6. Бекетова Е.А., Чинченко В.Н. Взаимосвязь внутриличностного конфликта и ролевых ожиданий молодоженов // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.; URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/ view? id=15887

ВОДОЛЕЧЕНИЕ КАК ФАКТОР ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Беликова О.Ю., Щербинина И.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность темы. Без воды жизнь невозможна. Именно в водной среде протекают биохимические реакции, что обусловлено ее

уникальными физико-химическими свойствами. Лечение водой считается одним из наиболее естественных способов исцеления [1, 2, 4]. Он позволяет максимально поддерживать целебные силы организма, помогать им в борьбе за здоровье. Этот метод можно применять даже при самых тяжелых заболеваниях.

Цель работы: анализ различных факторов гидротерапии и изучение их терапевтического эффекта на организм человека [6].

Теоретическая значимость исследования: результаты данного исследования расширяют представление о факторах водолечения и их влияния на организм человека.

Практическая значимость исследования: результаты данного исследования могут быть полезны при дальнейшем исследовании факторов водолечения, а также на этапе разработки практических рекомендаций для респондентов.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись студенты МАОУ ВПО «КММИВСО», а также дети, проходящие лечение в МУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации». Применяли анкетный метод исследования, анализ данных медицинской документации кабинета медицинской статистики. Оценивали степень влияния различных факторов гидротерапии на организм человека [5].

Результаты и их обсуждение. Было проведено изучение систематичности применения гидротерапевтических процедур [3]. С этой целью было проведено анкетирование 70 студентов, от 16 лет до 31 года, составивших I группу. Из них: 51 девушка и 19 юношей. На вопрос: «Как часто вы принимаете душ?» 21 респондент ответил – 1 раз в день, 48 человек – 2 раза в день, 1 человек – никогда (принимает только ванну).

Среди респондентов, применяющих различные методы гидротерапии (по данным анкеты), преобладают женщины. Как известно, женщины в силу своих природных особенностей имеют менее развитую мускулатуру, подкожный жировой слой, менее выносливы. При этом женщины более восприимчивы к стрессовым ситуациям, чем мужчины, а, значит, имеют дополнительные факторы риска снижения иммунитета.

Из анализа анкет респондентов было установлено, что 44 человека по утрам умываются холодной водой, а 26 человек – горячей. На вопрос: «Как часто вы болеете простудными заболеваниями?» 41 респондент ответили, что болеют 1– 2 раза в год, 23 человека – 3– 4 раза в год и 6 человек – 4–5 раз в год.

На вопрос: «Когда вы болеете простудными заболеваниями, вызываете врача или занимаетесь самолечением?» 33 человека ответили, что, как правило, вызывают врача, 37 человек – лечатся самостоятельно.

На вопрос: «Какие методы воздействия на организм водой вы знаете и применяете» – 32 человека ответили, что в качестве водолечения предпочитают пить минеральную воду, 11 человек – купаются в море, реке, 10 человек – применяют обливание холодной водой в качестве мер закаливания организма, 10 человек – принимают ванну или душ, как один из методов водолечения, 7 человек посещают баню.

На вопрос: «Курите ли вы?» – 8 человек ответили, что курят, 62 человека ответили отрицательно. Из анализа анкет стало ясно, что все курящие – девушки. На вопрос: «Занимаетесь ли вы спортом?» – 58 человек, ответили положительно, 12 – отрицательно (не занимаются или занятия спортом ограничиваются только занятиями физической культурой в институте). Большинство респондентов (62 человека) – не курящие люди. Как известно, курение приводит к развитию хронических заболеваний бронхо-легочной системы, и, соответственно, к снижению иммунитета.

2 группа респондентов – дети, находящиеся на лечении в МУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации» за период с 2012 по 2014 гг. Данное лечебно–профилактическое учреждение обслуживает около 700 пациентов детского возраста ежемесячно. Из данных медицинской документации кабинета медицинской статистики стало известно, что самые востребованные процедуры – это электрофорез, парафино-озокери-тоаппликации, магнитотерапия, ультразвук, грязевые аппликации. Из водных процедур популярностью пользуются циркулярный душ, подводный душ-массаж; реже – йодо-бромные ванны и хвойные ванны. Практически всем пациентам (около 700 человек в месяц) назначают кислородный коктейль (на платной основе).

Сравнили показатели пролеченных пациентов с 2012 года по 2014 гг. Количество пролеченных в 2012 году составляет 7637 человек.

Нозология:

- болезни нервной системы – 1589 человек (20,8 %);
- болезни органов дыхания – 274 человека (3,6 %);

- болезни опорно-двигательного аппарата – 2576 (33,7 %);
- болезни органов пищеварения – 57 (0,7 %);
- болезни органов чувств – 2119 (27,7 %);
- болезни мочеполовой системы – 18 (0,2 %);
- гинекологические заболевания – 869 (11,4 %).

Количество пролеченных в 2013 году – 7537 человек.

Нозология:
- болезни нервной системы – 1674 человек (22,2 %);
- болезни органов дыхания – 293 человека (3,9 %);
- болезни опорно-двигательного аппарата – 2346 (31,1 %);
- болезни органов пищеварения – 22 (0,3 %);
- болезни органов чувств – 2102 (27,9 %);
- болезни мочеполовой системы – 8 (0,1 %);
- болезни эндокринной системы – 1 (0,01 %);
- гинекологические заболевания – 1026 (13,6 %).

Количество пролеченных в 2014 году – 7566 человек.

Нозология:
- болезни нервной системы – 1358 человек (17,9 %);
- болезни органов дыхания – 461 человек (6,1 %);
- болезни опорно-двигательного аппарата – 2760 (36,5 %);
- болезни органов пищеварения – 33 (0,4 %);
- болезни органов чувств – 2072 (27,4 %);
- болезни мочеполовой системы – 10 (0,1 %);
- болезни эндокринной системы – 9 (0,1 %);
- гинекологические заболевания – 747 (9,9 %).

Выводы: благодаря разработанной анкете нам удалось сопоставить результаты теоретического и эмпирического исследований, что в конечном итоге легло в основу практических рекомендаций:

Среди респондентов 1 группы преобладают женщины. Важно уделять больше внимания методам закаливания, укрепления здоровья и профилактики заболеваний, в том числе применяя различные методы гидротерапии.

По утрам большинство респондентов 1 группы умываются холодной водой, а также применяют обливание в качестве мер закаливания организма. Как известно, холодная вода способствует не только быстрому пробуждению, но и является одним из факторов, способствующих активизации защитных сил организма.

Среди опрошенных сравнительно мало респондентов (6 человек), относящихся к категории часто болеющих, т.е. более 4-5 раз в год. Это может свидетельствовать о том, что лица, занимающиеся водолечением, имеют более стабильный иммунитет.

Количество пролеченных в МУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации» за период с 2012 по 2014 г.г. составляет 22740 детей. Всем респондентам применялись различные методы водолечения. Это означает, что родители этих детей, верно, оценивают целесообразность использования факторов гидротерапии с целью профилактики и на этапе лечения заболеваний.

Из водных процедур, которые проводились респондентам 2 группы, наиболее популярны: циркулярный душ, подводный душ-массаж, а также йодо-бромные и хвойные ванны. Сочетание воды с другими природными, физическими факторами приводит к усилению воздействия факторов водолечения на организм пациента.

Сравнивая показатели пролеченных пациентов и нозологию с 2012 по 2014 г.г., отмечено, что 1 место занимают заболевания опорно-двигательного аппарата (7682 ребенка); 2 место – болезни органов чувств (6293 ребенка); 3 место – заболевания нервной системы (4621 ребенок). Необходимо уделять внимание санитарному просвещению в целях создания и укрепления мотивации к здоровому образу жизни и предупреждению риска развития заболеваний.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
3. Марченко О.К. Основы физической реабилитации. Издательство: Олимпийская литература, 2012.
4. Имас Е.В., Дутчак М.В., Трачук С.В. Стратегии и рекомендации по здоровому образу жизни и двигательной активности: Сборник материалов ВОЗ, 2012.
5. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология: Учебное пособие для студентов. – М.: Высшая школа, 2012.
6. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации для медицинских колледжей – 7-е изд., перераб. и доп. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2012.

ГИПОДИНАМИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Беликова О.Ю., Ломоносова Г.Г., Калько А.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Снижение физических нагрузок в условиях современной жизни, с одной стороны, и недостаточное развитие массовых форм физической культуры среди населения, с другой стороны, приводят к ухудшению различных функций и появлению негативных состояний организма человека [1,2,3].

Здоровье человека в огромной степени определяет его отношение к миру, работе, самому себе, позволяет (или не позволяет) реализовать свои мечты и планы, иметь здоровых детей [6]. Поэтому в современном мире такое огромное внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни.

Недаром Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) бьёт тревогу: по её статистике ежегодно около 2 миллионов человек становятся жертвой гиподинамии, а 1,9 миллионов умирают от болезней, обусловленных её наличием [5]. И подавляющее большинство этих людей приходится на экономически развитые страны, с высоким уровнем жизни и отличной медициной. Почему? Давайте попробуем разобраться.

Цель исследования: провести анализ причин, способствующих развитию гиподинамии, выявить группы риска, разработать мероприятия по профилактике развития гиподинамии [4].

Задачи исследования: 1. Изучить теоретические аспекты развития гиподинамии. 2. Проанализировать симптомы гиподинамии и ее последствия. 3. Разработать анкету для проведения исследования. 4. Исследовать факторы риска развития гиподинамии среди студентов по результатам анкетирования.

Методы исследования: теоретические методы: анализ научной литературы по теме исследования; эмпирические: анкетный метод.

Объект исследования: студенты 2 курса МАОУ ВО «КММИВСО».

Предмет исследования: уровень знаний студентов по вопросам профилактики развития гиподинамии.

Гипотеза исследования: чем выше уровень знаний по вопросам развития гиподинамии, тем легче ее профилактика и слабее негативное влияние факторов риска на организм.

База исследования: МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования».

Характеристика респондентов: для реализации поставленных целей, было проведено изучение уровня знаний студентов по вопросам, касающимся развития гиподинамии: факторов риска, причин, способствующих ее развитию, а также способов профилактики данного состояния [9]. В исследовании принимала участие группа респондентов: студенты Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования (МАОУ ВО «КММИВСО») 2 курса отделения «Лечебное дело», 1 и 2 группы, в количестве 43 человек, средний возраст которых – от 18 до 45 лет. Из них: 37 девушек и 6 юношей. С целью выявления интересующих нас показателей были разработаны анкеты.

Выводы:

Только 9 человек из 43 имеют верное представление о том, что такое гиподинамия. 34 человека – вообще не понимают смысла этого термина. Это говорит о недостаточной информированности студентов, а значит, как следствие о дефиците знаний и риске заболеваний, связанных с недостаточной подвижностью.

Учебное занятие длится 40 минут. Ежедневно респонденты уделяют 5–7 часов времени учебным занятиям. Таким образом, в течение нескольких часов студенты находятся в состоянии почти полной неподвижности. А, учитывая, что сидят они, как, правило, не соблюдая правильную биомеханику тела, а мебель не всегда эргономична, можно прогнозировать в будущем развитие у студентов заболеваний опорно-двигательного аппарата, в частности, остеохондроза.

В перерывах между учебными занятиями респонденты не делают (сами или вместе с преподавателем) физкультурную разминку. Это объясняется, с одной стороны, небольшими по длительности перерывами, с другой стороны – недопониманием важности и необходимости такой разминки для организма.

В итоге в конце учебного дня большая часть респондентов чувствует симптомы переутомления, таких как: слабость, головная боль, головокружение, сильное чувство голода и другие симптомы, что, несомненно, не приносит больше здоровья их организму [7].

В свободное от учебы время чуть более 50 % респондентов (23 студента) занимаются каким-либо видом спорта. Другая половина респондентов считает, что не имеет достаточно времени на занятия спортом, усугубляя, тем

самым, действие факторов риска развития гиподинамии.

Занятия физической культурой проходят у 100 % респондентов 1-2 раза в неделю согласно расписанию. Но, только 11 человек из всей исследуемой группы не пропускают занятия физической культурой, а большинство – 24 человека – редко посещают данные занятия, потом отрабатывают. Если бы все студенты систематически посещали занятия физической культурой в институте, факторы риска развития гиподинамии имели бы не такое существенное влияние на их организм [10].

Радует тот факт, что большинство респондентов все же стараются придерживаться здорового образа жизни, что проявляется в отказе от курения – 38 чел. из 43 – никогда не курили и не курят.

Как известно, одними из следствий малоподвижного образа жизни являются возникновение и развитие различных проявлений нарушения пищеварения [4]. Большинство респондентов (14 чел.) – отрицают возникновение у них каких-либо проблем с пищеварением. Однако, при этом, 12 чел. не понимают необходимости ежедневного опорожнения кишечника. Это может говорить, с одной стороны, что малоподвижный образ жизни еще не оказал чрезмерного негативного воздействия на организм студентов, но, с другой стороны, это может свидетельствовать о дефиците знаний по указанной проблеме и, как следствие, возрастании риска.

Литература:

1. Бешаева А.А.Физическая культура: учебник для учреждений нач. и сред. проф. образования \ А.А. Бешаева.- 6-е изд.,стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2013.
2. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
3. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
4. Еремушкин М.А. Основы реабилитации. Учебное пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования, М. Изд. Academia, 2013.
5. Козлов С.А., Козлова Л.В., Семененко Л.А. Основы реабилитации для медицинских колледжей.
6. Соколова Н.Г. / Физиотерапия: учебник. – изд. 8-е.-Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 350с.
7. Информационно-правовое обеспечение деятельности среднего медицинского работника в области медицинской реабилитации/ Сборник нормативных документов, ОГБОУ СПО «РМСК», Рязань, 2013, 64с.
8. Медицинская реабилитация/ Под. ред. В.М. Боголюбова. - изд. 3-е, - М. Издательство БИНОМ, 2010.- 416с. (Руководство в 3-х томах)
9. Ушаков, А.А. Практическая физиотерапия. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2009.
10. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. – М.: изд-во «Бином», 2011. – 300 с.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ КАК СПОСОБ ПОДДЕРЖАНИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА ЛПУ

Беликова О.Ю., Щербинина И.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Профилактика ВБИ остается одной из актуальных проблем современного здравоохранения [1, 2, 5]. Существует несколько методов дезинфекции, но самым распространенным является химический метод [7]. Поэтому анализ использования дезинфицирующих и антисептических средств необходим с целью выявления наиболее эффективных, часто применяемых средств, обладающих нужными характеристиками.

Цель исследования: провести анализ применения современных дезинфицирующих и антисептических средств, выделить наиболее часто используемые средства [3]; определить зависимость частоты применения средств от степени их эффективности, оценить побочные эффекты от применения дезинфицирующих средств на здоровье медперсонала [4].

Задачи исследования:

1. Провести обзор литературы по данной проблеме.
2. Разработать анкету для проведения исследования.
3. Сопоставить результаты теоретического и эмпирического исследований.

Методы исследования: анкетный метод.

Объект исследования: медицинские сестры процедурных кабинетов лечебных отделений НУЗ ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД».

Предмет исследования: уровень эффективности и частота использования дезинфици-

рующих и антисептических средств на основе четвертично-аммониевых соединений.

Гипотеза исследования: чем чаще применяется дезинфектант или антисептик, тем выше процент его эффективности.

Результаты и их обсуждение. Для реализации поставленных целей, нами было проведено изучение уровня известности и широты применения 12 дезинфицирующих средств и 5 антисептиков [6]. С этой целью было проведено анкетирование 18 медицинских сестер 11 лечебных отделений. Возраст опрошенных в годах: максимальный - 61 год, средний - 45 лет, минимальный – 28 лет. В процессе обработки ответов респондентов установлено, что медсестрам известны 29,2 % наименований из списка предложенных им средств. Анализируя перечень средств, мы обнаружили, что многие из них относятся к группе катионных поверхностно-активных веществ – это, прежде всего, четвертично-аммониевые соединения (ЧАС) [10]. В качестве антисептика для гигиенической обработки кожи рук медсестры используют средство Чистея-плюс, 1 л которого имеет стоимость 227 р. Учитывая, что на один сеанс мытья рук гигиеническим уровнем в течение 30 секунд тратится 3 мл препарата, мы просчитали стоимость одного сеанса. Он составляет всего 0.68 копеек, что немаловажно, учитывая финансирование ЛПУ [9]. Мы изучили, отмечаются ли у медсестер симптомы сенсибилизации организма и связывают ли они их появление с воздействием на их организм дез. средств. 2 медсестры из 18 отметили кашель и першение в горле, 1 медсестра – наличие контактного дерматита. 15 медсестер отрицают какие-либо проявления сенсибилизации организма.

Выводы: средства на основе ЧАС имеют ряд преимуществ перед другими дезинфектантами: хорошая смачивающая способность, отсутствие коррозионного эффекта, запаха, возможность многократного применения рабочих растворов, широкий спектр антимикробной активности, безопасность для персонала ЛПУ [8]; практически не вызывают сенсибилизации организма, позволяют уменьшить время обработки, энергии, затраты ручного труда. Благодаря вышеуказанным свойствам средства на основе ЧАС являются современными и широко применяются в лечебных отделениях ЛПУ различного профиля.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
2. Борисов Ю.Ю., Мороз О.Н., Савощенко И.В. Технология выполнения сестринских манипуляций в терапии. - Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело». Издание 2-е перераб. и доп. – Краснодар: ООО «Компания Грейд-Принт». - 2015. - 90 с.
3. Животнева И.В. Внутрибольничная инфекция: состояние вопроса, современные возможности профилактики. Журнал «Медицинская сестра» № 2, 2012 г. с. 3-6.
4. Малков А.Е. Таблетки для дезинфекции без хлора. Журнал «Медицинская сестра» № 2, 2012 г. с. 38-40.
5. Ряузов М.В.. Автоматическая обработка предметов ухода за больными. Журнал «Медицинская сестра» № 3, 2012 г. с. 20-21.
6. Юрченко С.А. Современные возможности профилактики внутрибольничных мочевых инфекций. Журнал «Медицинская сестра» № 2, 2011 г. с. 12-13.
7. Широкова Н.В. Профилактика внутрибольничных инфекций: образовательный аспект. Журнал «Медицинская сестра» № 2, 2011 г. с. 30-34.
8. Как победить внутрибольничную инфекцию в хирургии. Журнал «Сестринское дело» № 7, 2014 г. с. 38-39.
9. Возбудители инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Вирус Эбола. Журнал «Сестринское дело» № 7, 2014 г. с. 46-48.
10. Возбудители инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Кишечная палочка. Журнал «Сестринское дело» № 5, 2014 г. с. 46-48.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПОДДЕРЖАНИИ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Беликова О.Ю., Ломоносова Г.Г., Хагур М.Р.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Несмотря на интенсивные исследования, сахарный диабет остается хроническим заболеванием, требующим постоянного контроля с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации [1,2,6]. Поэтому выявление

факторов риска развития сахарного диабета у людей различных возрастных групп, а также обучение их методам самоконтроля, имеет большое значение для профилактики развития этого грозного заболевания [4].

Цель исследования: изучить роль фельдшера в поддержании самоконтроля при сахарном диабете у пациентов различных возрастных групп [3].

Задачи исследования:

Изучить этиологию, патогенез, классификацию сахарного диабета;

Проанализировать клинику и особенности лечения сахарного диабета у пациентов различных возрастных групп;

Обосновать общую характеристику деятельности фельдшера при сахарном диабете;

Доказать роль фельдшера на этапе реабилитации пациентов различных возрастных групп с сахарным диабетом.

Материалы и методы: объектом исследования являлись студенты МАОУ ВПО КММИВСО, а также пациенты, не болеющие сахарным диабетом, но находящиеся на лечении в НУЗ ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД». Использовался анкетный метод. Оценивали зависимость развития сахарного диабета от уровня самоконтроля (соблюдение диеты, занятия ЛФК, контроль уровня глюкозы крови, уровень осведомлённости о своём заболевании) [8]. Были определены 2 возрастные группы (в общей сложности 175 человек): 1 группа - студенты МАОУ ВО КММИВСО от 16 лет до 31 года, не болеющие сахарным диабетом (95 человек), 2 группа – пациенты в возрасте от 26 до 74 лет, находящиеся на лечении в лечебных отделениях данного ЛПУ. Изучался уровень самоконтроля у людей данных групп при наличии риска развития сахарного диабета [5].

Результаты и их обсуждение. Было проведено изучение уровня самоконтроля у людей, не болеющих сахарным диабетом. С этой целью разработана анкета, содержащая 15 вопросов. В процессе обработки ответов было установлено, что среди респондентов преобладают женщины: в 1 группе - 78 девушек (82 %) и 17 юношей (18 %), во 2 группе - 63 женщины и 17 мужчин.

Для оценки риска развития сахарного диабета был проанализирован вес респондентов при рождении и установлено, что самый большой вес при рождении имели 4 человека – 4 кг 400 г.

Оценивая роль физических упражнений для снижения риска развития сахарного диабета, установили, что 8,4% слишком устают, чтобы посещать спортивный зал, бассейн и т.д.; 34% - занимаются спортом самостоятельно, но не регулярно; 57,6% - посещают спортивный зал 1-2 раза в неделю.

Оценивали роль наследственных факторов и их влияние на развитие сахарного диабета. 60 % респондентов ответили, что у них есть или были родственники, болеющие данным заболеванием.

Исследовано значение лабораторных показателей (уровень глюкозы крови) для оценки риска развития сахарного диабета [7]. В процессе работы над анкетами установлено, что 95% респондентов не знают собственный уровень глюкозы крови.

Изучена роль медицинских работников среднего звена на этапе информирования населения по вопросам профилактики и развития сахарного диабета. 56% респондентов получают подобную информацию от медицинского работника.

Выводы:

1. Среди пациентов, у которых имеется риск развития сахарного диабета, преобладают женщины.

2 Большинство госпитализированных пациентов с сахарным диабетом находятся в возрастной группе 51-60 лет.

3 Вес при рождении является одним из факторов риска возникновения сахарного диабета.

4 У 60% респондентов в анамнезе имеется наследственность.

5 Защитные силы организма укрепляются, риск развития сахарного диабета снижается под влиянием физической активности.

6 Необходимо контролировать содержание глюкозы крови, чтобы вовремя заметить отклонение от нормы.

7 Большинство респондентов получают информацию о своей болезни от работников лечебно-профилактических учреждений, следовательно, необходимо уделять достаточно внимания санпросвет работе среди населения.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П. Неотложные состояния в сестринской практике. - Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. Издание 8-е – Краснодар, 2014. – 116 с.
3. Под ред. Дедова И. И. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы - М., 2013.

4. Ахметов А.С. Факторы риска сахарного диабета. Роль ожирения // Русский медицинский журнал, 2014 /www.rmj.ru / articles_857.htm
5. Балаболкин М. И. Эндокринология. – М.: Медицина, 2015.
6. Дедов И. И., Краснопольский В. И., Сухих Г. Т. от имени рабочей группы. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». Сахарный диабет, 2012.
7. Дедов И. И., Петеркова В. А., Кураева Т. Л. Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков. Сахарный диабет. Спецвыпуск 2010.
8. Дедов И. И., Шестакова М. В., Аметов А. С., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р., Майоров А. Ю., Мкртумян А. М., Петунина Н. А., Сухарева О. Ю. «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа». Сахарный диабет. 2011.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ТЕПЛОЛЕЧЕНИЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Беликова О.Ю., Щербинина Г.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Лечение теплом - один из самых старых и наиболее распространенных способов физиотерапии [1,2]. Основным местом приложения теплового воздействия является кожа [10]. В результате такого воздействия в коже и прилегающих к ней слоях изменяются проницаемость тканевых барьеров и активность ферментативных процессов. При использовании теплолечебных сред на организм человека действует комплекс факторов, среди которых важнейшим является температурный. Нагрев тканей сопровождается изменением скорости биохимических реакций и активности ферментов, проницаемости гистогематических барьеров [3]. Основными лечебными эффектами термотерапии принято считать противовоспалительный, трофико-регенераторный, антиспастический, сосудорасширяющий и метаболический. Они и определяют использование факторов тепла как незаменимых методов оздоровления и лечения многих заболеваний [7].

Цель работы: провести анализ методов теплолечения в физиотерапевтической практике и изучить их влияние на организм человека [6].

Теоретическая значимость исследования: результаты данного исследования расширяют представление о методах теплолечения и их воздействия на организм [9].

Практическая значимость исследования: результаты данного исследования могут быть полезны при дальнейшем исследовании методов теплолечения, а также на этапе разработки практических рекомендаций для респондентов.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись пациенты физиотерапевтического отделения НУЗ ОКБ на ст.Краснодар ОАО «РЖД», принимающие процедуры теплолечения. Применяли методы исследования: анализ данных медицинской документации физиотерапевтического отделения, метод измерения - определение фактических численных значений по отпущенным процедурам посредством подсчета соответствующих измерительных (процедурных) единиц [11]. Оценивали степень влияния различных факторов теплолечения на организм человека [11].

Результаты и их обсуждение. Исследование направлено на выявление степени и характера влияния различных методов теплолечения на организм человека [4]. Изучена роль различных методов теплолечения и их терапевтический эффект на организм человека. На основании анализа данных медицинской документации определялось значение теплолечебных процедур в свете укрепления здоровья и профилактики заболеваний [8]. С этой целью изучены данные медицинской документации физиотерапевтического отделения. В исследовании принимала участие группа респондентов: пациенты, находившиеся на лечении в НУЗ «ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД» в период с 2012 по 2014 г.г., которым были отпущены теплолечебные процедуры, в количестве 2875 человек. Анализируя сведения по отпущенным процедурам, стало известно, что одними из самых востребованных процедур, отпускаемых в физиотерапевтическом отделении (ФТО) данного ЛПУ – это процедуры теплолечения: озокеритолечение, парафинотерапия, грязевые аппликации. Как правило, процедуры применения озокерита и парафина сочетаются друг с другом, отпускаются одним пациентам - парафино-озокеритолечение [6]. Физиотерапевтическое

отделение отпускает вышеуказанные процедуры примерно 75-85 пациентам ежемесячно, что составляет в среднем 625-765 процедур. Выяснили, что контингент пациентов физиотерапевтического отделения, которым отпускаются теплолечебные процедуры, это пациенты неврологического, ортопедического, хирургического, терапевтического отделений. Сравнили сведения по отпущенным процедурам с 2012 года по 2014 г.г. Количество пролеченных в 2012 году составляет 1009 человек. Им было отпущено 9173 процедуры. Из них: парафино-озокеритолечение – 962 человека – 8915 процедур, что составляет 17554 процедурных единицы. Количество пролеченных в 2013 году составляет 980 человек. Им было отпущено 8395 процедур. Из них: парафино-озокеритолечение - 946 человек – 8194 процедуры, что составляет 16836 процедурных единиц. Количество пролеченных в 2014 году составляет 886 человек. Им было отпущено 7502 процедуры. Из них: парафино-озокеритолечение - 864 человека – 7364 процедуры, что составляет 14891 процедурная единица.

Увидели, что наибольшее количество пациентов, которым были отпущены процедуры теплолечения, приходится на 2012 г. - 1009 человек. Для сравнения, в 2013 г. число таких пациентов составило 980 человек, а в 2014 г. – 886 человек. Из общего количества человек пациенты, принимающие процедуры грязелечения, составляют: 2012 г. – 47 человек – 258 процедур (201 процедурная единица), 2013 г. – 34 человека – 201 процедура (490 процедурных единиц), 2014 г. – 22 человека – 138 процедур (337 процедурных единиц).

Сравнили цены на услуги физиотерапевтического отделения, относящиеся к процедурам теплолечения. Можно видеть, что наиболее дорогостоящими процедурами из всех перечисленных в Прейскуранте, являются процедуры грязелечения – 665 рублей за 1 процедуру; на втором месте – иглорефлексотерапия – 478 рублей за 1 процедуру, на третьем месте - лазеропунктура – 360 рублей за 1 процедуру. Озокерито- и парафинотерапия являются сравнительно недорогими – 282 рубля за 1 процедуру, но, учитывая продолжительность курса вышеуказанных процедур (в среднем 8-15 процедур на курс лечения), но их применение в качестве дополнения к медикаментозной терапии, обойдется пациенту в немалую сумму – 2256-2820 рублей, а процедуры грязелечения – 6650 рублей и выше.

Предположили, что одной из причин уменьшения количества пациентов, принимающих процедуры теплолечения с 2012 по 2014 г.г. и, как следствие, уменьшение количества отпущенных теплолечебных процедур, является удорожание отдельных видов услуг, предлагаемых пациентам, что может быть связано с экономической ситуацией в стране.

Выводы: благодаря проведенной работе нам удалось сопоставить результаты теоретического и эмпирического исследований:

1. Процедуры теплолечения - одни из самых востребованных процедур, отпускаемых пациентам физиотерапевтического отделения стационара.

2. Теплолечебные процедуры отпускаются 75-85 пациентам ежемесячно, что в среднем составляет 625-765 процедур.

3. Основной контингент пациентов, которым отпускаются теплолечебные процедуры, это пациенты неврологического, ортопедического, хирургического, терапевтического отделений.

4. Количество пролеченных в 2012 году пациентов составляет 1009 человек. Им было отпущено 9173 теплолечебных процедуры. И это самые высокие показатели за 3 года.

5. Из общего количества человек – пациенты, принимающие процедуры грязелечения, составляют 20-40%.

6. Процедуры грязелечения - наиболее дорогостоящие процедуры из всех перечисленных в Прейскуранте цен (665 рублей за 1 процедуру).

7. Озокерито- и парафинотерапия являются сравнительно недорогими, но, учитывая продолжительность курса вышеуказанных процедур (в среднем 8-15 процедур на курс лечения), их применение в качестве дополнения к медикаментозной терапии, обойдется пациенту в немалую сумму.

8. Предположительно, одной из причин уменьшения количества пациентов, принимающих процедуры теплолечения с 2012 по 2014 гг. и, как следствие, уменьшение количества отпущенных теплолечебных процедур, является удорожание отдельных видов услуг, предлагаемых пациентам, что может быть связано с экономической ситуацией в стране.

9. Нужно акцентировать внимание на необходимости более широкого и планомерного использования различных методов теплолечения, так как, значительная часть респондентов, по данным сравнительного анализа, не могут позволить себе в полной мере воспользоваться дополнительными методами лечения, помимо медикаментозных, учитывая

их стоимость и сравнительно невысокий уровень заработной платы.

10. Курсовое применение теплолечебных процедур предотвращает возникновение осложнений и рецидивов болезней, стимулирует повышение защитных сил и работоспособности, ускоряет выздоровление, поэтому их использование целесообразно и эффективно в процессе лечения заболеваний и на этапе реабилитации пациентов [3].

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
3. Еремушкин М.А. Основы реабилитации. Учебное пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования, М. Изд. Academia, 2013.
4. Козлов С.А., Козлова Л.В., Семененко Л.А. Основы реабилитации для медицинских колледжей
5. Соколова Н.Г./ Физиотерапия: учебник.- изд. 8-е.-Ростов н/Д: феникс, 2012.-350с.
6. Техника и методика физиотерапевтических процедур
7. Информационно-правовое обеспечение деятельности среднего медицинского работника в области медицинской реабилитации/ Сборник нормативных документов, ОГБОУ СПО «РМСК», Рязань, 2013, 64с.
8. Рязанцев А.К. Основы медицинской реабилитации: Учебное пособие.-М.:АНМИ.:, 2008.- 116с.
9. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.- 528с.
10.Ипатов А.Л., Пушкина С.В. Основы реабилитологии: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.-160с.
11.Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.- 240с.
12.Медицинская реабилитация/ Под. ред. В.М. Боголюбова. - изд. 3-е, - М. Издательство БИНОМ, 2010.- 416с. (Руководство в 3-х томах).

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАНЯТИЯ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРИОБЩЕНИЯ БАКАЛАВРОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО К ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Белялова М.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования

Квалификация «бакалавр» специальности Сестринское дело обязывает профессорско - преподавательский коллектив вуза осуществлять качественную профессиональную подготовку академической медицинской сестры и преподавателя, которым в соответствии с видами профессиональной деятельности необходимо будет заниматься педагогической деятельностью, предполагающей «осуществление педагогической деятельности в системе подготовки и профессионального развития сестринских кадров, разработку учебно-методических материалов для подготовки и профессионального развития сестринских кадров; изучение образовательного потенциала обучающихся, уровня их профессионального развития, осуществление профессионального и личностного роста обучающихся; развитие у обучающихся творческих способностей, способности к самообучению; планирование учебного процесса, выполнение методической работы, осуществление контрольных мероприятий, направленных на оценку результатов педагогического процесса; применение при реализации учебного процесса лучших образов исторически сложившихся педагогических методик; а также разработка новых педагогических технологий.» [1].

Цель исследования: апробировать «психолого-педагогический анализ занятия» в процессе педагогической практики студентов – бакалавров.

Задачи исследования:

- выявление психологически и педагогически значимых аспектов анализа занятия;
- обучение студентов профессиональному психолого-педагогическому анализу занятия;
- профессиональное использование «психолого-педагогического анализа занятия» в период педагогической практики.

Методы исследования:

- теоретический анализ психолого-педагогических аспектов анализа занятия;

- эмпирический срез осведомленности студентов в психолого-педагогических аспектах анализа занятия; внедрение в образовательный процесс «психолого-педагогического анализа» в период педагогической практики.

Педагогическая деятельность выпускника бакалавриата характеризуется способностью к самоорганизации и самообразованию (ОК -5); реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК - 3); осуществлять педагогическую деятельность в системе подготовки и профессионального развития сестринских кадров (ПК- 17); овладевать необходимым комплексом общепедагогических , психолого- педагогических знаний, представлений в области клинической сестринской практики (ПК- 18); готовностью к изучению принципов, методов и форм проведения занятий, методологии анализа проблемных ситуаций в сфере клинической сестринской деятельности и способов их разрешения (ПК- 19); планировать учебный процесс, вести методическую работу разрабатывать методические материалы, формировать условия для профессионального развития сестринских кадров (ПК-20) [3].

Качественному профессиональному осуществлению педагогической деятельности способствует фундаментальное изучение дисциплины «Педагогика и методика преподавания», предоставляющей возможность бакалавру - будущему преподавателю изучить содержание педагогики и методики преподавания, и процесс реализации данного содержания в период педагогической практики. Анализ лекционных, практических и внеаудиторных занятий, проведенных в период педагогической практики, осуществляется на основе «Психолого- педагогического анализа», разработанного на кафедре педагогики и психологии данного вуза в виде типографским способом бланка, включающего десять принципиально важных компонентов, с помощью которых осуществляется анализ занятия как по содержанию и структуре, так и по психолого - педагогическим аспектам осуществления педагогической деятельности в условиях реализации федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 34.03.01.Сестринское дело (уровень бакалавриат).

Профессиональный психолого-педагогический анализ занятия, которому студенты учатся в практической деятельности, анализируя занятия, проведенные однокурсниками, формирует педагогическую культуру и развивает профессионально значимые качества личности будущего преподавателя.

Бланк психолого-педагогического анализа занятия состоит из следующих разделов:
- на первой странице: название учебного заведения, название кафедры, название бланка, дата посещения, число студентов по списку, присутствует, дисциплина, цель посещения занятия, ФИО преподавателя, тема занятия, цель занятия, содержание и ход занятия, замечания и рекомендации по ходу занятия;
- на второй странице : приемы работы преподавателя и студентов;
- на третьей странице: 3. приемы развития способностей студентов; 4. показатели наличия познавательных интересов студентов; 5. уровень усвоения знаний студентами; 6. тип занятия; 7. качества личности студентов, формируемые на занятии; 8. характерные особенности данного занятия;
- на четвертой странице: 9. педагогическое мастерство преподавателя; 10. соблюдение основных требований к занятию и его результативность; предложения; общая оценка занятия; фамилия и должность «проверяющего».

Каждый пункт «психолого-педагогического анализа» содержательно наполнен, и студент, подчеркивая тот или иной компонент, должен владеть информационной культурой, чтобы продемонстрировать профессиональную осведомленность, и этому они учатся на занятиях по педагогике и методике преподавания.

Для конкретизации приведем содержание 9 и 10 пунктов:

9. педагогическое мастерство преподавателя:

-общая высокая культура;
-уровень сформированности профессиональной морали;
-глубокие знания в области преподаваемого предмета;
-владение методикой преподавания;
-культура чувств и отношений;

Педагогические способности:
-коммуникативные;
- познавательные;
-профессиональные знания;
-психолого-педагогическая культура преподавателя;
-творческое вдохновение;

-культура внешнего вида;
-владение учебно-воспитательной работой.

- конструктивные;
- познавательные;

- дидактические;
- организаторские;
- перцептивные;
- суггестивные;
- креативные;

10.соблюдение основных требований к занятию и его результативность:
-соответствие содержания принципам обучения и воспитания;
-развивающая направленность;
-сочетание принципа доступности с достаточно интенсивным трудом студентов;
-научность на уровне достижений науки, основы которой преподаются;
-научность на уровне достижений педагогики, психологии и передового опыта;
-наличие приемов, развивающих умственную деятельность учащихся;
-целевая установка занятия, его структурных частей;
-логичность занятия (оправданный набор приемов);
-однообразие или разнообразие приемов и методов;
-наличие междисциплинарных связей;
-связь изучаемого с предыдущим и последующим материалом;
-наличие закрепления, повторения и обобщения материала;
-сочетание коллективных и индивидуальных форм обучения;
-уровень совершенствования знаний: уточнение, углубление, расширение, систематизация, актуализация; соединение знаний и умений с развитием личности, пронизывание знаний и умений чувствами, превращение знаний во взгляды, убеждения, научное мировоззрение;
-качество знаний студентов (осознанность, прочность, системность, объемность, мобильность);
-были опрошены_____ чел. Получили оценки:
«5»_____чел., «4»_____чел., «3»_____чел., «2»_____чел.
-оценки завышены _____чел., занижены_____чел.,
-законченность и ощутимость результатов занятия;
-«психологическая готовность» преподавателя вести занятие.

Результаты исследования:
- овладение студентами культурой психолого-педагогического анализа занятия;
- осуществление единых подходов в психолого-педагогическом анализе занятия;
- дидактические;
- организаторские;
- исследовательские;
- эмоциональная устойчивость;
- мажорные [2].

- качество профессионально-педагогической подготовки бакалавров в процессе педагогической практики и образовательном процессе.

Качественная эффективность реализуемой проблемы заключается в осознанной необходимости распространения уже наработанного психолого-педагогического анализа занятия в среде педагогического сообщества для дальнейшего совершенствования и формирования педагогической культуры будущих преподавателей [1].

Литература:
1. Белялова М.А. Методически обоснованный процесс профессионального образования в вузе // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 798-801.
2. Белялова М.А., Борисов Ю.Ю., Ананич В.А. Менеджмент в педагогике: инновационность и перспективность современных образовательных систем // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 4. – С. 50-52;
3. Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования . - 2016. – URL: // http://fgosvo.ru/

ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕНЕДЖЕРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Белялова М.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Современное развитие здравоохранения и использование в лечебных учреждениях современных технологий лечения и сопровождения больного предполагает систематическое повышение квалификации медицинских работников. Следуя принципам «Культура руководителя определяет культуру медицинского персонала» и «Любое звание обязывает к знанию», руководители ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1 имени С.В. Очаповского» уделяют достойное внимание развитию профессиональной культуры руководителей

структурных подразделений и проводят систематическое повышение квалификации по актуальным проблемам управленческой и профессиональной культуры [3].

Ценность данной системы повышения квалификации в возможности проведения важных для развития организации семинаров, но и развития профессиональной культуры медицинского персонала по конкретной тематике, являющейся актуальной в условиях меняющихся требований, как на технологическом, так и духовном уровнях.

Актуальность тематического повышения квалификации объясняется осознанной необходимостью своевременно реагировать на возникающие в организации проблемы.

Современное здравоохранение, реформируемое и меняющее не только стратегию, но и тактику, обостряет проблему функциональных изменений в деятельности медицинской сестры, менеджера сестринского дела, влекущих изменения в отношениях с руководителями, коллегами, пациентами и больными в соответствии с корпоративным этикетом и меняющейся философией и психологией сопровождения больного в его выздоровлении.

Современная реальность обострила проблему коммуникативной компетентности медицинских работников на всех уровнях из-за отсутствия сущностных понятий коммуникативной деятельности, эффективного взаимодействия и психологически оправданного общения в условиях лечебного учреждения [4].

Медицинским работникам, особенно управленцам, не хватает знаний в области психологии, философии здоровья и педагогики, и это обостряет отношения, как на функциональном, так и духовном уровнях.

Социологические исследования показывают, что медицинской сестре, менеджеру сестринского дела в первую очередь ценится общечеловеческие качества и лишь потом профессиональные, что актуализирует управление на ценностной основе, гуманистически оправданной и профессионально значимой [3].

Сегодня вызывает серьезное опасение не умение медицинского работника не только взаимодействовать, но и добросовестно выполнять свои профессиональные обязанности.

Более того, образование, полученное медицинскими работниками, исключает знание деловой этики и психологии человека, в частности больного и пациента, требующих корректного и деликатного обращения. Многие сложности объясняются элементарным отсутствием знаний в области общенческой культуры, что вызывает сомнение в профессиональной состоятельности медицинского работника.

Сложность еще и в том, что пациенты и больные не готовы мериться с невежеством обслуживающего персонала, и это обостряет проблему коммуникативной компетентности в лечебном учреждении [2, 3].

Психолого-педагогическая деятельность медицинского работника предполагает умение адекватно передавать информацию о состоянии больного, назначениях врача, о преимуществах лечения, умение доброжелательно общаться, утешая и приглашая к сотрудничеству. Что бы медсестра не делала, все должно сопутствовать выздоровлению больного.

Профессиональная деятельность медицинской сестры - это еще и взаимодействие с родными больного, коллегами, руководителя, результат которого определяется умением правильно простраивать коммуникацию на разных уровнях общения.

В соответствии с заявкой администрации НИИ – ККБ № 1 имени С.В. Очаповского факультет повышения квалификации и переподготовки кадров разработал тематическое повышение квалификации менеджеров сестринского дела по коммуникативной компетентности медицинских работников в лечебном учреждении.

Классические лекции по данной проблеме сопровождаются мастер-классами по демонстрации разных видов, типов общения в профессиональной деятельности [1]. Слушателям курсов предоставляется возможность разработать программу взаимодействия с пациентами и больными, с родными больных, с коллегами по работе и руководителями лечебного учреждения.

Эффективность данной работы в присвоении знаний, умений и навыков в практической деятельности, так как любое знание должно пройти этап присвоения и приращения к культуре данного человека.

Пользуется особым успехом диалогическая форма решения ситуационных задач на рабочих местах: один из участников наблюдает процесс общения коллеги с пациентом или больным, а затем проводит рефлексию увиденного и грамотно реализуемого общения с данным больным [4].

Группа предлагает свои варианты взаимодействия и создается модель эффективного сопровождения пациента и больного в условиях лечебного учреждения.

Популярны в процессе тематического повышения квалификации публичные чтения, материал для которых готовится как лектором, так и практикующими медицинскими работниками. Методически оправдано чтение произведений,

отрывков из произведений, в которых демонстрируется школа правильного взаимодействия. Делаются выводы, придумываются ситуации, в которых полученные знания находят реальное практическое воплощение.

В процессе проведения тематического повышения квалификации слушатели курсов посещали библиотеки и музеи, изучали особую культуру взаимодействия в данных учреждениях и получали опыт использования в своей деятельности произведений литературы и живописи для оздоровления собственного состояния духа и ощущения радости и удовлетворения, которые приносит искусство, вдохновляющее на гуманистически ориентированное выполнение профессиональных функций.

Литература:

1. Белялова, М.А. Мастер-классы по пропаганде современных образовательных технологий в медицинском вузе / Эффективное управление и организация образовательного процесса в современном медицинском вузе. Вузовская педагогика / сборник трудов Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. 2014. С 376-377.
2. Белялова, М.А., Алексеева, Е.Б., Гаранина, О.П., Сизова, Л.А. Коммуникативная компетентность менеджера сестринского дела / Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 4-2. С 42-44.
3. Белялова, М.А. Имидж менеджера сестринского дела ЛПУ / Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 4. С 42-43.
4. Деды, А.А., Белялова, М.А. Теоретико-эмпирические основания коммуникативной компетентности среднего медицинского персонала / Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2-0. С 158.

ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЫШЛЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ВУЗА

Белялова М.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

XXI веку потребуется человек - исследователь, творческая личность с развитым интеллектуальным потенциалом. Начало процессу подготовки такого специалиста положила исследовательская направленность образования, практически выраженная во включении студенчества в научно - исследовательскую деятельность. Знания имеют опережающее значение по отношению к деятельности и поведению.

Основные положения этой когнитивной концепции в психологии сводятся к следующим постулатам:

- первоначальный опыт исследовательской деятельности заложен в механизме сенсомоторного развития, которое есть ни что иное, как сенсомоторное отражение предметов и явлений реального мира; познание жизненных явлений, процессов и предметов реального мира завершается определенным символическим отображением, а затем на основе понятий происходит их дальнейший анализ;
- язык представляет собой важнейшее орудие развития тех когнитивных процессов, в том числе и познавательно - исследовательских. Однако последние требуют от индивида владения специальным научно - терминологическим языком, который складывается в различные возрастные периоды жизнедеятельности человека по-разному;
- развитие интеллекта происходит постоянно, как разрешение противоречий между тем, что субъект знает и тем, что он стремится понять. Именно это противоречие побуждает его к исследовательской деятельности;
- выработка у индивида на основе исследования более объективного восприятия событий ведет к поиску новых форм поведения и деятельности;
- развитие интеллекта приводит ко все большему контролю над собой: как человек думает, так он и действует, и чувствует. Поэтому и важно дать знания (чем оперировать) и развивать мышление (как думать). В целом все зарубежные когнитивные концепции обучения связывают практическое и аналитическое мышление, выступающее частью методологического, учебные и исследовательские умения [3].

Анализ научных работ по проблеме формирования учебных умений подводит к выводу: активность учащегося учебном процессе зависит от умения учиться, от умения мыслить, которые предполагают самоанализ, самоосмысление результатов усвоения материала, т.е. самоисследование. Вывод: учебные и исследовательские умения имеют общую сущностную характеристику.

При анализе исследовательских умений мы руководствовались работами О.С. Газмана,

Н.В. Кузьминой., Марковой, А.А. Реана и др., в которых прослеживается следующая структура изучаемых явлений:

- определение актуальной проблемы на основе первичного анализа основной литературы (справочной, библиографической, энциклопедии и т.д.), т.е. быстрое ориентирование в научной информации;
- выделение опорных идей, необходимых для изучения объекта исследования;
- композиция базовой информации в виде концепции или модели;
- определение целей и задач научного поиска с учетом состояния науки и потребностей практики;
- выдвижение рабочей гипотезы, где определено ведущее направление исследования проблемы и предложены возможные оптимальные варианты ее решения;
- планирование опытной или экспериментальной работы;
- выделение критериев для диагностических методик, по которым будет определяться эффективность решения проблемы в эксперименте;
- анализ первоначального фактического материала по указанным критериям;
- построение алгоритма описания фактов, полученных в исследовании;
- формирование выводов, введение новых понятий;
- концептуальное построение полученной информации об объекте и предмете исследования;
- соотнесение фактологии с гипотезой;
- культура описания теории с позиции научной логики;
- полноценное изложение теории с позиции методологии методов научного познания, научной логики;
- определение сферы применения научных выводов на практике [4,5].

Исследования в этом аспекте Г.А. Белова, Г.В. Воробьева., Б.С. Гершунского В.И. Журавлева, В.И. Мареева , Н.Д. Никандрова и др. показывают, что исследовательские умения взаимосвязаны с содержанием исследовательской деятельности и ее оформлением в различного рода научных пособиях. Возникает необходимость содержательно определять вузовский процесс обучения как развитие методологического мышления с помощью учебной информации, а его организовывать как процесс исследования будущей профессиональной деятельности и себя как субъекта этой деятельности. В этом случае неизбежно обеспечиваются три главных условия формирования исследовательских умений студента: единая комплексная мотивация учения и научно - исследовательской деятельности, научное сотрудничество преподавателей и студентов, инновационный и творческий характер целостного образовательного процесса в вузе.

Полученные теоретические данные позволяют определить уровни сформированности исследовательских умений.

Чтобы получить фактический материал для их обоснования, нами был разработан алгоритм анализа учебных занятий, который использовался в учебном процессе. Данный алгоритм представлен в таблице 1.

Таблица 1

Алгоритм анализа учебных занятий

Учебные и исследовательские цели занятия	Показатели сформированности знаний учебных и исследовательских умений студента
1	2
1.Знание	знает: -употребляемые термины; -конкретные факты; -методы, правила, принципы
2. Понимание	понимает: -факты, правила, принципы; -интерпретирует материал (словесный, схемы, таблицы, модели)
3. Применение	использует: - термины, законы, правила, методы, принципы, приемы
4. Анализ	умеет: -проводить анализ, находить сущностное ядро информации, упущения; -оценивать информацию с позиции применения в практике

5. Синтез	способен: -создавать творческий продукт; -использовать знания из разных источников для решения учебной или исследовательской задачи
6. Оценка	оценивает: -содержание информации с позиции актуальности; -логику ее построения; -соответствие выводов имеющимся данным; -значимость продукта учебной деятельности
7.Систематизация, обобщение	систематизирует: -факты, явления; -концептуальные идеи; -альтернативные точки зрения
8. Генерирование идей	умеет: -абстрагироваться от традиционных позиций; -предлагать свои идеи, неординарные решения проблемы; -осуществлять поиск новых идей, решений
9. Определение программы исследования	ориентируется в определении и решении: -целей, задач исследования; -объекта, предмета; -гипотезы; -исходных основ; -методов исследования
10. Прогнозирование	умеет: -конструировать модели; -разрабатывать проекты, программы на основе проведенного исследования

В результате посещения 109 занятий с исследовательской направленностью были определены общие и учебные и исследовательские умения. В результате данного эксперимента были установлены три уровня сформированности исследовательских умений у студентов.

Первичный уровень исследовательских умений фиксировался при преобладании ориентационно-оценочных умений, средний - конструктивно-оформительских, высокий - информационно-аналитических. Первая группа включает распределение целей и задач поисковой работы на основе поставленного исследовательского задания, создания рабочей гипотезы с посылками «если ... то»; выбора адекватных диагностических методик на основе критериев, определенных руководителем исследования; описания научного факта в соответствии с предложенным алгоритмом [1,4].

Вторая - конструктивно - оформительские исследовательские умения: выявление проблемы и причины ее постановки в предложенном задании; использование анализа, синтеза, обобщения; научная систематизация информации по самостоятельно разработанному алгоритму; определение значимости полученных данных.

Третья - информационно - аналитические исследовательские умения: самостоятельное выдвижение версий и гипотез как основания для программы исследования, ее построение; выявление противоречий при возникновении трудностей; применение комплексной диагностики; анализ и описание данных с позиции поставленной цели; использование фактов для построения концепции [1, 2].

Система обучения студентов исследовательской работе может быть представлена на трех уровнях:

1. Обучение оценке процессов и явлений с позиции их проблемности:

- определение ядра информации, раскрывающего сущность проблемы;
- изложение последовательности и теоретических положений, характеризующих проблему;

2. Систематизация информации, требующейся для решения проблемной задачи:

- разделение информации на блоки для исследования условий решения проблемы;
- гипотетическое установление требуемых условий для решения задачи;
- выделение основных обобщающих признаков проекта решения проблемы;

- представление информации в целостном варианте решения проблемы.
- Анализ качества новой информации:
- определение ее достоверности;
- определение ее назначения;
- определение ценностного ее смысла;
- определение сферы ее применения;
- - определение ее новой перспективы [2,3].

Анализ проявления исследовательских умений позволил выявить три уровня креативности с разными целевыми установками:

- первый - низкий уровень направлен на достижение заушного результата поисковой деятельности; обучающиеся этого уровня чаще ориентируются на сознательно-операциональную поисковую стратегию, они обладают высоким уровнем творческого мышления, любознательностью; их интересы и стремления чаще связаны с престижностью и публичным признанием, чем с личностно-креативным ростом и саморазвитием (11,7% респондентов);
- второй - средний уровень ориентирован на удовлетворение и значимость самого процесса поисковой деятельности в процесс обучения; обучающиеся находят вариативные и альтернативные стратегии, инновационные тактики поискового процесса на основе опыта, оригинальности мышления и воображения, эмоционально наслаждаются эвристическими, часто интуитивными находками, приводящими ко всему новому, иногда незавершенному, но динамически развивающемуся процессу открытия (70% респондентов);
- третий - высокий уровень ориентирован через постоянный поисковый процесс на достижение личностного креативного саморазвития. Для них творчество выражается в достижении креативного саморазвития (183% респондентов) [1].

Литература:

1. Белялова, М.А. Формирование исследовательских умений студента в образовательном процессе вуза / диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Краснодар, 2002.
2. Белялова, М.А. Роль «Школы исследователя» в формировании профессионально - исследовательской культуры студентов // сборник статей Международной научно-практической конференции «В мире науки и инновации»: в 3-х частях. 2016. С 87-90.
3. Белялова, М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента как критерий качества современного образования / Казанская наука. 2013. №4. С 173-176.
4. Белялова, М.А. Развитие исследовательской культуры студентов. / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №4-1. С 57-58.
5. Белялова, М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента в обеспечении качества современного профессионального образования / Международный журнал экспериментального образования. 2014. №10. С 78-81.

ВИДЫ И СООТНОШЕНИЕ РЕЧИ

Блягоз Д.И., Цику Л.Х., Киргуева Р.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В процессе обучения иностранному языку для определения цели, содержания и планируемых результатов необходимо исходить из понимания сущности языка и речи, их соотношения, видов речи и форм ее существования. Содержание должно опираться на средства соизучаемых языков, а так же включать аспекты образования, воспитания и развития личности обучаемых.

Известно, что речь появляется в процессе функционирования языковой системы.

Речь воспроизводится людьми, по средствам языка для общения, для передачи определенной информации, для побуждения к действию. Продуктом такого вида речевой деятельности является речевое произведение (текст) – устное или письменное [2].

В процессе порождения речи она разделяется на внутреннюю и внешнюю, а по характеру речевой деятельности – монологическую (высказывание одного лица) и диалогическую (разговор двух или нескольких лиц), по форме использования языка – устную и письменную.

По исследованиям разных ученых внутренняя речь (или речь мысленная, речь для себя) – это языковое порождение мысли без ее произношения, устного или письменного. Она может быть очень динамична, содержать фрагменты и отрывки, без строгой грамматической оформленности. Внешняя же речь – речь, доступная другим [2].

Речь внешняя и речь внутренняя противопоставляются одна другой по следующим характеристикам:

по назначению, по целям: внешняя речь включает личность в систему социального взаимодействия, внутренняя – надежно защищена от постороннего вмешательства, она осознается только самим субъектом и поддается лишь его контролю (внутренняя речь в своем содержании, разумеется, связана с общественной деятельностью);

внешняя речь кодирована собственными кодами, доступными другим людям, - акустическим, графическим, кодами телодвижений, интонаций; код внутренней речи используется наряду с тем же языком, что и во внешней речи, но внешне ее проявление скрыто, не поддается восприятию других людей [2].

Внешняя речь классифицируется по своим признакам и целям на устную и письменную.

По механизмам, способам кодирования устная речь подразделяется на:

- говорение – отправление речевых акустических сигналов, несущих информацию;
- слушание (аудирование) – восприятие акустических речевых сигналов и их понимание.

Письменная речь включает в себя:

- письмо – «зашифровку» речевых сигналов с помощью комплексов графических знаков;
- чтение – «расшифровку» графических знаков, их комплексов и понимание их значений [2].

Следует отметить, что развитие внешней речи предшествует развитию письменной. Овладение иноязычной речью идет также от внешней к внутренней (интериоризация). При говорении и письме процесс обратный – от внутренней речи к внешней (экстериоризация).

Под «устной речью» понимаем акт или речевые акты («говорение»), которые выступают как следствие коммуникативной деятельности собеседника, лектора, докладчика и других категорий лиц, реализующих коммуникативные запросы общественной практики (1).

Устная речь всегда может передаваться с помощью разных оттенков: это интонация, мимика и жесты, которые дополняют мысль, чувства и переживания говорящего. Устная речь получает и своеобразное лексико-грамматическое оформление, потому что она требует мгновенного понимания в процессе ее восприятия. Такие речевые средства, как градация, гиперболизация, иносказание, сопоставление, различные тропы используются в устной речи. В процессе порождения устных высказываний часто встречаются оговорки, повторы, эллипсисы, междометия, незаконченные и присоединительные конструкции.

Устной речи противопоставляется речь письменная.

Письменная речь – это речь подготовленная, подлежащая проверке, поддающаяся исправлению, совершенствованию. В результате специального обучения появляется письменная речь. Основным ее предметом формирования является технические средства написания звуков, букв, а затем слов, которые никогда не являются предметом осознания в устной речи. Двигательные навыки письма формируются на ранних этапах. Выражение мысли становится позднее предметом сознательных действий ребенка.

Письменная речь по своему строю представляет собой всегда полные, грамматически организованные развернутые структуры. Она используется и для передачи готового сообщения, и для отработки и уточнения собственной мысли.

Литература:

1. Жажева, С.А. Развитие связной письменной речи учащихся начальной адыгейской школы: автореф. дис. …канд. пед. наук / С.А. Жажева. – Майкоп, 2014. – 35 с.
2. Львов, М.Р. Основы теории речи: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М.Р. Львов. – М.: Академия, 2013. – 248 с.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Система подготовки медицинских сестер с высшим сестринским образованием, равно как и вся система непрерывного медицинского образования в нашей стране, вступает в эпоху фундаментальных преобразований с введением нового поколения образовательных стандартов 3+ бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело [1, 4, 5]. Профессиональное мастерство медицинской сестры-бакалавра и ее готовность к осуществлению сестринской клинической практики во многом зависит от освоения практических на-

выков выполнения сестринских манипуляций, определенных требованиями квалификационной характеристики. Ведущей учебной дисциплиной при освоении профессиональных навыков основной образовательной программы бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело является «Основы сестринского дела». Оценка уровня подготовки студентов на разных этапах ее изучения является важной и сложной задачей. Традиционная система контроля уровня знаний и умений – экзамен, на наш взгляд, не сможет обеспечить полную объективность оценки мануальной (практической) подготовки медицинской сестры. Отсутствие стандартизации в оценке знаний, умений и навыков вносит элемент субъективизма экзаменатора, исключает возможность проследить обратную связь между результатом экзамена и возможными ошибками в ходе учебного процесса.

К числу перспективных направлений технологии обучения и, в частности, обучения профессиональным навыкам, можно отнести балльно-рейтинговую систему оценки качества усвоения практических навыков освоения сестринских манипуляций [2, 3]. Поэтому нам представилось целесообразным разработать и внедрить в учебный процесс конкретные количественные критерии, отражающие уровень освоения манипуляционной техники будущими бакалаврами сестринского дела. С этой целью при оценке практических навыков на уровне учебно-производственной практики мы используем балльные шкалы в виде чисел с определениями в зависимости от уровня сложности выполняемой манипуляции.

Объем практических навыков по каждому из разделов учебной дисциплины «Основы сестринского дела» определяется Федеральный государственным образовательным стандартом [5]. Чтобы избежать субъективизма оценки, нами на основе действующих нормативных документов разработаны стандарты всех обязательных манипуляций и действий медицинской сестры, входящих в рейтинговый минимум. Экзамен (оценка качества практического обучения по предмету) проходит в два этапа: теоретический и доклинический уровень освоения навыков. Теоретическая часть проводится с помощью тестовой методики контроля (письменно или с использованием персонального компьютера). Рейтинговая оценка практической части экзамена проводится экзаменатором в ходе реальной работы по выполнению манипуляций на фантомах и муляжах (доклинический уровень обучения). Для объективной оценки качества подготовки разработана шкала оценки умений по каждой манипуляции.

При использовании рейтинговой школы оценки качества практического обучения, как промежуточного уровня контроля, весь учебный материал разбивается на отдельные модули, и в конце каждого из них проводятся зачетные занятия. По данным промежуточного экзамена может осуществляться обратная связь между преподавателем, ведущим данную дисциплину, и студентами, что позволяет своевременно провести анализ причин недостаточного усвоения материала по разделам (темам) обучения и провести коррекцию учебного процесса.

В основу оценки качества практического обучения положено умение студентов осуществлять деятельность медицинской сестры по уходу за больным и уровень усвоения манипуляционной техники. Итоговая оценка определяется в баллах, при этом устанавливается следующие критерии оценки: «отлично» - 80% и выше, «хорошо» - 79-60%, «удовлетворительно» - 40-59%. При использовании персонального компьютера в процессе подведения итогов определения качества знаний и умений необходимо использовать логическую часть, с помощью которой вводится поправка к оценке с учетом весового коэффициента (например, при получении 30% оценок «удовлетворительно»). Данные по качеству обучения каждого студента фиксируются в индивидуальных студенческих дневниках, где каждая манипуляция имеет свою оценку, а также подводятся промежуточные результаты по отдельным модулям. Оценка качества освоения практических навыков в виде рейтинговой методики используются нами в течение трех лет обучения по предмету «Основы сестринского дела» с момента введения ФГОС бакалавриата 3 поколения по направлению подготовки Сестринское дело и в течение 2015-2016 учебного года с момента перехода на ФГОС 3+.

Описанная методика, судя по отзывам преподавателей и обучающихся, способствует более высокой объективности оценки качества выполнения манипуляций, помогает определить наиболее трудные разделы или темы дисциплины, упрощает процесс обучения за счет использования стандартов сестринской практики, способствует преемственности процесса обучения с будущей деятельностью медицинской сестры у постели больного. На наш взгляд, предлагаемая методика может с успехом использоваться также с целью контроля за уровнем «выживаемости» знаний, полученных студентами в процессе обучения. Несомненно,

данная система оценки качества практического обучения является не единственной формой контроля и требует дальнейшего развития и совершенствования.

Литература:
1. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 4(1). - С. 65-67.
2. Диканская Н.Н. . Оценочная деятельность как основа управления качеством образования. // Стандарт и Мониторинг в образовании. 2003. № 3. С. 38–42.
3. Методические рекомендации по проектированию оценочных средств для реализации многоуровневых образовательных программ ВПО при компетентностном подходе / В.А. Богословский, Е.В. Караваева, Е.Н. Ковтун, О.П. Мелехова, С.Е. Родионова, В.А.Тарлыков, А.А. Шехонин. М.: Изд-во МГУ. 2007. 148 с.
4. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 921-925.
5. ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата) // Утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 03 сентября 2015 г. № 964.

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю., Ильченко Г.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Неблагоприятное действие факторов внешней среды играет все более важную роль в развитии, становлении и прогрессировании многих хронических заболеваний внутренних органов и, следовательно, составляет весьма актуальную медико-социальную и экономическую проблему. В связи с этим назрела настоятельная необходимость внесения концептуальных изменений в системе высшего медицинского образования и целесообразность обучения новой междисциплинарной специальности - превентивной медицине [1,2]. Без этого разрыв между затратами на здравоохранение и уровнем здоровья населения будет все более возрастать, а профилактические мероприятия останутся малоэффективными [3].

В формировании здорового образа жизни находят интегративное отражение современные экологические, социальные, экономические и личностные подходы к здоровому и больному человеку. Поэтому в процессе преподавания клинических дисциплин прежде всего следует обучать студентов внедрению каждого из компонентов здорового образа жизни, а именно: формированию гармоничного психоэмоционального статуса; рекомендациям по подбору адекватной данному индивидууму трудовой деятельности; рациональному питанию; достаточной физической активности; поддержанию оптимальной массы тела; устранению или по крайней мере ограничению производственных вредностей, курения, употребления алкоголя и других вредных привычек.

Совершенно очевидно, что реализация этих задач невозможна без учета и дифференциации географических, расовых, национальных, религиозных, половых, конституционных, возрастных особенностей, обусловливающих как различный удельный вес отдельных факторов риска в разных популяциях, так и механизмов патоморфоза тех или иных заболеваний. Не менее важное значение в современных условиях приобретает развитие новых методов и способов формирования у населения правильных представлений о причинах болезней. В частности, следует разъяснять, например, что в настоящее время в развитых странах 85% летальных исходов обусловлены 10 заболеваниями, имеющими общие факторы риска развития. Особое значение, на наш взгляд, имеет также пропаганда современных возможностей профилактики таких социально значимых заболеваний, как рак, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, инсульт, депрессии.

По-видимому, нельзя ограничиться лишь внесением отдельных поправок в существующие программы высшей медицинской школы, а требуется концептуальный пересмотр целей медицинского обучения, ориентированных пока еще почти исключительно на диагностику, лечение, организацию ухода и лишь в небольшой степени - на первичную профилактику наиболее распространенных заболеваний. В связи с этим следует признать приоритетную роль обучения превентивной медицине и здоровому образу жизни.

Совершенно очевидно, что только специалист, обладающий глубоким пониманием внешних и внутренних процессов, формирующих факторы риска заболеваний, сумеет находить правильные решения по внедрению здорового образа жизни как в популяции в целом, так и у конкретного человека, а также выявлять лиц с повышенным риском развития той или иной болезни и/или ее более тяжелого течения, то есть осуществлять прогнозирующие, предупреждающие и корректирующие мероприятия.

Таким образом, совершенствование форм и методов обучения здоровому образу жизни и превентивной медицине является одной из важных задач высшей медицинской школы, позволяющей формировать у будущих специалистов практические навыки первичной профилактики заболеваний, что, несомненно, может способствовать понижению общей заболеваемости населения, повышению эффективности лечебных мероприятий и уменьшению числа летальных исходов.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю., Ломоносова Г.Г. Использование инновационных образовательных технологий при подготовке будущих бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 4. – С. 173-176
2. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 4(1). - С. 65-67
3. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 921-925

БАРЬЕРНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИСТЕНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЛИЗИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А.
МАОУ ВО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия

Актуальность. Согласно современным представлениям, ведущее значение в патогенезе язвенной болезни принадлежит нарушению баланса между кислотно-пептической агрессией желудочного сока и защитными свойствами гастродуоденальной слизистой оболочки [3, 4, 6, 8, 11]. Как известно, одним из важнейших компонентов желудочной цитопротекции является слизь, которая образует непрерывное водонерастворимое гелевое покрытие внутренней поверхности желудка и в вязкой растворимой форме содержится в его просвете [5, 9, 10]. Защитные свойства слизи тесно связаны с высокомолекулярными гликопротеинами (ГП), которые обеспечивают ее вязкость, высокую адгезивность и формирование водонерастворимых вязкоэластичных гелей [2, 10, 13]. Ослабление внутренней пространственной решетки слизистого геля приводит к ускорению обратной диффузии H^+-ионов и пепсина, снижению барьерной функции слизистой оболочки и тем самым способствует ее повреждению [1, 12, 13].

Вместе с тем о состоянии слизистого барьера желудка в клинике до сих пор судят лишь по содержанию белковых или углеводных компонентов ГП в желудочном соке или моче. Совершенно очевидно, что в аспирированном желудочном секрете содержится отторгнутая слизь, которая уже не выполняет своей защитной функции, а данные о ее составе и концентрации не позволяют судить о реальном состоянии нативного желудочного слизистого геля. В то же время упруговязкие (реологические) свойства слизи, характеризующие внутреннюю структуру геля, степень полимеризации макромолекул ГП и в конечном итоге определяющие ее защитную роль, практически не изучены.

Целью настоящей работы было изучение у больных язвенной болезнью реологических свойств желудочной слизи с учетом локализации язвы и состояния секреторной деятельности желудка. Реологические исследования проводили с использованием методических подходов, принятых в современной физико-химической механике для определения структурно-механических свойств высокомолекулярных полимеров [7].

Материал и методы. Обследовано 57 больных язвенной болезнью в возрасте от 16 до 67 лет: у 9 (5 мужчин и 4 женщин) из них язва локализовалась в теле желудка, у 48 (35 мужчин и 13 женщин) – в луковице двенадцатиперстной кишки. В числе последних у 37 больных была неосложненная форма заболевания, у 5 – ушитая перфоративная язва, у 6 – в анамнезе указание на кровотечение из язвы. Контрольную группу составили 14 человек (6

мужчин и 8 женщин) в возрасте от 17 до 48 лет без заболеваний органов пищеварения.

Секреторную деятельность желудка исследовали утром натощак через 12 – 14 ч после последнего приема пищи и не ранее чем через 24 ч после отмены всех медикаментозных средств. После удаления остатка голодного желудка в течение 30 – 60 мин откачивали базальный секрет, после чего изучали секреторную реакцию желудка в ответ на максимальную стимуляцию пентагастрином (6 мкг на 1 кг массы тела). При анализе учитывали показатели базальной и пиковой выработки кислоты и пепсина за 1 час по общепринятым методикам.

Нерастворимую слизь выделяли из аспирированного базального желудочного сока центрифугированием в течение 30 мин со скоростью 3000 об/мин. При этом нерастворимые ГП оседают на дно пробирок и формируется гелевая структура, которая может рассматриваться в качестве модели нативного желудочного геля. Реологические свойства слизи изучали на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия) с использованием системы конус - плита. Определяли предел упругости (τ, в дин/см^2) и два значения эффективной вязкости (η, в сП): при низкой скорости сдвига (D = 11,1 с $^{-1}$), когда структура геля еще не разрушена, и при высокой скорости сдвига (D = 4860 с$^{-1}$), когда его структура практически полностью разрушается. В ходе реологических исследований измерительную ячейку вискозиметра термостатировали при температуре 37ºС.

Весь цифровой материал обработан с помощью методов вариационной статистики с оценкой достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных язвенной болезнью упруговязкие свойства желудочной слизи были существенно снижены, при этом реологические показатели четко зависели от локализации язвы. При этом у больных с дуоденальной язвой предел упругости слизи снижен в среднем в 1,5 раза (Здесь и далее представлены только статистически достоверные различия ($p<0,05$)), эффективная вязкость, измеренная при низкой скорости сдвига, – в 1,8 раза, эффективная вязкость, измеренная при высокой скорости сдвига, – в 1,4 раза. Анализируемые реологические параметры варьировали в широком диапазоне. Так, предел упругости слизи был ниже 300 дин/см^2 у 44±7% больных, эффективная вязкость ее неразрешенной структуры не превышала 1800 сП у 56±7 % больных, а сочетание этих изменений наблюдалось у 38±7 % больных. В целом у 79±6% больных с дуоденальной язвой наблюдалось сочетанное или изолированное снижение упруговязких свойств слизи. У лиц контрольной группы такие изменения встречались только в 7±7 % случаев.

Больные с язвой тела желудка характеризовались еще большим нарушением реологических свойств слизи: снижение предела упругости в среднем в 2 раза, эффективной вязкости неразрешенной структуры – в 2,3 раза, эффективной вязкости разрушенной структуры – в 1,5 раза. Снижение упругих свойств слизистого геля отмечено у 67±17% пациентов, эффективной вязкости, измеренной при низкой скорости сдвига, – у 100 % больных. У больных с язвой тела желудка по сравнению с пациентами с дуоденальной язвой предел упругости слизистого геля был ниже на 33,1%, эффективная вязкость нативной слизи – на 28,8%, а число лиц с такими нарушениями – выше в 1,8 раза.

У больных с дуоденальной язвой параметры секреторной деятельности желудка были в среднем в 1,8 – 3,5 раза выше, а у больных с язвой тела желудка – в среднем в 1,3 – 2,2 раза ниже, чем у лиц контрольной группы, и в 2,2 – 7,5 раза ниже, чем у больных с дуоденальной язвой, что соответствует данным литературы. Между изменениями реологических свойств желудочной слизи и секреторной деятельности желудка параллелизм отсутствовал. Так, у 27±8% больных с дуоденальной язвой с гиперсекрецией кислоты в базальном периоде (выше 7 ммоль/ч у мужчин и 5 ммоль/ч у женщин) и/или в ответ на максимальную стимуляцию пентагастрином (выше 0,45 ммоль/ч/кг) упруговязкие свойства слизи не изменены. В то же время у 89±8 % больных с дуоденальной язвой и у всех больных с язвой тела желудка с нормальными показателями секреции кислоты реологические параметры слизи снижены. Следовательно, изменения упруговязких свойств слизи обладают самостоятельной патогенетической и диагностической значимостью.

Заключение. Таким образом, при язвенной болезни существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи, а выраженность и частота реологических нарушений зависят от локализации язвы. Изменения реологических параметров слизи не имеют четкой связи с патологическими отклонениями показателей желудочной секреции кислоты и пеп-

сина и встречаются значительно чаще последних, что свидетельствует об их самостоятельной патогенетической и диагностической значимости. Можно надеяться, что изучение реологических свойств желудочной слизи позволит углубить современные представления о роли повреждений слизисто-бикарбонатного барьера в ульцерогенезе и найти адекватные способы их коррекции.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Состояние слизистого защитного барьера и секреторная деятельность желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2; URL: http://www.science-education.ru/116-12525
2. Борисов Ю.Ю. Ферментовыделительная функция желудка и реологические свойства желудочного секрета у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Фундаментальные исследования. 2014. № 7 (часть 2). С. 237-240.
3. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-7. С. 1325-1328.
4. Ивашкин В.Т., Рапопорт С.И., Шептулин А.А. Достижения и перспективы развития клинической гастроэнтерологии // Клиническая медицина. 2010. № 4. С. 17-21.
5. Маев И.В., Горбань В.В., Салова Л.М. Кровоток и морфофункциональное состояние гастродуоденальной слизистой в разные фазы язвенной болезни // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 8. С. 57-62.
6. Салимова Н.Д. Особенности взаимоотношения агрессивно-протективных факторов в слизистой гастродуоденальной зоны при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростков // Врач-аспирант. 2010. Т. 43. № 6. С. 49-53.
7. Фишер А.А., Борисов Ю.Ю. Методика исследования реологических свойств желудочной слизи и ее диагностическая информативность // Лабораторное дело. 1989. № 5. С. 29-32.
8. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Клиническая медицина. 2012. Т. 90. № 8. С. 11-18.
9. Allen A., Flemstrom G. Gastroduodenal mucus bicarbonate barrier: protection against acid and pepsin // American Journal of Physiology - Cell Physiology. 2005. V. 288. № 1. P. 57-61.
10.Bell A.E., Sellers L.A., Allen A. Properties of gastric and duodenal mucus // Gastroenterology. 1985. Vol. 88. N 1. P. 269-280.
11.Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. 2006. V. 130. № 5. P. 1377-90.
12.Grossman M.I., Kurata J.H., Rotter J.H. Pertic ulcer: new therapies, new diseases // Ann. Intern. Med. 1981. V.95. № 5. P. 609-627.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОМПЕТЕНЦИЙ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю.
МАОУ ВО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия

Социально-экономические реформы, происходящие в России, значительно повысили потребность общества в оказании высококвалифицированной медицинской помощи. Возникла настоятельная необходимость в медицинских сестрах, не только владеющих современными методами ухода, соответствующими мировым стандартам, но также способной самостоятельно решать медико-социальные проблемы больного человека в рамках сестринского процесса [3, 4, 9, 10]. Решение этих задач становится возможным в связи с внедрением поколения 3+ ФГОС высшего сестринского образования - бакалавриата сестринского дела [9]. Как известно, высококачественное преподавание пропедевтики внутренних болезней в медицинских вузах является залогом подготовки высококвалифицированных специалистов, способствующих сохранению здоровья населения. Пропедевтика внутренних болезней является фундаментальным теоретическим и практическим базисом клинической медицины и ее преподавание закладывает основы клинического мышления будущих бакалавров сестринского дела и предваряет начало их клинического обучения.

Особенностями современного развития клинической медицины является, с одной стороны, углубление аналитического направления, и развитие интегративной направленности медицинского образования, с другой [1, 2]. Функция каждого органа находится в тесной связи с функциями других органов и систем, а весь комплекс регуляторных механизмов

обеспечивает не только тонкое взаимодействие внутри организма, но и приспособление организма как целого к постоянно меняющимся условиям среды. Познание будущими бакалаврами сестринского дела этой сущности является непременным условием, основой осмысления патогенеза нарушений и путей их коррекции в организме. Такое понимание является фундаментом клинического мышления специалиста с высшим сестринским образованием, позволяющего квалифицированно планировать, осуществлять, контролировать и, при необходимости, корректировать уход за пациентом.

Использование современных образовательных технологий в педагогическом процессе ставит своей задачей развитие индивидуальных особенностей его субъектов, с высокой степенью эффективности приводящих к запланированному образовательному результату [1, 2,5,6,]. Развитие продуктивного мышления студентов медицинских вузов является требованием времени, логичным шагом развития педагогической практики. Характерными его особенностями являются самостоятельная познавательная деятельность учащихся и творческое мышление как ключевой элемент результата образования. Вот почему все современные рекомендации по совершенствованию образовательного процесса сходятся на развивающем обучении с использованием активных методов. Одним из таких методов является самостоятельная работа творческого характера, позволяющая развивать продуктивное мышление у будущих бакалавров сестринского дела [1,2, 3]. Посредством стимулирования этих работ, таких как решение ситуационных задач, по пропедевтике внутренних болезней, формируются способность поиска ответа за пределами известного образца. Нами установлено, что при решении ситуационных задач успешные результаты возрастали с 42-46% до 73-76%, если студенты в группе имели достаточно хорошее представление о методах исследования внутренних органов, анализе выделенных симптомов и их объединении в синдромы с учетом общности их патогенеза, чему мы уделяли достаточное внимание.

На данном уровне продуктивной деятельности формируется творческая личность студентов. Постоянный поиск новых решений, их обоснование, обобщение и систематизация полученных знаний, перенос их в нестандартные ситуации делают знания более гибкими, мобильными, вырабатывают умения, навыки и потребность самообразования. Для развития продуктивного мышления студентов на разных этапах обучения мы используем ситуационные задачи различного уровня сложности, учитывая особенности специализации студентов в системе высшего сестринского образования. Применение на практических занятиях (в аудиториях) и внеаудиторных самостоятельных работ творческого характера расширяет возможности учащихся в изучении пропедевтики, позволяет развивать продуктивное клиническое мышление при сборе информации о пациенте, ее анализе и формулировке сестринского диагноза.

Методология преподавания с использованием аналитического и системного подходов способствует более глубокому пониманию проблем пациента, определению приоритетов и последующего планирования сестринских вмешательств. Реализация этих подходов в современных условиях предусматривает применение компьютерных технологий [8]. Внедрение учебных виртуальных технологи направлено на улучшение наглядности и убедительности преподавания диагностических манипуляций. Использование демонстрационных исследований функций человеческого организма и их нарушений позволяет готовить студентов к работе у постели больного в период производственной практики.

Периодическое переосмысление медицинского образования – естественный вектор на пути совершенствования подготовки отечественных бакалавров сестринского дела. Инновационный подход – это организация и внедрение системы «образование-наука-практика» в учебный процесс. Инновационное образование по пропедевтике внутренних болезней подразумевает овладение, прежде всего современными классическими дефинициями базовых знаний о морфофизиологических процессах и их нарушениях в организме человека. Такой подход позволяет научить студента практическому мышлению, как предтечи клинического осмысления естественных процессов контроля функций в условиях патологии. Инновационное образование в курсе пропедевтики предполагает создание новых знаний с помощью интегрирования классической фундаментальной науки непосредственно в учебный процесс. Изучение регуляторных возможностей систем организма подразумевает конечную цель: научить студентов управлять этими функциями. Личность лектора – аттрактор инноваций, а инновационное построение практикума открывает путь современным научным исследованиям.

Сегодняшнее состояние образования России со всей остротой ставит проблему улучшения его качества и повышения эффективности, что во многом связано с внедрением новых информационных технологий. Одним из путей решения данной проблемы является внедрение новейших информационных средств в обучение студентов, что приобретает все большую актуальность. На кафедре терапии с курсом педиатрии МАОУ ВО КММИВСО имеются высококвалифицированные преподаватели, необходимая учебная и учебно-методическая литература. Силами сотрудников кафедры создаются электронные учебные и контролирующие пособия по дисциплине, которые интегрированы в единый сетевой программный комплекс. Он обеспечивает обучение, общение и контроль знаний студентов очно-заочной и заочной форм обучения факультета высшего сестринского образования дистанционно. Данная технология позволяет охватить широкий контингент студентов, существенно минимизирует их временные и финансовые затраты, что особенно важно в условиях дефицита времени и дорогостоящих транспортных услуг. Подавляющее большинство студентов (98%) успешно справляются с заданиями и сдают экзамен по дисциплине. Опыт использования сетевых информационных технологий в учебном процессе в медицинском вузе позволяет успешно решать одну из основных задач современного высшего образования - формирование профессиональных компетенций будущего бакалавра сестринского дела.

Для внедрения сестринского процесса в клиническую практику требуется глубокая теоретическая и практическая подготовка по пропедевтике внутренних болезней, которая является естественнонаучной основой формирования клинического мышления. При обучении медицинских сестёр-бакалавров целесообразно использовать все формы и методы преподавания этой дисциплины. Большие возможности даёт интеграция пропедевтики внутренних болезней с анатомией физиологией, биохимией, биофизикой, экологией, иммунологией и другими наукам. Грамотное и всестороннее исследование и комплексная оценка внутренних органов позволяет составить диагностический алгоритм установления сестринского диагноза, который является основой для последующего планирования ухода за пациентом. В преподавании пропедевтики особое место отводится изучению глубинных механизмов поддержания гомеостаза, управления поведением человека и их нарушениям. При этом наиболее эффективными являются проблемный подход, творчество, организация исследовательской и самостоятельной работы студентов.

Литература:

1. Беляева А.Л. Управление самостоятельной работой студентов // Высшее образование в России. - 2003. - № 6. - С. 105-109.
2. Белялова М.А., Борисов Ю.Ю., Ананич В.А. Менеджмент в педагогике: инновационность и перспективность современных образовательных систем // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 4. – С. 50-52.
3. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Компетентностный подход к подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. - № 4. - С. 53-56.
4. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. - 2013. - № 4. - С. 56-58.
5. Борисов Ю.Ю. Рейтинговая оценка качества практической подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - № 4. - С. 64-67.
6. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Особенности преподавания клинических дисциплин по программе бакалавриата сестринского дела // Медицинское образование-2015 VI Общероссийская конференция с международным участием. 2015. С. 46-47.
7. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 4-1. С. 65-67.
8. Осин А.В., Калинина И.И.. Электронные образовательные ресурсы нового поколения в вопросах и ответах. – ФГНУ «Республиканский мультимедиа центр». – Москва. – 2007. – С.29.
9. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы // Принята на III Всероссийском съезде средних медицинских работников. Екатеринбург. - 2009. - 22 с.
10. ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата // Утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 03 сентября 2015 г. № 964.

ЭЛЕМЕНТЫ ЗДОРОВЬЯ – КАЛЬЦИЙ И МАГНИЙ

Бублик Е.С., Ткаченко А.В., Калинина В.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Кальций и магний относятся к биогенным макроэлементам [1]. Кальций участвует практически во всех жизненных процессах организма. Магний – необходимая составляющая всех клеток и тканей, входит в состав многих ферментов, участвует в процессе нервно-мышечной возбудимости [2].

Ранее нами изучено содержание кальция и магния в продуктах питания [3]. Показано, что дефицит магния в организме может вызывать синдром хронической усталости (СХУ) [4]. В продолжение этих исследований нами предпринята попытка изучить влияние дефицита магния и кальция на здоровье студентов.

Признаки дефицита кальция:

- снижается эластичность кожи;
- ухудшается состояние волос, ногтей;
- возникают дефекты зубной эмали, кариес;
- возникает состояние напряженности, раздражительности;
- возникает желание съесть кусочек мела или известки;
- возможно появление непроизвольной дрожи конечностей (тремор);
- возникновение ночных мышечных судорог (отмечаются, как правило, в ногах).

Признаки дефицита магния:

- сердечно - сосудистые: ангиоспазм, артериальная гипертензия, дистрофия миокарда, тахикардия, аритмии, увеличения интервала QT, склонность к тромбозам, развитие атеросклероза, патологическое течение беременности (токсикозы и гестозы);
- неврологические: синдром хронической усталости, вегетативная дисфункция, снижения внимания, депрессия, страх тревога, головокружение, мигрень, нарушение сна, парестезии, тетания;
- висцеральные: (кроме сердечно - сосудистых): бронхоспазм, ларингоспазм, гиперкинетические поносы спастические запоры, пилороспазм, тошнота, рвота, дискинезия желчевыводящих путей и холелитеаз, диффузные абдоминальные боли, образование камней в почках;
- мышечные: судороги скелетных мышц, увеличение скорости матки (выкидыш, преждевременные роды);
- преждевременное старение.

Характерными симптомами СХУ являются мышечные боли и спазмы, депрессия, раздражительность, нарушения сна. Эти же признаки характерны и для дефицита магния в организме [5].

Жизнь современного человека наполнена стрессовыми ситуациями. В студенческой жизни такие ситуации случаются минимум два раза в год (в период сессий), а практически гораздо чаще. Нами проведено анкетирование группы студентов разных курсов в составе 68 человек. По самооценке реципиентов, состояние стресса испытывают часто- 72%; периодически – 25%, редко – 3%, никогда -0%. Симптомы, совпадающие с симптомами СХУ, наблюдаются у 63% респондентов (43 человека). Препараты магния периодически принимают только 7% опрошенных, хотя об их пользе знают 75% (51 человек). Анализ полученных данных показал, что студенты, компенсирующие дефицит магния приемом соответствующих препаратов, реже испытывают стресс и не страдают СХУ.

Выводы:

1.Синдром хронической усталости и постоянный стресс испытывает большая часть студентов нашего вуза.

2. Причиной этого может быть дефицит магния в организме.

3. Прием магнийсодержащих препаратов способствует повышению стрессоустойчивости и избавляет от СХУ.

Литература:

1. Агаджанян Н.А., Цурчина В.И. Физиология человека. СПб: Сотис,1998, 528 с.
2. Громова О.А, Торшин И.Ю., Калачёва А.Г. и др. Динамика концентрации в крови после приема различных магнийсодержащих препаратов/ Фарматека, 2009, № 10, с. 63
3. Ткаченко А.В., Захарова А.К. Анализ содержания магния в пищевых продуктах. Материалы 15 Межвузовской НПК/ Краснодар, 2011, с.235-236
4. Ткаченко А.В., Дробышева О.М. Синдром хронической усталости и его зависимость от содержания магния в организме и пище. Материалы региональной Межвузовской учебно-методической конференции с международным участием «инновации в образовании» г. Краснодар, № 4 (1) 2016.

5. Manuel y Keenoy B., Moorkens G., Vertommen J., Noe M., Nève J., De Leeuw I. Magnesium status and parameters of the oxidant-antioxidant balance in patients with chronic fatigue: effects of supplementation with magnesium // J Am Coll Nutr. 2000. Jun; 19(3): 374-82.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Вавилова Е.Е., Ткаченко А.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Важнейшей функцией межличностного общения является коммуникативная. Особое значение эта функция имеет для медицинских работников. Известно, что хороший врач – это тот, после общения с которым пациенту стало лучше, независимо от приема препаратов и проведенных манипуляций. Наряду с главным – когнитивным - компонентом, немаловажными являются эмоциональный и поведенческий компоненты[1]. Выбору правильного поведения в процессе коммуникации способствует точное определение психотипа реципиента. Этому способствует система психологических векторов.

Ранее нами проведены исследования по определению психотипов группы студентов-медиков и выработке навыков общения на этой основе [2,3,4]. Проведенная работа позволила участникам группы улучшить взаимоотношения в группе. Знание особенностей психотипов партнеров значительно облегчает общение, снижает вероятность возникновения конфликтных ситуаций и ускоряет достижение поставленных целей

В настоящей работе исследована динамика изменения психотипов студентов КММИ ВСО. Метод исследования – компьютерное тестирование на основе теста Толкачева-Бородянского с компьютерной обработкой результатов[5].

В экспериментальной группе сохраняется преобладание желтого (Меркурий) и красного (Марс) векторов, однако это преобладание уже не является столь доминирующим, как в предыдущем опыте. Наблюдается увеличение синего (Плутон) и зеленого (Нептун) векторов, что может быть связано с возрастными изменениями.

Нами проведено сравнение успеваемости в группе студентов, ознакомленных с системой психологических векторов, с показателями студентов контрольной группы студентов той же специальности, в которой показатель успеваемости до эксперимента был аналогичным. Установлено, что в экспериментальной группе этот показатель оказался на 6,8 -7,55 выше. Кроме того, студенты экспериментальной группы отмечают улучшение психологического климата в группе, уменьшение числа конфликтных ситуаций.

Умение определять психотип партнера (пациента) позволяет выбрать правильный стиль поведения и повышает эффективность коммуникации.

Литература:

1. Крысько В. Г.. Социальная психология: Курс лекций 3-е изд. - М.: Омега-Л, 2006. 352 с.
2. Ткаченко А.В., Соколова А.С. Определение психотипа личности с помощью системы психологических векторов. Международная НПК «Межкультурная коммуникация: лингвистический, социальный и медицинский аспект», Курск, 2012, 4с., электронное издание, № рег. в Информрегистр 0321201551.
3. Ткаченко А.В., Обухова Н.А., Соколова А.С. Коммуникабельность как производное психоанализа. Тезисы доклад 39 НПК ЮФО, ч.1, Краснодар, 2011, с.182-183
4.Ткаченко А.В., Соколова А.С., Азаркин Е.В. Система векторов: социально-психологический аспект. 16 Межвузовская НПК с международным участием «Проблемы и перспективы научных исследований», Краснодар, 2012, с.102-104
5. Векторная психология – тест Толкачева-Бородянского //psy8.ru

ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Вальман Л.К., Мельник Е.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Одной из основных причин, приводящих к патологии беременности, родов, внутриутробного развития плода, заболеваний новорожденного, а также проблем зачатия является воздействие на организм женщины целого ряда тератогенных факторов, к числу которых относится злоупотребление алкоголя, наркотиков, курения и ряда лекарственных препаратов. Особенно опасно воздействие вышеука-

занных веществ в фазе органогенеза (до 14 нед) поскольку в это время наблюдается активная дифференцировка нервной трубки и системы кровообращения, и это может привести к возникновению у ребенка врожденного кретинизма и серьезных пороков развития.

Цель работы: изучить влияние вредных привычек на организм беременной женщины и их эпидемиологическую распространенность в данной популяции.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ зарубежных и отечественных публикаций по влиянию и распространенности вредных привычек на организм беременной женщины.

В результате исследования было установлено, что среди всех тератогенных факторов широко распространено во всем мире табакокурение. Так, в США курит 52-55% женщин, из них 20-25% - продолжает курить во время беременности. В Великобритании, Австралии – курит более 40% женщин, из них продолжают курить во время беременности – 33%. В Швейцарии продолжают курить во время беременности – 9%, Чехии – 28,7% беременных женщин. В России табакокурение приобрело характер пандемии: в 14 лет 38% девушек подростков курят, к 18 годам число курильщиц увеличивается до 75%. Доля курящих беременных также велика (23%). По данным Роспотребнадзора от декабря 2007 года в России активно курит более половины девушек, обучающихся в вузах — то есть самая “плодовитая” часть женского населения.

Отмечено повышение у курящих матерей риска самопроизвольных выкидышей, предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, дородовое излитие вод, задержки развития плода и синдрома внезапной детской смерти [1,2,3,4]. Как у курящих, так и у бросивших курить возрастает частота осложнений беременности (ранних токсикозов в 3 и 1,7 раза соответственно, гестозов в 1,4 раза (в том числе тяжёлых форм в 6 и 4,7 раза), угрозы прерывания беременности в 2 раза). На 35% увеличивает риск перинатальной смерти в среднем на 27% при потреблении более 20 сигарет в сутки, а употребление более 10 сигарет в сутки заметно отражается на весе новорожденного[8,9].

Употребление алкоголя и наркотиков высоко коррелируется с развитием патологии плаценты и плацентарного комплекса, что повышает риск самопроизвольного аборта, преждевременных родов, внутриутробной гипоксии и недостаточности питания плода, вплоть до его антенатальной гибели, а также сопровождается развитием наркотической интоксикации и абстинентного синдрома у новорожденного, нарушений физического и умственного развития ребенка [1,2,3,5,6]. При регулярном употреблении алкоголя может развиться фетальный алкогольный синдром. Иногда он наблюдается даже при эпизодическом употреблении алкоголя, причем имеется прямая зависимость между количеством потребляемого спиртного и степенью тяжести заболевания.

По данным американских исследователей, от 14 до 20% беременных женщин в той или иной степени употребляют алкоголь, 0,2–1% из них, принадлежат к группе сильно пьющих. По России цифры еще выше: 42% женщин принимают алкоголь во время беременности, 12% — злоупотребляют им.

В Российской Федерации в течение последних 15 лет отмечается постоянный рост числа лиц употребляющих наркотики, основным является героин (60%), вызывающий сильную зависимость. Структура потребляемых наркотиков в РФ по данным обращаемости за наркологической помощью, представлена следующими наркотическими средствами: на долю опиоидов приходится 90,1% (частота выявления опиатного абстинентного синдрома новорожденных с 1996 по 2000 гг. – увеличилась более чем в 10 раз), каннабиноидов — 4,3%, других наркотических веществ и их сочетаний — 3,6%, психостимуляторов — 2% [7]. Учитывая данные статистики и пагубные последствия тератогенных факторов на организм женщины, ассоциацией российских врачей акушеров-гинекологов рекомендовано [1]:

- будущей маме отказаться от своих вредных привычек за 1,5 года до наступления беременности;
- здоровым женщинам рекомендуется избегать употребление любых лекарственных препаратов, кроме простейших безрецептурных средств, соответствующих группе А перечня FDA;
- беременные, страдающие хроническими экстрагенитальными заболеваниями должны планировать беременность, чтобы иметь возможность снизить прием препаратов или временно отказаться от них;
- необходимо прием лекарств во время беременности согласовывать с врачом;
- с момента принятия решения о беременности, в худшем случае – с момента установления факта беременности, начать прием фо-

лиевой кислоты на менее 4мг/сут и калия йодит 200 мг/сут.

Литература:
1. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айломазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Айломазян Э.К. Акушерство: учебник для мед. вузов. – 3-е изд., испр. – СПб.:СпецЛит, 2009. – 496с.
3. Мельник Е.Г., Клонина Н.В. Мероприятия по снижению распространенности курения среди женщин / Материалы 8 научно-практической конференции молодых ученых и студентов Юга России «Медицинская наука и здравоохранение» Анапа - 2010г.
4. Олейник А.Ю., Гайдуков С.Н. Наркотики и беременность. Современные подходы к ведению и лечению наркозависимых женщин // Русский биомедицинский журнал. -2002. – Т.3. – С. 1-2.
5. Беременность и роды у женщин, употребляющих алкоголь. Фетальный алкогольный синдром: Пособие для врачей. — М.: Издво РУДН, 2003. — С. 34.
6. McCowan L.M.E., Dekker G.A., Chan E. Et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. BMJ 2009;338;b1081.
7. Yuan H., Platt R.W., Morin L. et al. Fetal deaths in the United States. // Am. J. Obstet. Gynecol.- 2005.- Vol. 193.- № 2.- P. 489-495.

ДИНАМИКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Вальман Л.К., Дробышева О.М.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Составной частью системы государственных, социальных и оборонных мероприятий, проводимых в целях защиты населения и хозяйства страны от последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, средств поражения противника является безопасность жизнедеятельности. Оказание медицинской помощи пострадавшим при ЧС имеет свою ярко выраженную специфику [1].

Актуальность выбранной темы исследований подтверждается тем, что многие бакалавры-выпускники медицинских вузов не полностью готовы к практической работе в условиях чрезвычайных ситуаций, и в связи с этим не способны оказать первую помощь на месте поражения с помощью подручных или табельных средств. При преподавании БЖД на кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин в ходе занятий активно используются средства индивидуальной защиты в ходе интерактивных занятий [2].

Цель исследования – определение динамики стрессоустойчивости студентов в условиях использования средств индивидуальной защиты.

Объект исследования – студенты-бакалавры МАОУ ВО «КММИВСО».

Материал и методы исследования – наблюдения были выполнены на 20 студентах. На установке «ВНС-Микро» по созданной компьютерной программе «Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека» [3] осуществляли регистрацию дыхания и электрокардиограммы.

У всех испытуемых до первого занятия с использованием средств индивидуальной защиты и после первого такого занятия проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма. По динамике индекса регуляторно-адаптивного статуса определяли уровень стрессоустойчивости. Лица, у которых при действии стрессорного фактора регуляторно-адаптивный статус не изменился или снизился не более, чем на 5-6% составили группу с высоким уровнем стрессоустойчивости. Испытуемые, у которых регуляторно-адаптивный статус при действии стрессорного фактора уменьшился не более, чем на 50% составили группу с умеренным уровнем стрессоустойчивости. Лица, у которых на стресс снижение регуляторно-адаптивного статуса превысило 50%, были отнесены к испытуемым с низким уровнем стрессоустойчивости [4].

Результаты проведенных исследований обработаны методами математической статистики.

По результатам, полученным в ходе исследований, студенты по динамике ИРАС распределились на три группы:

- с высоким уровнем стрессоустойчивости, перед действием стрессорного раздражителя индекс регуляторно-адаптивного статуса достоверно не изменялся–3 человека;
- с умеренным уровнем стрессоустойчивости, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 41,6% - 15 человек;
- с низким уровнем стрессоустойчивости, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 51,6% - 2 человека.

Заключение: Было выявлено, что использование средств индивидуальной защиты изме-

няет состояние стрессоустойчивости организма. И по данным исследования только три человека смогут эффективно оказать медицинскую помощь в условиях ЧС, несмотря на использование средств индивидуальной защиты.

В связи с вышеизложенным, необходимо проводить регулярные тренировочные занятия по использованию средств индивидуальной защиты, так как совершенствование навыков работы в средствах защиты снижает влияние на стрессоустойчивость студентов таких негативных процессов как ограничение полей зрения, скованность движений, перегревание [5].

Литература:
1. Дробышева О.М. Формирование профессиональной готовности студентов к оказанию эффективной медицинской помощи в условиях ЧС / О.М. Дробышева, В.И. Дробышев, С.Н. Линченко, В.М. Бондина, В.П. Адриано-польский // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 118-122.
2. Дробышева О.М. Проблемное обучение на кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин / В.В. Литвинова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 122-124.
3. Покровский В.М., Пономарев В.В., Артюшков В.В., Фомина Е.В., Гриценко С.Ф., Полищук С.В. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. / Патент №86860 от 20 сентября 2009 года.
4. Покровский В.М., Мингалев А.Н. Регуляторно-адаптивный статус в оценке стрессоустойчивости человека // Физиология человека. - 2012. - Т. 38. - № 1. - С.1-5.
5. Дробышева О.М. Оценка повышения стрессоустойчивости студентов / О.М. Дробышева, В.Г Абушкевич // Научные труды SWorld. 2010. Т. 22. № 4. С. 79А-80.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Воробьева А.В., Савченко Н.А., Бондаренко П.П.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования обусловлена постоянно возрастающим количеством больных с переломами длинных костей конечностей, поступающих на стационарное лечение в многопрофильные стационары крупных городов нашей страны [1,2].

Травмы занимают третье место в структуре общей заболеваемости. У мужчин травмы встречаются в 2 раза чаще, чем у женщин, а у мужчин трудоспособного возраста они занимают первое место в структуре общей заболеваемости. От 5,5% до 10 % больных с травмами нуждаются в госпитализации. Травмы и заболевания занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье место – среди причин инвалидности. По данным мировой статистики травмы занимают третье место в структуре общей летальности. В последние годы четко прослеживается возрастание смертности от травм. Уровень ее практически сравнялся с летальностью от сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди многочисленных видов механических травм основное место занимают повреждения костей. Это и обуславливает актуальность изучаемой проблемы.

Цель исследования - изучить тактику лечения и принципы диагностики больных с переломами костей конечностей.

Объект исследования: особенности переломов костей конечностей.

Предмет исследования: клиническая картина переломов костей конечностей.

Методы исследования:

- теоретические: анализ теоретических источников по данному виду повреждений;

- эмпирические: изучение историй болезни, анкетирование.

База исследования: Краевая Клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского (г. Краснодар).

Теоретическая значимость проведенного исследования: возможность использования теоретического материала в дальнейших исследованиях возможностей комплексных лечебных мероприятий при переломах костей конечностей.

Практическая значимость исследования: результаты теоретического и эмпирического исследований могут быть использованы в медицинской практике при лечении и диагностике переломов костей конечностей. Подробное раскрытие данной темы позволит повысить уровень оказания медицинской помощи пациентам с переломами костей конечностей, а также снизить уровень осложнений.

Краевая Клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского (г. Краснодар) - крупнейшее учреждение здравоохранения юга России, выполняющее более 40000 операций в год. ККБ №1 оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь наравне с ведущими федеральными клиниками по направлениям: сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, офтальмология, урология, трансплантация органов и тканей, абдоминальная хирургия, челюстно-лицевая хирургия.

Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского – единственное медучреждение в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах, где выполняются операции по поводу онкологических поражений в любом отделе позвоночника.

Врачи ККБ№1 успешно проводят трансплантации сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы. В настоящее время трансплантация органов в ГБУЗ ККБ №1 проводится регулярно, в плановом порядке. ГБУЗ ККБ № 1 крупнейшая современная клиническая больница Юга России, центр высоких технологий Южного федерального округа, где разрабатываются и внедряются самые современные методы исследования и лечения больных.

Проведено исследование историй болезни 20 пациентов с переломами конечностей, которые получали лечение в хирургическом отделении ГБУЗ ККБ №1. В ходе исследования был проведен анализ социально-демографических характеристик пациентов.

Перелом костей – нарушение целости костей вследствие травмы. Перелом бывает неполным, в этом случае образуется трещина, надлом или дырчатый дефект ткани кости.

Переломы бывают открытые или закрытые. [3]

Закрытый перелом – это перелом с неповрежденной целостностью кожных покровов.

Открытый перелом сопровождается повреждением кожи и мягких тканей и сообщается с внешней средой.

Встречаются переломы единичные и множественные, а так же сочетанные, если кроме переломов костей имеются и повреждения внутренних органов.

В лечении переломов должны быть выполнены 2 основных момента – репозиция (сопоставление костных отломков в правильном положении) и последующая фиксация отломков на весь период сращения.[4]

В ходе исследования было выявлено, среднестатистический пациент с переломами костей конечности – это мужчина, работоспособного возраста, рабочей специальности, проживающий с семьей, имеющий доход от 15000 до 30000 рублей.

Наибольшую долю (35%) занимают переломы смешанного характера. Наиболее часто применялся в течение первых суток после травмы остеосинтез чрескостный. Исследование показало, что при остеосинтезе наиболее часто возникали нагноения (15 %), перелом гвоздя, его искривление (5%), смещение костных фрагментов (5%) и осложнения, связанные с коррозией, миграцией стержня, неправильным его проведением (15%). Без осложнений лечение протекало у 60% пациентов.

Любое травматическое повреждение костей верхних и нижних конечностей сопровождается не только местными реакциями организма, но и запускаются механизмы нервной и рефлекторной реакции организма с изменением работы жизненно важных органов и систем. Сразу после травмы у пострадавшего может развиться обморок, коллапс или шок.

Переломы могут не только значительно повлиять на качество жизни человека, ухудшив его, но и представлять серьезную угрозу здоровью и жизни. Именно поэтому профилактика переломов является крайне важным и необходимым мероприятием.

Основными профилактическими мероприятиями являются профилактика остеопороза, отказ от курения, алкоголя, нормальный вес, правильное питание, занятия спортом.

Литература:

1. Агаджанян В.В. Политравма: перспективы исследования проблемы // Политравма. – 2007. – № 3. – С. 5-7.
2. Акитов, Г.В. Анализ ошибок и осложнений у больных с переломами длинных трубчатых костей конечностей, леченных методом внеочагового остеосинтеза / Г.В. Акитов, А.И. Грицанов// Ортопедия, травматология – 2009. – № 1. – С. 46-50.
3. Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592с.

4. Травматология: учебник / Котельников Г.П., Мирошниченко В.Ф. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011г. – 592с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ (ТЕРАПЕВТОВ)

Воробьева Д.С., Бойченко С.Ф.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Профессиональная деятельность врачей-стоматологов характеризуется как малоподвижная, связанная со значительными физическими нагрузками преимущественно статического характера. Рабочие позы с наклоном и изгибом позвоночника занимают более 80 % рабочего времени. Незначительная по площади и размеру поверхность объектов и ответственность за здоровье пациента предъявляют особые требования к точности движений врача-стоматолога[1,3].

Одним из главных критериев оценки профессиональной компетентности врачей-стоматологов, выступает время, затрачиваемое на профессиональные действия [2], и мы предполагаем, что уровень прикладной физической подготовленности, а в частности, точность координационных способностей, будет иметь в этом ведущее значение.

Цель: изучить содержание профессионально-прикладную физическую подготовку (ППФП) у врачей стоматологов.

Задачи:

Выявить особенности профессиональной деятельности врачей стоматологов;

Изучить отношения к физической культуре и ППФП;

Разработать программу по ППФП для врачей стоматологов;

Изучить влияние программы по развитию ППФП;

Дать практические рекомендации для дальнейшего занятия ППФП, физической культурой и спортом.

С целью определения профессиональных навыков и отношения к физической культуре было проведено анкетирование врачей-практиков (терапевтов). В анкетировании приняли участие 42 человека (стоматологи-терапевты). 1 группу составили врачи имеющие стаж работы более 10 лет (19чел.), вторую – 5 лет и менее (23чел).

В ходе исследования были получены данные, которые отражают особенности профессиональной деятельности врачей-стоматологов (терапевтов). Обслуживание одного пациента занимает от 30 до 90 минут в первой группе и от 40 до 120 минут во второй. Основные профессиональные манипуляции занимают следующее количество времени (1группа – (2 группа)): эстетическая реставрация зуба – 23-50мин., (45-90мин.); пломбирование канала – 8-12мин., (15-25мин.); инъекционная анестезия – 0,5-3 мин., (1-4мин.); пломбирование кариозной полости – 10-23 мин., (16-32мин); препарирование кариозной полости – 5-12 мин., (11-24мин).

Рассматривая общие данные, видим следующее: 83% респондентов испытывают общее утомление, характеризуемое как усталость, в конце рабочей смены. На вопрос об утомлении отдельных мышечных групп, респонденты отметили, что значительная усталость связана, прежде всего, с деятельностью мышц шеи (78%) и мышц спины (88%). Утомление, связанное с деятельностью рук отмечено всеми респондентами. Причем, усталость, отмеченная в области предплечья, встречается у 52% опрошенных, в области запястья у 46% и 42% респондентов отмечают утомление мышц пальцев. У 34% также отмечалась усталость мышц ног, в том числе стопы, 69% отметили утомление зрительного анализатора, что вызывается малой величиной объектов, с которыми производятся медицинские манипуляции.

Лишь 15% респондентов ответили, что занимаются физической культурой и спортом и лишь 3% выполняют специальные упражнения, направленные на развитие точности и координации движений рук и в частности пальцев рук при длительных статических рабочих позах.

Для наших испытуемых была разработана программа по ППФП с учетом современных требований к профессии и развитием групп мышц на которых приходиться основная нагрузка при работе.

На основе программы сформирован личный план ППФП, включающий в себя: основы здорового образа жизни, утреннюю гимнастику, специальные физические упражнения в режиме дня, выполнение физкульт-пауз, физкульт-минуток, соблюдение режима дня.

Для выявления эффективности реализации программы по истечении шести месяцев было проведено повторное анкетирование.

В результате все респонденты (100%) отметили улучшение общего самочувствия и меньшую усталость в конце рабочего дня (уже после трех недель выполнения рекомендаций программы). Все профессиональные манипуляции, по времени, выполнялись с большей й эффективностью от 2% до 14% (1группа – (2 группа)): эстетическая реставрация зуба – 7% (14%); пломбирование канала – 5% (11%); инъекционная анестезия – 2% (4%); пломбирование кариозной полости – 5% (9%); препарирование кариозной полости – 4% (10%). И общее время приема сократилось на 5% у первой группы врачей и 11% у второй группы.

Все респонденты высказали предположение, что будут стремиться и в дальнейшем выполнять упражнения, предложенные в программе, для поддержания и совершенствования уровня профессионально-прикладных физических качеств, а также заняться каким либо видом спорта или посещать фитнес-клуб, тренажерный зал.

В результате данного исследования можно сделать следующие выводы:

- программа ППФП является эффективной для врачей стоматологов (терапевтов) и может быть реализована в режиме профессиональной деятельности без снижения эффективности профессиональных качеств;

- выполнение комплекса ППФП привело улучшению общего самочувствия, к уменьшению утомления в течение рабочего дня и оптимизации времени для выполнения профессиональных манипуляций, особенно у врачей с небольшим опытом работы;

- одним из приоритетных задач врача-стоматолога является занятие спортом и выполнение упражнений ППФП в режиме дня, в течение рабочего времени для сохранения и повышения качества профессиональных навыков.

Литература:

1. Дяченко А.П. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов-стоматологов: дис. канд. пед. наук / Дяченко А.П. – К., 1997. – 187 с.

2. Матвеев А.Г. Эргономика для врача-стоматолога: аспекты влияния рабочего стула стоматолога на здоровье / А.Г. Матвеев // Институт стоматологии. – 2010. - № 46. – С. 110 – 112.

3. Немцев О.Б. Теоретические основы точности движений / О.Б. Немцев // Вестник Адыгейского государственного университета. – 2005. - № 1. – С. 33 – 43.

КОМПЛЕКТ ШПИОНСКИХ ПРОГРАММ – «SETSMURFS»

Гаршин А. Н.

Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М.Штеменко

Краснодар, Россия

Нынешнее время разительно отличается от предыдущего: здесь правит техника и товаром выступает информация. Недаром же говорят, что XXI век — век информационных технологий**.**

То, что еще совсем недавно казалось новым и неизведанным, сегодня уже неактуально.

Мы покоряем космос уже не в околоземном пространстве, а отправляем свои исследовательские мини-станции на Марс, ведется разведка Сатурна, Юпитера и Титана.

Когда-то об этом можно было прочесть только в фантастических книгах. Например, идеи романов Жюль Верна, такие как подводная лодка, стали реальностью в XX-м веке. Настало время реализации самых смелых фантазий современности.

Человек исследует океанское дно с помощью сверхсложной аппаратуры и в онлайн-режиме это могут наблюдать миллионы пользователей Интернета. Глобальная паутина стала всеобъемлющим пространством, которое объединило все и вся.

Люди из разных уголков нашей планеты свободно общаются в режиме реального времени друг с другом, обмениваются фото-, видеозаписями, мнениями, обсуждают насущные вопросы.

Бывший сотрудник Агентства национальной безопасности США Эдвард Сноуден обвинил Управление правительственной связи Великобритании (GCHQ) во взломе смартфонов и слежке за их владельцами, которая происходит с помощью так называемых программ-смурфов.

Сноуден отметил в интервью BBC, что пользователь получает зашифрованное текстовое сообщение, которое даже не замечает. После этого британские спецслужбы могут не только читать сообщения и отслеживать перемещения владельца смартфона, но и слушать, что происходит вокруг устройства и даже делать фотографии.

"GCHQ следит за тем, кому вы звоните, что вы написали в текстовом сообщении, какие сайты вы посещали, список ваших контактов, в каких местах вы находились, к каким сетям беспроводной связи подключался ваш телефон", - заявил Сноуден.

Такая многофункциональная слежка стала возможна благодаря программе по перехвату информации Smurfsuite - "Комплект смурфов"**.**

Смурфы это вымышленные персонажи бельгийского художника Пьера Кюллифора, которые отличаются тем, что их не замечают люди.

В комплекте есть несколько программ, отвечающих за разные функции.

Например, "Мечтательный смурф" (DreamySmurf) может включать и выключать смартфон без ведома пользователя, так как имеет доступ к питанию устройства. "Любопытный смурф" тем же способом управляет микрофоном смартфона.

"Например, если телефон у вас в кармане, то GCHQ может включить микрофон и слушать все, что происходит вокруг вас - даже если ваш телефон выключен, поскольку у них есть другие инструменты, чтобы его включить", - пояснил Сноуден.

Геолокацию владельца смартфона отслеживает "Смурф-следопыт" (TrackerSmurf). Причем, делает он это более "детально", чем могут позволить вышки мобильной связи.

Чтобы пользователь не мог определить, что его телефон прослушивается, применяется программа "Параноидный смурф" (Paranoid-Smurf), защищающая весь комплект смурфов от разоблачения.

Сноуден считает, что GCHQ является зависимой структурой АНБ, которая предоставляет британским коллегам технологии, ставит задачи и так далее**.** Правительство Великобритании появившиеся данные не комментирует**.** По словам представителя ведомства, "согласно давней практике", власти не комментируют вопросы, касающиеся разведывательных служб.

Вместе с тем, он отметил, что деятельность GCHQ "проходит в рамках строгого правового режима", и за работой спецслужб также ведется серьезный надзор. Действия же Сноудена, по его словам, уже нанесли серьезный ущерб разведслужбам в способности отражать угрозы национальной безопасности.

Продвинутую молодежь все реже встретишь на улицах города: туда они выходят, только чтобы перемещать свою физическую оболочку из пункта А в пункт Б. Все остальное время они виснут в Инете. Поэтому они и носят с собой свои переносные порталы (ноутбуки, нетбуки, макбуки, планшеты, коммуникаторы), чтобы в любом удобном месте снова подключиться к бесконечному потоку океана информации.

Сегодня информационные технологии задействованы везде: в промышленности, в авиатранспорте, ж/д транспорте, науке, образовании, социальных структурах, государственном управлении, экономики и культуре.

Даже Церковь не гнушается пользоваться дарами XXI века – века информационных технологий и с удовольствием проповедует через Интернет, вне зависимости от того христианство, ислам или буддизм несет она людям.

Литература

1. Пищухин Д. Шпион в твоём кармане //5-tv.ru: Пятый канал. 2005. URL://http://www.5-tv. Ru /glavnoe/broadcasts/508849/219/(дата сообщения 11.10.2015)
2. Фролов С. Программы – «смурфы» //Wikipedia.ru:Википедия. 2003. URL: http// www. wikipedia.ru/smurfs/(дата сообщения 12. 10. 2015)
3. Образов К. Мир современных технологий//TechCult.ru: Новинки современных технологий.
2006.URL:http//http://www.techcult.ru/technology/ (дата обновления 23. 09. 2014)

ИНТЕРНЕТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ

Герасимова Д.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Интернет приобрел большое значение в современном обществе. По правилам современного общества практически невозможно существовать без пользования интернет ресурсами. Пользование Интернетом это глобальная экономия времени, но нельзя отрицать, что чрезмерное пользование Интернетом может повлиять на нашу психику. Не зря есть такая поговорка: «все хорошо в меру». Пагубное воздействие может оказать чрезмерное увлечение Интернетом на различные сферы нашей жизни, и впоследствии вызвать Интернет - зависимость.

Целью данного исследования является выявление положительного и отрицательного влияния Интернета на становление и развитие личности в социальной среде.

Положительное влияние Интернета

1) Интернет - это сбор, хранение, доступность и передача ценной информации.

В первую очередь, Интернет – это огромная библиотека у вас дома. Библиотека всего мира в вашем кармане. Не выходя из дома, можно посетить абсолютно любое место мира. Самые свежие новости, прогноз погоды, информация о пробках, маршрут до какого-либо места все это дарит Интернет. И конечно же нельзя не упомянуть об электронных письмах, которые дойдут до адресата за несколько секунд. В сети можно найти абсолютно любую информацию, из всех сфер жизни человека.

2) Приобретение товаров и услуг, которые не предоставляются или их нет в наличие в городе, или они не имеют достойного качества.

Интернет упрощает покупки. В электронном виде они обходятся дешевле. При заказе товаров и услуг можно детально посмотреть описание, фото, проверить отзывы на данный товар. Продать машину, купить домашнего питомца, найти развлечение на выходные, подобрать тур поездку.

3) Интернет - это общение

Интернет упрощает жизнь, предоставляя возможность общения «on-line», это уникальная возможность для тех, кто находится на приличном расстоянии друг от друга, кто не имеет возможности увидеться, а также не стоит забывать о людях, с ограниченными возможностями, которые просто не могут покинуть свой дом

В социальных сетях вы можете найти практически всех: родственники и друзья, проживающие в другом городе или стране, одноклассники, старые знакомые.

Общение может осуществляться посредством чатов, видео-звонков, электронных писем, голосовых сообщений.

4) Интернет - источник развлечения.

В развлекательных целях можно пользоваться Интернетом: просмотр и загрузка фильмов, мультфильмов, интересных онлайн игр и т.д.

5) Интернет-источник дохода

В Интернете можно найти работу, которая будет высоко оплачиваться и приносить удовольствие.

Интернет дает возможность ведения своих профессиональных блогов, развитие своего бизнеса с помощью Интернет-ресурсов, а именно сайтов, которые приносят целевых или потенциальных клиентов.

Во всемирной Сети можно осуществить быстрый поиск, как работодателей, так и людей различных специальностей

Успешный бизнес в интернет-сети — это огромный спектр услуг, которые предоставляются в электронном виде, а именно создание сайтов, написание книг для пользователей интернета, продвижение бизнес-сайтов, компаний, корпораций, продажа недвижимости, предоставление посреднических услуг и т. д.[2]

6) Интернет - это возможность быть в центре событий.

Ведения активного образа жизни является огромным плюсом Интернета.

Пагубное влияние Интернета

Какое же пагубное влияние может принести Интернет человеку?

1) Интернет-это недостоверная и негативная информация.

В Интернете может встречаться нежелательная и нецензурная информация из-за невозможности отслеживания действий пользователя в сети. Невозможно фильтровать всю негативную информацию.

2) Интернет - это мошеннические действия

Социальные сети — это очень хорошо, но не стоит пренебрегать безопасностью, потому что вся информация, указанная на страницах и в профилях доступна. Нередки случаи взлома аккаунтов.

Мошеннические действия в отношении продажи товаров и услуг в сети. Огромное количество интернет-магазинов, которые предоставляют некачественную продукцию, а также обманным путем привлекают потенциальных клиентов за счет интернет-аукционов, на которых выставляют свой товар как новый, но когда получаешь его - понимаешь то, что он бывшего употребления. Вернуть свои средства за некачественный товар и отстоять свои права потребителя, которые регулируются законом весьма затруднительно.[1]

3) Интернет - это масса вирусных программ

Пожалуй, всем известно, что Интернет просто кишит вирусами и необходимо установить антивирусную программу, чтобы защитить компьютер.

4) Интернет-это снижение уровня грамотности

Влияние интернета на русский язык, на культуру, на образование, на процесс обучения.

Сеть Интернет стала средством общения для многих людей. Тексты пишутся быстро и в виртуальном пространстве слова рус-

ского языка часто употребляют не по правилам: без знаков препинания, часто без прописных букв, с многочисленными сокращениями и опечатками.

5) Интернет - это проблемы со здоровьем.

Человеческий организм подвержен негативному влиянию во время длительной работы за компьютером. Особенно отражается в большей степени на зрение и костно-мышечный аппарат человека

Так же рассмотрение ненужной информации приводит к развитию стресса.

Интернет - зависимость

Безусловно, все перечисленные выше заболевания не могут не оказать отрицательного воздействия на психическое состояние человека. Но в данный момент стоит сказать о влияние Интернета, которое напрямую связано с человеческой психикой. Человек становиться Интернет зависимым от современных компьютерных технологий и первыми с этой проблемой столкнулись врачи-психотерапевты в 1996 году. Интернет-зависимость сравнивают с наркоманией - физиологической зависимостью от наркотических веществ.

Людям, проживающим свою жизнь в Интернете зачастую необходима социальная поддержка, у них большие трудности в общении, они испытывают неудовлетворенность, низкую самооценку, закомплексованность, застенчивость и целый ряд других всевозможных проблем подобного рода. К сожалению, Интернет способен решить практически все такие проблемы, предоставляя жизнь виртуальную (где можно сделать себя абсолютно кем угодно, то есть, воплотить все свои мечты о собственной исключительности) взамен жизни реальной, к которой такой человек попросту оказывается неприспособленным. Практика показывает, что такие люди спешат уйти в безопасную для них среду, в жизнь, где у них нет никаких обязательств. Со временем такой образ жизни и мышления пропитывает все уровни их действительности, а результат - человек действует, живет и думает совершенно по-другому. Меняется подход к решению различных жизненных проблем.[3]

Несколько типов проявления Интернет-зависимости:

- виртуальные знакомства - избыточность знакомых и друзей в сети, постоянные новые знакомства;

- навязчивая потребность в сети - игра в онлайн азартные игры, постоянные покупки или участия в аукционах, участие в разнообразных обсуждениях на форумах;

- бесконечные путешествия по сети - поиск информации по базам данных и поисковым сайтам;

- игровая зависимость - навязчивая игра в on-line компьютерные игры.

Список психологических симптомов, которые могут проявляться у человека, относящегося к группе риска интернет-зависимых людей:

- ощущение хорошего самочувствия, а иногда даже эйфории от присутствия за компьютером;
- проблематичность, а в некоторых случаях и невозможность прервать работу;
- увеличение количества времени, проводимого за экраном монитора;
- невнимательное отношение к членам семьи и друзьям, переходящее в полное пренебрежение и равнодушие;
- ощущения внутреннего дискомфорта, пустоты, депрессии и раздражения, появляющиеся в отсутствие компьютера;
- учащающаяся ложь работодателям и членам своей семьи о своей деятельности;
- возникновение проблем с работой или учебой.

Российские психиатры считают, что сейчас в стране Интернет зависимых 4-6%.

Лечение Интернет-зависимости похоже на лечение любой другой зависимости (например, наркомании, алкоголизма, игромании). Оно заключается в том, чтобы переключить человека на радости реального, а не виртуального мира.

Вывод:

Чем же станет всемирная паутина для каждого конкретного человека и для вас лично, зависит от вас. Современная техника дает огромные возможности, и надо лишь использовать их себе во благо.

Литература:

1. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. «Компьютерная зависимость» / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот – Ставрополь, 2014. – С. 34-35.
2. Новикова А.М. «F5 Интернет как образ жизни» Журналы / А.М. Новикова – Москва, 2013.- С. 23-25
3. Тюнина М.В. «Хитрости интернета» /М.В. Тюнина - Москва, 2015.- С.12-14

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИКОВ НА ПОВЕДЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Гончарова В.А., Ткаченко А.В., Адрианопольский В.П.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар, Россия

Студенческое научное общество КММИВСО одной из целей своей работы позиционирует анализ факторов, влияющих на здоровье студенческой молодежи – курение, факторы здорового образа жизни, энергетики, состояние атмосферы, содержание поллютантов в воде и продуктах питания и т. д.

Настоящая работа посвящена продолжению исследований влияния энергетических напитков на поведение и состояние здоровья студентов нашего вуза. Как показали предварительные наблюдения, студенты по-прежнему активно употребляют такие напитки, несмотря на их очевидный, на наш взгляд, вред. Поэтому тема исследования является актуальной, прежде всего в просветительском плане. В настоящее время энергетические напитки легкодоступны молодым людям, которые быстро привыкают к их действию и легко попадают под их пагубное влияние.

Вредное влияние энергетиков на организм в настоящее время признается большинством ученых. Превышение допустимой дозы (1-2 банки) вызывает повышение давления и уровня сахара в крови. Гипо- и гипертоникам, диабетикам энергетики противопоказаны. Возможно появление тахикардии. Энергетические напитки нельзя принимать людям с сердечными заболеваниями. Длительное применение энергетиков может вызвать эффект привыкания. Средняя длительность действия напитка – 4 часа, но затем необходимо время для восстановления организма. Постоянно активизируя бодрящим напитком свои скрытые энергетические ресурсы, мы рискуем попасть в «долговую яму» к своему собственному организму в виде накопившейся усталости, раздражения, депрессии. Если снова и снова принимать дополнительные дозы, можно попасть в зависимость к стимулятору.

Кофеин очень эффективно стимулирует мочегонную деятельность, и это необходимо учитывать. Поэтому энергетики нельзя принимать при большой потери жидкости, например, после активных тренировок.

Действие некоторых компонентов, входящих в состав энергетиков, врачами и учеными до конца не изучено. Дозы этих компонентов, попадая в организм с напитком, могут в несколько раз превышать суточные нормы потребности человека. Например, до сих пор доподлинно неизвестно, как действуют на организм повышенные дозы таурина и глюкуронолактона, а ведь содержание последнего только в одной банке энергетика превышает суточную норму почти в 250 раз [1].

Однако все перечисленные негативные моменты – это, скорее, результат передозировки, избыточного увлечения стимуляторами. Что же касается алкогольных энергетиков, их вред определяется содержанием этилового спирта, а употребление любых алкогольных напитков должно быть крайне осторожным и воздержанным.

Главная проблема в том, что не все потребители знают об их составе и о том, как компоненты этих напитков могут отразиться на их здоровье. Под влиянием общественного мнения во многих странах энергетики изъяты из свободной продажи[2]. Не осталась в стороне и Россия. В последние годы сразу несколько российских регионов выступили против энергетиков. Безалкогольные стимуляторы уже запрещены в Краснодаре, Ставрополье, Вологде, Чечне. К ним присоединяются другие области. Так, закон Московской области «Об установлении ограничений розничной продажи слабоалкогольных и безалкогольных тонизирующих напитков на территории Москвы и Московской области» вступил в силу 01.05.2015 года. Теперь жители столицы и ее области не смогут приобрести в розницу слабоалкогольные энергетики – тонизирующие напитки, объемная доля этанола в которых варьируется от 1,2 до 9%. Безалкогольные аналоги, то есть содержащие меньшую концентрацию этилового спирта, но имеющие в составе более 0,151 мг/л кофеина и свыше 10% сахара, отныне запрещено продавать несовершеннолетним, а также на территории больниц, детских, образовательных и спортивных организаций [3].

В качестве методов исследования выбрана газовая хроматография для определения компонентов энергетических напитков, а также социологическое анкетирование для определения динамики потребления этих напитков студентами.

В анкетировании были задействованы 96 студентов разных курсов. Анализ результатов социологического анкетирования по-

зволил выявить некоторые закономерности. Так, структура потребления энергетиков не претерпела существенных изменений по сравнению с результатами предыдущих исследований. На первое место переместился Адреналин Раш; далее по убыванию следуют Ред Булл, Ягуар, Рокстар и Берн. Замыкает этот ряд энергетический напиток под условным названием «все равно, какой».

Ранее нами исследован состав энергетических напитков Адреналин Раш; Ред Булл, Ягуар и Берн [4]. В настоящей работе мы проанализировали состав напитка Рокстар6 обнаружено содержание в одной банке(250 мл) 240 мг кофеина и 2000 мг таурина, напиток перенасыщен сахаром свыше 12%.

В количественном отношении число студентов, употребляющих энергетики, увеличилось на 16,2%; употребляющих более двух банок в день – на 7,5%, особенно в период сессии. Возможно, одним из факторов этой негативной тенденции явилось ужесточение правил продажи алкоголя.

Полученные данные свидетельствуют о небольшом, но постоянном увеличении числа студентов, употребляющих энергетические напитки. Это указывает на необходимость усиления разъяснительной работы, антипропаганды энергетиков.

Литература:

1. Вакула Т.Н., Кремплевская С.П., Энергетические напитки: за или против? журнал Бюллетень медицинских интернет-конференций Выпуск № 11 / том 2 / 2012
2. Ткаченко А.В., Литвинова В.В., Соколова А.С. Тенденция потребления энергетических напитков среди кубанской молодежи.- 40 региональная НПК ЮФО, ч.1, Краснодар, 2013,с.238-239.
3. Закон Московской области «Об установлении ограничений розничной продажи слабоалкогольных и безалкогольных тонизирующих напитков на территории Москвы и Московской области» № 40/2015-ОЗ от 30.03.2015.
4. Ткаченко А.В., Саргсян Р.В., Потребление энергетических напитков среди кубанской молодежи. XVII Межвузовская студенческая научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы научных исследований», Краснодар, 2013, с.174-176.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Григорьева Ю.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Самооценка личности является системообразующим ядром индивидуальности и во многом определяет жизненные позиции человека, уровень его притязаний; влияет на жизнедеятельность человека и формирование стиля поведения.

Сегодня жизнь заставляет проявлять больше инициативности, настойчивости, смелости, уверенности, ответственности, гибкости. Именно эти качества способствуют становлению настоящего профессионала в любой деятельности, поэтому сегодня весьма актуально обращение к развитию данных качеств и повышению самооценки студентов – будущих медицинских работников и клинических психологов, от уровня профессионализма которых, порой, зависит человеческая жизнь. Таким образом, возникает потребность проведения целенаправленной, постоянной работы над повышением самооценки со студентами разных курсов и специальностей.

По В.В. Столину, образ самого себя формируется в процессе жизнедеятельности как не кое психическое образование, позволяющее более адекватно и эффективно действовать [8].

Анализ теоретических источников показал, что в научной литературе нет однозначной трактовки понятия «самооценка».

Под самооценкой понимается оценка личностью самой себя, своих качеств, возможностей и места среди других людей.

Самооценка связана с тем, насколько мы ценим себя, а уверенность в себе относится к нашим действиям и поведению. Поэтому А.А. Козлов определяет самооценку как фундамент уверенности в себе [3].

По мнению большинства исследователей, самооценка отражает качественное своеобразие личности и характер ее взаимодействия с другими людьми.

Куперсмит называет самооценкой отношение индивида к себе, которое складывается постепенно и приобретает привычный характер; оно проявляется как одобрение или неодобрение, степень которого определяет убежденность индивида в своей самоценности, значимости [6].

По мнению Розенберга, самооценка отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу его «Я» [5]. Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности.

Самооценка одновременно выступает как компонент самосознания и как важнейшее личностное образование; понимается как отражение человеком знаний о самом себе разной степени осознанности, дифференцированности, обобщенности, связанное с его индивидуальными особенностями.

Идея связи результатов собственной деятельности, образцов или критериев, по которым оценивается этот результат, и самоотношения субъекта нашла свое выражение в известной «формуле» У. Джеймса, согласно которой самоуважение прямо пропорционально успеху и обратно пропорционально притязаниям, т.е. планируемым успехам, которых индивид намеревался достичь [2]. Формула свидетельствует, что стремление к повышению самооценки может реализовываться двумя способами. Человек может или повысить притязания, чтобы пережить максимальный успех, или снизить их, чтобы избежать неудачи. В случае успеха уровень притязаний обычно повышается, человек проявляет готовность решать более сложные задачи, при неуспехе — соответственно, снижается.

Узнавая себя, мы получаем возможность соотнести представление о себе со своими реальными достижениями, с тем, как видят нас другие люди. И тем самым сделать свою самооценку адекватной. Познать себя и оценить – значит открыть пути для изменения, совершенствования.

Известный психолог Р.М. Грановская указывает, что положительно оценивающий себя человек обычно благосклонно и доверчиво относится к окружающим, тогда как низкая самооценка (самоуважение) чаще сочетается с отрицательным отношением к другим людям [1].

В эмпирическом исследовании приняло участие 30 студентов МАОУ ВО «КММИВСО» в возрасте от 18 до 35 лет. 100% респондентов - девушки.

С помощью методики С.Р. Пантелеева были выявлены структуры самоотношения личности студентов. Анализ результатов исследования показал, что лишь 56% респондентов считают себя достойными уважения и любви окружающих, вне зависимости от успехов, которые они демонстрируют; высоко оценивают богатство своего внутреннего мира, склонны воспринимать себя как индивидуальность и высоко ценить собственную неповторимость. Уверенность в себе помогает противостоять средовым воздействиям, рационально воспринимать критику в свой адрес. 44% респондентов отражают избирательное отношение к себе, склонны высоко оценивать одни качества и недооценивать другие, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личной несостоятельности. недооценки своего духовного «Я». Неуверенность в себе ослабляет сопротивление средовым влияниям. Повышенная чувствительность к замечаниям и критике окружающих в свой адрес делает человека обидчивым и ранимым, склонным не доверять своей индивидуальности.

По шкале «Самопринятие» всего 25% респондентов имеют положительное отношение к себе, склонность воспринимать все стороны своего «Я», принимать себя во всей полноте поведенческих проявлений. 75% продемонстрировали негативный фон восприятия себя, склонность воспринимать себя излишне критично; симпатия к себе недостаточно выражена, проявляется эпизодически.

С помощью методики «Экспресс диагностика уровня самооценки личности» выяснилось, что средний уровень самооценки имеют 33% респондентов; низкий уровень – 56%; очень низкий уровень – 11%.

Низкая самооценка 77% респондентов обеспечивает нестабильность личности, что не может являться толчком к развитию личности. Подобное отношение к себе в итоге приведёт к постоянному внутреннему и/или межличностному конфликту. Адекватная самооценка поддерживает достоинство 33% студентов и дает им нравственное удовлетворение. Положительное отношение к себе ведет к гармоничности духа, обеспечивающей разумную уверенность в себе.

С помощью проективной методики «Автопортрет», предложенной в книге Е.С. Романова и С.Ф. Потемкина, мы выявили, что всего 7% респондентов имеют нормальную самооценку.

Данные эмпирических исследований говорят о необходимости системной работы со студентами по разработанной нами программе повышения самооценки, которая должна проводиться на 1-3 курсе обучения.

В программе предлагаются самостоятельные виды работ (индивидуальные задания по работе с литературой, упражнения для самоисследования и саморефлексии) и групповые

виды работ (тренинговые занятия, игры и упражнения с последующей рефлексией).

Проводить тренинговые занятия со студентами разных специальностей целесообразно на первом курсе – 2 раза в месяц, на втором и третьем – 1 раз в месяц; также необходимо контролировать выполнение самостоятельной работы в специально заведённой тетради, периодически проводить мониторинг уровня самооценки студентов.

Программа «Посмотри на себя другими глазами» разделена нами на модули: знакомство с собой; целеполагание; работа с ограничениями; шаги к уверенности; поиск ресурсных состояний.

Мы убеждены, что только комплексный подход к проблеме, а именно сочетание разных видов работ и разных техник и методик, будет являться эффективным в повышении уровня самооценки студентов.

Литература:

1. Вачков И.В., Битянова М.Р. Я и мой внутренний мир. Психология для старшеклассников. - СПб.; Питер; 2009.
2. Джеймс У. Психология. – М., 1991.
3. Козлов А.А. Как повысить самооценку. – СПб.: Речь, 2009.
4. Левин К., Дембо Т., Фестингер Л., Сирс П. Уровень притязаний. – В кн.: Психология личности. Тексты. – М., МГУ, 1982.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 3-е изд. – М, 2000.
6. Психология самосознания. Хрестоматия – Самара, 2003
7. Сарджveладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. - Тбилиси: «Мецниереба», 1989.
8. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983.

УРОВЕНЬ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ

Губарева А.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия

Актуальность: Стресс как особое психическое состояние отражается в мотивационных, волевых, характерологических и других компонентах личности. Снижение уровня мотивации, воли, усидчивости во время сессии, влияет на успеваемость студентов. Именно поэтому исследование по выявлению уровня стресса очень важно.

Объект исследования: Стресс как психоэмоциональное состояние.

Предмет исследования: Уровень стресса у студентов в период сдачи экзаменов.

Цель исследования: Изучить уровень стрессовых состояний у студентов.

Задачи исследования:

1.Осуществить анализ теоретических источников о стрессе, как состояние человека.

2.Систематизировать полученные теоретические знания по проблеме стресса.

3.Осуществить подбор диагностических методик на выявление уровня стресса у студентов в период сессии.

4.Осуществить анализ и интерпретацию результатов проведенных исследований по выявлению уровня стресса у студентов в период подготовки и сдачи экзаменов.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что у студентов в период сессии уровень выше нормы.

База исследования: В рамках поставленных целей и задач на базе КММИВСО было произведено исследование, в котором приняли участие 15 студентов 2 курса специальности «Клиническая психология».

Стресс (англ. stress — напряжение) — состояние напряжения — совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов (стрессоров) — холода, голодания, психических и физических травм.

Лазарус и Фолкман считают, что психологический стресс – это значимые для благополучия личности взаимоотношения со средой, которые подвергают испытанию имеющиеся в распоряжении ресурсы организма и в ряде случаев могут их превышать. Характер и интенсивность стрессовой ситуации определяется, в основном, “степенью расхождения между требованиями, которые предъявляет конкретная деятельность к личности, и теми потенциями, которыми обладает субъект”[1,2,3].

Виды психологического стресса:

Стресс информационный возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе — при высокой ответственности за последствия решений.

Стресс эмоциональный появляется в ситуациях угрозы, опасности, обиды и т. п. При этом различные его формы — импульсивная, тормозная, генерализованная — приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности.

Признаки стресса

Стресс обычное и часто встречающееся явление. Мы все временами испытываем его - может быть, как ощущение пустоты в глубине желудка, когда встаем, представляясь в классе, или как повышенную раздражительность или бессонницу во время экзаменационной сессии. Стресс, по мнению Селье, создает «вкус к жизни». Нам надо только научиться различать допустимую степень стресса и слишком большой стресс. Исследования показывают, что к физиологическим признакам стресса относятся язвы, мигрень, гипертония, боль в спине, артрит, астма и боли в сердце.

Методы исследования:

В данном исследовании мы использовали опросник RSM-25, предназначенный для измерения феноменологической структуры переживаний стресса. Авторами настоящего опросника являются Лемур, Тесье и Филлион.

Респондентам предлагался ряд утверждений, характеризующих психическое состояние. Студенты должны были оценить свое состояние за неделю с помощью 8-балльной шкалы.

Анализ.

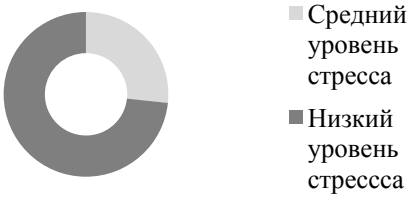
В результате исследования всех студентов, которые ответили на опросник, мы получили следующие результаты:

11 человек оценили свое состояние меньше чем на 100 баллов; 4 человека, ответив на вопросы о своем состояние, получили больше 100 баллов.

Интерпретация

У 27% респондентов (4 человека) обнаружен средний уровень стресса, у 73% респондентов (11человек) выявлен низкий уровень стресса, что свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам.

Результаты



Вывод: Эмпирическое исследование нашу гипотезу не подтвердило. У большинства респондентов уровень стресса в период сессии ниже среднего уровня

Литература:

1. Белялова М.А. Ценностные ресурсы качества образования // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные вопросы образования и науки», 2014.
2. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л.: Лениздат, 1970.
3. Изард К.Е. Эмоции человека-М.,2001г.

ЗДОРОВЬЕ – ПУТЬ К УСПЕХУ

Гуляева Е.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Здоровье человека – одна из актуальных тем человечества. Но, к сожалению, год за годом число абсолютно здоровых людей снижается. Проблема сохранения здоровья стала особенно распространённой, на современном этапе развития человечества. Почему же это происходит? Все потому, что здоровье людей зависит не только от особенностей их физического состояния, но и от условий жизни в обществе, санитарной и гигиенической культуры, экологической ситуации в окружающем мире. Поэтому, в настоящее время необходимо совершенствовать свой образ жизни, корректировать факторы риска, неблагоприятно влияющие на здоровье[1]. На сегодняшний день профилактическими мероприятиями, способствующими сохранению здоровья, могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии. Сегодня мы поговорим об одной из технологии - « Школа Здоровья», это современная профилактическая технология, а так же «Школа Здоровья» - это новая информационно-мотивационная технология, призванная сформировать заинтересованность слушателей, в частности студентов в сохранении здоровья и повысить личную, профессиональную ответственность за здоровье своё и своих пациентов, у будущих медицинских сестер и клинических психологов. Данное мероприятие « Школа здоровья» проводится в нашем институте, на кафедре « Педагогики и психологии» уже третий год [2,3,4].

По словам российских медиков, которые провели исследование и изучили статистические данные, большая часть смертей граждан Российской Федерации в прошлом году пришлась на четыре типа заболеваний. Согласно статистическим данным за 2015 год на долю сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, рака и хронической обструктивной болезни органов дыхания пришлось почти 85% смертей в России, высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений, травм и онкологических заболеваний, низкая продолжительность жизни, широкое распространение алкоголизма, табакокурения, наркомании, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, низкий уровень жизни, ухудшение качества жизни (нерациональное питание, чрезмерные стрессовые нагрузки), низкий уровень общей культуры, в том числе санитарно-гигиенической, широкое распространение вредных привычек, отсутствие «моды» на здоровый образ жизни[2,3,4].

Здоровье человека на 50% определяется его образом жизни. Поэтому главными задачами нашей « Школы Здоровья» являются: информирование студентов о причинах и механизмах развития заболеваний, повышение ответственности за сохранение здоровья свое и своих пациентов, проведение профилактической работы по укреплению здоровья через формирования здорового образа жизни.

Студенты 2 курса специальности Клиническая психология в рамках программы «Психология здоровья» подготовили интересные доклады и презентации, ребята рассказывали о влияние спорта на организм человек, новейших технологиях в современной косметологии, о пользе мёда, давали полезные советы, как сохранить молодость и здоровье организма. Все мероприятие сопровождалось чайной церемонией с дегустацией меда, которую подготовил и провёл Иван Биткин. В качестве специалистов, мы пригласили преподавателей нашего института, которые рассказали о современных здоровьесберегающих технологиях и ответили на задаваемые в ходе дискуссии вопросы.

Проведя анализ работы « Школы Здоровья», проведённой для студентов 2 курса факультета «Сестринское дело и клиническая психология», можно сделать следующие выводы: 100 % студентов отметили, что такие мероприятия необходимы для наших студентов, т.к. они формируют мотивацию к сохранению своего здоровья и повышают ответственность за сохранения и улучшение здоровья пациентов, а, следовательно, способствуют улучшению качества жизни; 85 % получили новую интересную информацию по здоровьесберегающим технологиям, 72 % студентов отметили, что полученной информацией они обязательно воспользуются сами и посоветуют её своим друзьям и родственникам, 16 % займутся своим здоровьям и пройдут обследование в медучреждениях, 27 % студентов решили заняться спортом, 68 % будут ответственно подходить к выбору продуктов питания и режиму приёма пищи.

Таким образом, наша работа по подготовке информации и доведение её до студентов, принявших участие в заседании «Школы здоровья», оказала положительное влияние на их мотивацию к сохранению своего здоровья, и повышению их ответственности за здоровье окружающих. Ребята активно делились информацией по сохранению и улучшению здоровья, рассказывали о своих достижениях в спорте, в танцах и я думаю, что эта замечательная традиция на кафедре «Педагогики и психологии» по проведению «Школы здоровья» продолжится, и привлечёт к себе ещё больше интересных людей, неравнодушных к своему здоровью и здоровью окружающих.

Литература:

1. Белялова М.А. Ценностные ресурсы качества образования // Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные вопросы образования и науки». 2014.
2. Никифоров, Г.С.,- « Психология здоровья», Питер, 2006
3. http://bibliofond.ru/view.aspx?id=476112
4. http://www.cempros.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=50:2011-12-11-19-34-30&catid=34:2011-12-11-18-41-38&Itemid=57
5. http://www.med-pravo.ru/Common/ Conception/ ConcepHealth-1.htm

ОПИОИДЕРГИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ УПРУГОВЯЗКИХ СВОЙСТВ СЛИЗИСТОГО ГЕЛЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Данильчук К.А., Щербинина И.Г.
МАОУ ВО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия

Актуальность. В последние годы была показана высокая эффективность синтетического опиоидного гексапептида даларгина

при лечении язвенной болезни [1, 2, 3]. Вместе с тем, механизм действия этого препарата до конца не ясен. Имеются сообщения, что даларгин улучшает микроциркуляцию в зоне язвы, стимулирует репаративные процессы в гастродуоденальной слизистой оболочке и тормозит продукцию кислоты. В то же время действие этого препарата на секрецию желудочной слизи и ее реологические свойства, которые играют ключевую роль в обеспечении резистентности слизистой оболочки желудка, остается неизученным. Поэтому целью настоящей работы явилась оценка влияния синтетического стимулятора опиоидных рецепторов даларгина на реологические свойства слизистого геля желудка у больных язвенной болезнью.

Материал и методы. Эффект даларгина на стимулированную субмаксимальной дозой пентагастрина желудочную секрецию кислоты, пепсина, непепсинного белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи, и реологические свойства нативного слизистого геля желудка изучен у 35 больных язвенной болезнью желудка (25 мужчин и 10 женщин) и 18 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (11 мужчин и 7 женщин).

Секреторную деятельность желудка исследовали утром натощак по стандартной методике в базальном состоянии и после субмаксимальной пентагастриновой стимуляции. Даларгин вводили в дозе 1 мг внутримышечно. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра "RHEOTEST-2" (Германия); при этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см^2), два значения эффективной вязкости при низкой скорости сдвига (D=11,1 с$^{-1}$), когда структура геля остается интактной (ЭВ$_1$, сП), при высокой скорости сдвигового течения (D=4860 с$^{-1}$), когда структура геля полностью разрушается (ЭВ$_2$, сП), а также толерантность слизистого геля к механическому повреждению (Т, сек) [4]. . Кроме того, в желудочном соке определяли общий и парциальные объемы, кислотность, pH, концентрацию бикарбонатов, активность пепсина, содержание общего и непепсинного белка, а также рассчитывали выработку упомянутых ингредиентов за 1 час.

Результаты. Статистический анализ свидетельствует, что больные язвенной болезнью характеризуются резким падением упруговязких свойств желудочной слизи, причем степень выраженности и частота реологических нарушений обнаруживают четкую связь с локализацией язвы. Так, у больных дуоденальной язвой ПУ снижен в среднем на 44,2%, ЭВ$_1$ - на 45,3%, ЭВ$_2$ - на 28,6%, а Т - на 28,6% (здесь и далее представлены только статистически достоверные сдвиги, $p<0,05$). При этом ПУ находится ниже нижней границы нормы у 52±3%, ЭВ$_1$ - у 61±3%, ЭВ$_2$ - у 10±2%, а Т - у 35±3% пациентов. В целом, сочетанное или изолированное снижение упруговязких свойств слизи наблюдается у 65±3% больных. Больные язвой тела желудка характеризуются более выраженными нарушениями реологии слизи. У них упругие свойства слизистого геля в среднем на 54,4% ниже, чем у здоровых людей и на 18,2% ниже, чем у больных дуоденальной язвой, ЭВ$_1$ снижена, соответственно, на 61,2% и 29,0%, ЭВ$_2$ - на 36,8% и 11,5%, Т - на 48,2% и 27,5%. Снижение упругости слизи отмечено у 74±7%, ЭВ$_1$ - у 83±б%, ЭВ$_2$ - у 26±6%, Т - у 65±7% таких пациентов, то есть в 1,4-2,6 раза чаще, чем у лиц с дуоденальной локализацией язвенного дефекта. Гиповязкий синдром (снижение предела упругости и/или эффективной вязкости, а также толерантности слизи к механическому воздействию) наблюдается у 91±4% больных с медиогастральной язвой, что в 1,4 раза чаще, чем у больных с дуоденальной язвой.

Установлено, что в обеих рассматриваемых группах больных даларгин не оказывает заметного влияния на кислотность, протеолитическую активность желудочного сока, содержание в нем непепсинного белка, а также на общую продукцию этих ингредиентов. В то же время упруговязкие свойства слизи, в значительной мере определяющие защитный потенциал слизистой оболочки желудка, после введения препарата закономерно возрастают. У больных язвенной болезнью желудка предел упругости слизистого геля увеличивается в среднем в 1,5 раза (с 263±16,0 дин/см^2 до 387±35,1 дин/см^2, $p<0,001$), а эффективная вязкость - в 1,4 раза (с 2680±189,2 сП до 3677±252,0 сП, $p<0,01$). У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки упомянутые параметры возрастают, соответственно, в 1,3 и 1,2 раза ($p<0,05$). При этом сниженные в исходном состоянии реологические показатели достигают нормальных значений у 1/2 больных язвой тела желудка и у 1/3 больных дуоденальной язвой. Заслуживает быть отмеченным тот факт, что реологические показатели, определяемые в ходе разрушения слизистого геля на высокой скорости сдвига (ЭВ$_2$ и Т), в ответ на введение препарата достоверно не изменяются.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют, во-первых, о наличии опиоидергического контроля упруговязких свойств желудочной слизи и его существенных изменениях у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во-вторых, о целесообразности применения даларгина для коррекции реологических нарушений слизистого барьера желудка.

Литература:

1. Байкова Э.Р., Фазрылева Р.М., Макеева Г.К. Применение даларгина в комплексном лечении неосложненных гастродуоденальных язв в амбулаторных условиях // Сборник научных трудов конференции ученых Республики Башкортостан с международным участием. - Уфа. - 2010. - С. 103-106.
2. Борисов Ю.Ю., Ворончихина Ю.К. Опиоидергический контроль желудочного слизевыделения у больных язвенной болезнью // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 815-816.
3. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Влияние даларгина на слизевыделительную деятельность желудка у больных язвенной болезнью // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. - № 2. - С 5.
4. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1 (часть 7). - С. 1235-1238

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Деды А. А
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования.

А.Н.Радищев в 4-х томном философском трактате « О человеке, о его смертности и бессмертии» (1809 год опубликования) пишет: «... Кто воззвал род человеческий к общежитию из лесов и дебрей... Кто устроил их союз? Кто дал им правление, законы? Кто научил гнушаться порока и добродетель сотворил любезную? Речь, слово; без нее онемелая наша чувствительность, мысленность, остановившаяся пребыли бы... недействующи, полумертвы... Но ... едва человек изрек слово единое и образ вещи превратил в звук, звук сделал мыслию... – очи его зрят ясность, уши слышат благостие, чувственность вся дрожит, мысль действует, и се уже может он постигать, что истинно, что ложно; дотоле же чужд был и того и другого» [8].

Панфилова А.П. обращает внимание на знание правил этикета и действия, в основе которых лежат нравственные ценности, позволяющие человеку сформировать позитивный имидж и иметь безупречную репутацию, что во всем цивилизованном мире ценится наивысшим образом в любой профессиональной деятельности [6].

В качестве стратегии модернизации подготовки специалистов сегодня выдвигается компетентностный подход, в рамках которого рассматривается и коммуникативная компетентность [2].

Компетентность – владение человеком соответствующей компетенцией, включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности. Компетентный в профессиональной среде человек, по мнению Галяминой И.Г. и Хуторского А.В., обладает соответствующими знаниями и способностями, позволяющими ему обоснованно судить об этой области и эффективно действовать в ней [4,2].

Профессиональная компетентность определяется как совокупность знаний, умений, навыков, которыми будущий специалист должен овладеть за время его обучения в образовательном учреждении и которые можно определить как единство временных и пространственных характеристик в определенной профессиональной сфере [3]. Академик Зимняя И.А. трактует «компетенции» как некие внутренние потенциальные психологические новообразования (знания, представления, программы действий, система ценностей и отношений), которые затем выявляются в актуальной деятельности человека как компетентности [5].

Коммуникативная компетенция – это способность выстраивать коммуникации как с одним, так и с множеством людей; готовность решать коммуникативные задачи – выступает условием межкультурной коммуникации [2].

Общение, как концептуально его определяет Парыгин Б.Д. – это «сложный и многогранный процесс, который может выступать в одно и то же время и как процесс взаимодействия индивидов, и как информационный процесс, и как отношение людей друг к другу, и как процесс их взаимовлияния друг на друга, и как процесс сопереживания и взаимного понимания друг друга» [7].

Содержание коммуникативной компетентности.

Коммуникативная компетентность – это способность выстраивать коммуникацию как с одним, так и со множеством людей, готовность решать коммуникативные задачи; выступает условием межкультурной коммуникации.

Ученые	Содержание материала
Ольшанский Д	Формальные и официальные коммуникации, определяются политикой, правилами, должностными инструкциями.
Панфилова А.П.	В коммуникации выделяют информационную, убеждающую, экспрессивную, внушающую и ритуальную модели общения.
Еникеев М.И	Уделяет внимание содержанию, функциям, средствам общения.
Панфилова А.П	Обращает внимание на стиль общения медицинского персонала.
Морозов А.В.	Указывает на приёмы повышения эффективности коммуникации.
Андреева Г.М.	Активизирует внимание на значимости информации, на коммуникативное влияние и психологическое воздействие.
Леонтьев А.А.	Делает акцент на стремлении в коммуникации выработать «общий смысл».
Бороздина Г.В.	Констатирует важность коммуникативного стиля в создании атмосферы плодотворного сотрудничества.
Кан – Калик В.А.	Заявляет о необходимости различения общих коммуникативных задач предстоящей деятельности
Карпов А.В.	Обращает внимание на роль коммуникации в управлении.
Битянова М.Р.	Коммуникация несёт в себе тот или иной элемент воздействия на поведение, мнение, установки общающихся. Два типа коммуникативного воздействия: авторитарный и диалогический.
Минсберг Г.	Среди коммуникативных качеств среднего медперсонала выделяют способность к кооперации и групповой работе, поведенческие ориентации при решении конфликтных ситуаций.

Коммуникативный мир личности как жизненное и профессиональное пространство её развития

Ученые	Содержание материала
Шибутани Т.	Поскольку общие картины мира суть продукты коммуникации, каждый канал ведёт к возникновению особой культуры, определяемой пределами эффективных коммуникаций.
Кабрин В.И.	Коммуникативный мир – особая форма личностного общения. К – мир представлен в виде многоуровневой системы добровольных и взаимных коммуникативных отношений её как субъекта со своими партнёрами.
Аронсон Э.	Универсальные нравственные ценности человека солидарность, верность, откровенность, искренность имеют вполне определённый коммуникативный смысл.
Кабрин В.И.	Коммуникативный мир личности невозможен вне совместной деятельности.
Андреева Г.М.	Утверждает, что коммуникативная деятельность представляет сложную многоканальную систему взаимодействий.
Леонтьев А.А.	В коммуникативной деятельностивыделяют два типа: социально ориентированную и личностно ориентированную.
Ломов Б.Ф.	Общение пронизывает совместную деятельность, играя организующую роль.
Крысько В.Г.	Под взаимодействием обычно понимается процесс непосредственного и опосредованного воздействия объектов друг на друга, порождая их взаимную обусловленность и связь.
Марков В.Н.	Основой идеального взаимодействия является одновременное развитие каждого из специалистов при существенном совпадении и последующей специализации профессиональных интересов и потребностей.

Коммуникативная компетентность средних медицинских сестёр в ЛУ

Ученые	Содержание материала
Обуховец Т.П. Чернова О.В	Активизируют внимание на функциях общения, эффективных в работе сестринского персонала: контактной, информационной, побудительной, координационной, понимания, эмотивной, эмоциональной. Мастерство общения медицинской сестры проявляется в умении слушать и понимать.
Обуховец Т.П. Чернова О.В	Открытость, самораскрытие являются обязательным условием взаимодействия медсестры с пациентом. Принимая пациента, медсестра как бы позволяет ему принять самого себя. Искренность является необходимым условием для установления доверительных отношений.
Двойников С.И. Карасёва Л.А. Пономарёва Л.А.	Отмечают неумение слушать пациента медицинской сестрой. Пациент, которого не выслушали, возможно, не будет выполнять медицинские указания. В общении важно эмпатическое присоединение – умение сопереживать.
Мухина С.А. Тарновская И.И.	Утверждают, что общение в сестринском деле – одно из важных умений, необходимых для качественной деятельности медицинской сестры.
Кулешова Л.И. Пустоветова Е.В.	Отмечая уровни общения, обращают внимание на общение на уровне «контакта масок», примитивный, манипулятивный, формальо – ролевой, светский, деловой (профессиональный), дружеский, доверительный, творчески – активный, духовный.
Глазырина О.В.	Обращает внимание на установление психологического контакта медсестры с пациентом.
Глазырина О.В., Минич И.С.	Психологические особенности пациентов с разными заболеваниями своеобразны и требуют особого внимания.
Димитрова Л.В. Двуреченская В.М. Мансурова О.В. Уварова Г.Н	Обратились к исследованию коммуникативной толерантности медсестёр и сделали вывод, что уровень толерантности низкий, независимо от профиля их деятельности.
Тулякова Т.И.	Концептуально решает проблему пациент – ориентированного подхода в подготовке специалистов – медицинских сестёр. Привитие коммуникативных навыков возможно на всех занятиях, проводимых в учебном заведении.
Рузанова Н.И.	Обращает внимание на качество подготовки специалистов, обучающую программу которой следует разрабатывать совместно с работодателем.
Занькова О.В., Островская И.В.	Пропагандируют теорию созидающей заботы Джейн Уотсон – это уникальное искусство, дополняющее обычную лекарственную терапию.
Климкина И.Ю. Демидова И.А. Зубова З.И.	Говорят об обучении медсестёр умению представлять информацию в понятном для пациента виде и форме. Необходимо формировать коммуникативную компетентность средних медицинских сестёр
Сизова Л.А	Обосновывает концепцию личности медсестры как субъекта управленческой деятельности, которая характеризуется сочетанием инвариантных, специфических и вариативных психологических качеств. Она определяет мотивационное ядро личности медицинской сестры, в котором мотивация социально – профессионального признания связана с профессиональной идентичностью, сниженной социальной адаптацией с ориентацией в межличностном доверии на надёжность и предсказуемость партнёров по совместной деятельности.

Литература:

1. Белялова, М.А., Алексеева, Е.Б., Гаранина, О.П., Сизова, Л.А. Коммуникативная компетентность менеджера сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. 2013.

2. Белялова, М.А. Шевченко, М.В. Профессиональная культура менеджера в организации эффективной командной деятельнос-

ти // Международный журнал экспериментального образования. 2014.
3. Белялова, М.А. Имидж менеджера сестринского дела ЛПУ // Международный журнал экспериментального образования. 2015.
4. Галямина, И.Г. Проектирование государственных образовательных стандартов высшего професииональной образования нового поколения с использованием компетентностного подхода // Труды методологического семинара «Россия в Болонском процессе: проблемы, задачи, перспективы». – М., 2005.
5. Зимняя, И.А. «Компетентность человека – новое качество результата образования» // Проблемы качества образования. Материалы XIII Всероссийского совещания. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. – 2003.
6. Панфилова, А.П. Теория и практика общения. // А.П. Панфилова. – М.: Академия, 2007.
7. Парыгин, Б.Д. Основы социально-психологической теории. – М., 1971.
8. Радищев, А.Н. О человеке, о его смертности и бессмертии. – Полное собрание сочинений в 3 т. – М.; – Л.: Изд-во АН СССР, 1941. Т. 2.

ПЕТР ВЕЛИКИЙ И ЕГО РЕФОРМЫ. ВЛИЯНИЕ ПЕТРА НА РОССИЮ

Демиденко А.К.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

PETER THE GREAT. SOME OF HIS REFORMS

I have decided to consider this theme because it is very interesting it concerns my specialty.

Peter the Great always attracts our attention as an outstanding personality in Russian history. We can say he was “a father of cryptography” in Russia. Now some words about him.

Cryptography first came to our country under the influence of Peter the Great. Secret writing was a new and useful practice that Peter adopted in transforming Russia to a modern state.

In a pre-revolutionary historiography there were two opposite views on the reasons and results of Peter’s reforms. One believed that Peter broke natural process of the country, having brought changes in economy, policy, culture, traditions, customs, he wanted to make “Russia – Holland”. Other researchers considered that Russia was prepared for transformations. People got ready for trip…Waited for the leader, and the brightest figure in the Russian history. Peter wanted everything to change – the government, the military, and religion and no one can deny that he changed his country’s future forever. He was very bright and he wanted to learn about everything.

As far as I am concerned, I agree that Peter the Great was one of the most famous and best tsars in Russian history. He took a big stride on the way of progress. Here I would explain a few of the most important reasons. Firstly, Peter wanted Russia to be as great as the European countries. He decided to go to Europe to everything he could. But, he didn’t want to travel as the leader of the country. He wanted to be free to study and learn. So he took a large group of men with him and disguised himself as a common soldier. Peter’s dream was to create a powerful Russian navy, so he had to learn shipbuilding. He worked four months in a shipyard in Holland. Then he went to England and worked in a shipyard there. Everywhere he went, he asked questions and learned more. He learned watchmaking and studied the human body. In fact, when he returned to Russian, he even helped doctors perform surgery. Peter learned many others things in England. The Bishop of Salisbury taught him about religion and government. King William III ordered his ships to have a pretend sea battle so could learn about military command. Peter sent many, many things to Russia – machinery, scientific equipment, and even an English coffin. He hired hundreds of specialists, such as engineers, doctors, shipbuilders, naval officers, and technicians to go back to Russia with him. In addition to changing and rebuilding Russian, Peter wanted to more land for his country. He went to war with Sweden, and took over a lot of land in the area. He built a new capital city. Saint Petersburg was called “the city built on bones”. Thousands of men worked for almost 10 years Conditions were so bad that 200,000 men lost their lives. When it was completed, it was one of the most beautiful cities in the world.

On the other hand, we can find the opposite opinion, Peter was wild, and he sometimes had bad manners. He hated formal occasions and behavior. As s matter of fact, Peter with his men destroyed a beautiful English country house where they stayed, when they travelled around the Europe. They used chairs to make fires, tore up sheets and beds, shot their guns at priceless paintings, and ruined the beautiful gardens. Furthermore, when he returned to Russia, Peter wanted things to change quickly. As tsar, Peter had complete power over his people and he used this pow-

er to make them change. Often he was cruel and heartless. It people didn't do what he ordered, he cut off their hands, beat them, or killed them. He even ordered his own son, Alexis, to be killed because Alexis didn't agree with his ideas.

However, I cannot agree with this opinion completely because, the Russian army and navy became one of the strongest in Europe. He built canals, factories, schools, hospitals, and museums. He changed the calendar and the alphabet. He developed a new system of government and started Russia's first newspaper. He even changed what people ate. Many Russians were starving, but they didn't eat potatoes. People called them the "Devil's root". But Peter helped them change their minds.

In conclusion, Peter continued to built and modernize Russia right up to his death at the age of 53. Peter the Great force and energy made his country into a modern power and made him into a legend. After all "A cat in gloves catches no mice".

ПЕТР ВЕЛИКИЙ И ЕГО РЕФОРМЫ. ВЛИЯНИЕ ПЕТРА НА РОССИЮ

Тема представляет интерес, поскольку она важна для истории нашего государства и охватывает существенный период времени с которого начались великие перемены.

Император Петр I (1672-1725) вошел в историю России как великий реформатор. Главным итогом петровских реформ стало преодоление серьезного отставания России от европейских держав в военной, экономической, политической областях. Петр I коренным образом изменил структуру государственного управления и исполнительной власти русского государства, создал боеспособные армию и флот, сумевшие в ходе Северной войны одержать победу над Швецией, имевшей одну из лучших армий в Европе. Разумеется, эффективное государственное управление, военные победы и дипломатические успехи были бы невозможны без активной криптографической деятельности. Петр это отлично осознавал и уделял большое внимание криптографии как надежному средству сохранения государственных секретов.

Безусловно, высокий уровень образования Петра сказался и на криптографической деятельности в России, так, в частности, Петр сам изобретал шифрсистемы, заставлял заниматься этим своих соратников и даже лично проводил криптоанализ некоторые русских шифров для оценки их стойкости.

Ещё в дореволюционной историографии сложилось два противоположных взгляда на причины и результаты петровских реформ. Одни полагали, что Пётр Великий нарушил естественный ход развития странны, внеся перемены в экономику, политику, культуру, традиции, нравы, обычаи, что он захотел «Сделать Россию – Голландией». Другие исследователи считали, что Россия была подготовлена к преобразованиям «Народ собирался в дорогу… Ждали вождя, и вождь явился»

Петр 1 Великий – одна из наиболее ярких фигур в русской истории. При Петре 1 русская армия и флот стали одними из сильнейших в Европе. Он хотел все поменять – органы государственного управления, армию и религию, никто не мог представить, что он поменяет будущее своей страны навсегда.

Он сделал крупный шаг вперед по пути прогресса. Петр хотел сделать Россию такой же великой, как Европейские государства. Он решил поехать в Европу и научиться всему, что помогло бы в становлении России как мировой державы. Желая не быть замеченным, он вместе со своими подчиненными переоделся в обычных солдат. Более того, его странствия принесли огромный прогресс. Петр мечтал создать сильный военно-морской флот, поэтому он много времени уделил обучению судостроению. Работал на верфи в течении четырех месяцев, в Голландии. Затем он поехал в Англию, продолжая свою работу на верфи. Петр привез в Россию много-много новых вещей, таких как: машинное оборудование, научное оборудование, даже английские гробы. Также он нанял на работу большое количество специалистов: Инженеры, доктора, судостроители, морские офицеры и техники. В течении изменения и становления России, Петр хотел увеличить размеры своей страны. Он затеял войну со шведами и забрал большую часть её земель. Петр построил новую столицу – «Санкт-Петербург», прозванный «городом, построенном на костях». В течении его строительства умерло более 200.000 человек. Но когда он был построен, это был один из прекраснейших городов в мире.

С другой стороны мы можем найти иное мнение. Пётр был дикарем, и иногда он не умел контролировать себя. Он ненавидел и презирал официальные мероприятия и манеры хорошего тона. В доказательство этого

можно привести один из фактов, Петр вместе со своими людьми разрушили прекрасный английский загородный дом, где они остановились. Они использовали стулья, чтобы развести огонь, рвали простыни и громили кровати, стреляли из оружия по драгоценным картинам и разгромили весь сад. Кроме того, вся тяжесть петровских преобразований и реформ легла на плечи трудового населения страны. Петр не желал терять времени, и хотел изменить все быстро, он использовал силу, чтобы ускорить этот процесс. Обычно он был жестоким и безжалостным. Если люди не хотели делать то, что ему было нужно, он отрубал руки, бил их, и даже убивал. Он даже приказал убить своего сына, так как тот не разделял его идей.

Однако остается фактом, что при Петре I русская армия и флот стали одними из сильнейших в Европе. Он построил искусственные каналы, фабрики, школы, госпитали и музеи. Петр разработал новую систему государственного управления и при нем начали выпускать первую русскую газету. Он даже спас людей от голода. Большинство людей не ело картошку и считало её «Дьявольским корнем». Петр помог изменить это мнение.

В заключении хотелось бы добавить, что Петр продолжил строить и улучшать жизнь в России до конца своих 53х лет. Пётр Великий преобразовал свою страну в одну из сильнейших мировых держав за короткий отрезок времени, что сделало его легендой. Ведь, без труда не вытащишь и рыбки из пруда.

Литература:

1. Сингх С. Книга шифров. Тайная история шифров и их расшифровки. М.: АСТ Астрель, 2006. 447 с.
2. Алферов А.П., Зубов А.Ю., Кузьмин А.С., Черемушкин А.В. Основы криптографии. М.: Гелиос АРВ, 2005. 480 с.
3. Соболев Т.А. История шифровального дела в России. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. 512 с.
4. Hammaant T. R. Russian and Soviet cryptology I – Some communications intelligence in tsarist Russia // Cryptologia. 2000. V. 24. No. 3. P. 235-249.
5. Буганов В.И. Петр Великий и его время. – М.: «Наука», 1989. – 192 с.
6. Каменский А.Б. От Петра I до Павла I: Реформы в России XVIII века (опыт целостного анализа). – М.: РГГУ, 2001. – 575 с.
7. Устиян И. Петровские преобразования//Экономист. – 2004. - № 8. – С. 67-74.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРЫ

Джаназян М.И., Ткаченко А. В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Одним из последствий мирового экономического кризиса, затронувшим и Россию, стало то, что все бóльшее количество россиян выбирает для своего отдыха отечественные курорты, в первую очередь, курорты Краснодарского края. Студенческое научное общество нашего института, основным направлением работы которого является исследование экологических проблем города Краснодара и Краснодарского края, не могло пройти мимо этой тенденции и в этом году направило свои усилия на изучение экологической обстановки некоторых курортов нашего края [3].

Актуальность выбранной темы исследований подтверждается международными и Российскими документами, посвященными этой проблеме. В настоящее время практически все экосистемы нашей планеты претерпевают в той или иной степени деградацию под влиянием антропогенного фактора.

Цель исследования – определения тяжелых металлов (ТМ) в воздухе.

Объект исследования – атмосферный воздух городов Сочи, Горячего Ключа и курорта Красная Поляна.

Методы исследования – подготовку проб к инструментальному анализу провели на СВЧ – минерализаторе «Минотавр – 1». Дальнейшие количественные измерения осуществляли на оптическом эмиссионном спектрометре с индуктивно связной плазмой «Optima-2100-DV» (железо, хром, медь, ртуть, свинец, кадмий) и методом атомно–абсорбционной хроматографии на приборе «Капель–103Т» с компьютерной обработкой результатов по программе Мультихром.

Содержание тяжелых металлов определяли по их накоплению в фитомассе деревьев, растущих на улицах городов с различной интенсивностью автомобильного движения. Нами взяты 10 металлов, относящиеся к 1-3 классу опасности. Ранее те же металлы определяли в воздухе краевого центра, что позволяет провести дальнейший сравнительный анализ их содержания в разных городах края [2]. В проведенных исследованиях определялось содержание тяжелых металлов (кадмия, свинца, цинка, меди, никеля, кобальта, хрома, ртути,

железа) в золе листьев, т.е количество токсикантов, поглощенных тканями. Результаты проведенных исследований обработаны методами математической статистики. Полученные результаты проанализированы с точки зрения геолого-географического расположения исследуемых объектов, степени антропогенного влияния на экологию. Показано, что различия в количественном соотношении в листьях обусловлены, главным образом разным содержанием вредных примесей в воздухе в зависимости от места отбора пробы [1]. Город Сочи уверенно занимает второе место по максимальным значениям содержания ТМ. Наиболее чистым в экологическом отношении по исследованным нами параметрам является Красная Поляна и курорт Горячий Ключ. Исключение составляют такие ТМ, как медь и ртуть, что обусловлено наличием месторождений этих металлов.

Таким образом, наши исследования достоверно доказывают наличие существенных различий в состоянии экологии мегаполиса, с одной стороны, и курортных регионов края, с другой стороны. В свою очередь, центральные районы курортных городов Сочи и Горячий Ключ содержат в своей атмосфере значительное количество ТМ.

Литература:

1. Ткаченко А.В., Вахмянина Н.М. Экология мегаполиса: прошлое, настоящее, будущее. XIII Всероссийский конкурс « Национальное достояние России», М., 2015, с. 875.
2. Ткаченко А.В., Хлопина Н.В. Мониторинг урбоэкологии г. Краснодара. IX НПК Юга России «Медицинская наука и здравоохранение», Краснодар, 2011, с.138-141.
3. Ткаченко А.В., Аслоньянц А.М., Дробышева О.М. Экология мегаполиса. VII Международная МПК «Научное творчество XXI века, Красноярск, 2013, с. 370-373.

АУТОАГРЕССИЯ КАК ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Долгополова В.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность данной темы обуславливается обширным интересом к проблеме человеческой аутоагрессии. Мир сегодня стал крайне опасным во всех отношениях, особенно в подростковом возрасте, когда идет переход от детства к юношеству; происходят психологические изменения в отношении к близким людям, к ближайшему окружению, и к жизни в целом, что, в определенных случаях, может привести к аутоагрессивным проявлениям в поведении подростка.

Объектом исследования является аутоагрессивное поведение подростков.

Цель исследования - изучение психологических аспектов аутоагрессивного поведения.

Методы психологического исследования:

1) анализ научной литературы по проблеме исследования;

2) метод анкетирования (опросник уровня агрессии Басса-Дарки);

3) метод статистической обработки результатов.

Человек в ходе эволюции выработал определенные алгоритмы поведения для защиты не только физического тела, но и более тонкой структуры, такой как психика. Одним из таких алгоритмов является аутоагрессия.

Аутоагрессия — вид деструктивного поведения, при котором агрессия по каким-либо причинам (преимущественно социальным - когда вызвавший агрессию объект значим) не может быть обращена на раздражающий объект и направляется человеком на самого себя. Аутоагрессия выражается в самоунижении, самообвинении, нанесении собственному телу телесных повреждений, саморазрушительном поведении (алкоголизме, наркомании, выборе опасных профессий, экстремальных видов спорта). Самым тяжелым ее проявлением является суицид.

Так же аутоагрессию можно рассматривать как защитный механизм. Она часто бывает свойственна подросткам, переживающим непростые моменты в отношениях с родителями. Ребенку довольно трудно признать, что родитель выражает по отношению к нему пренебрежение или ненависть. Вместо принятия ситуации он предполагает, будто это он виноват в происходящем и направляет агрессию на себя. Этот защитный механизм возникает чаще всего тогда, когда от внешнего объекта, зависит выживание или благополучие субъекта. Но, несмотря на множество негативных последствий этого процесса, с эмоциональной точки зрения он может переноситься лучше, чем агрессия, направленная на первоначальную цель: родителя, опекуна или дру-

гую важную фигуру. Но если конфликт затягивается и разрешить его самостоятельно человек не в состоянии, последствия могут быть плачевными. По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет пытается совершить попытку самоубийства. В 1983 году в мире покончили жизнь самоубийством более 500 тысяч человек, а 15 лет спустя - уже 820 тысяч человек, из них 20 % - подростки и юноши... В России показатель суицида среди молодежи на 100 тыс. составляет 20, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза. В 2015 году зафиксировано 32 попытки суицида, из них со смертельным исходом – 21 случай. Не раз нам приходилось слышать в новостных сводках сообщения о том, что по тем или иным причинам человек пытался свести счеты с жизнью. Поэтому необходимо внимательно относится к своим близким и следить за изменениями в их поведении. Так, например, в Североморске подросток покончил с собой из-за проблем в школе. Или другой случай был зафиксирован в Суворовском районе Тульской области. Подросток покончил жизнь самоубийством, поссорившись с родителями. Страшная трагедия произошла в одном из частных домов поселка Черепеть. В Москве шестиклассница покончила с собой из-за несчастной любви, сведя счеты с жизнью, выпрыгнув из окна квартиры в центре Москвы.

Наиболее характерными признаками аутоагрессивного поведения являются:

- сверхкритичность к себе;
- вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики)
- жалобы на соматические недомогания (головные боли, усталость, аппатия, отсутствие аппетита, бессонница)
- необычно пренебрежительное отношение к своим увлечениям, ощущение скуки и безразличия к тому, что радовало раньше
- уход от контактов с семьей и друзьями, предпочтительность одиночеству
- приступы гнева, возникающие из-за мелочей

Следует отметить склонность к аутоагрессивному поведению следующих типов акцентуации характера:

· Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе после цепи неудач, публичного унижения или конфликта со сверстниками.

· Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия аффективны, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.

· Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают (агрессивными), но могут выражаться в виде демонстративного суицида.

· Истероидный тип. Чаще всего демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Человек с суицидальным поведением, как правило, имеет отягощенное социальное окружение: неблагополучная семья, одиночество и отсутствие опоры на взрослого. Суицидальная готовность возникает на фоне довольно длительных психотравмирующих переживаний. Настоящего желания умереть нет. Понимание смерти не совпадает с действительностью, представляется обычно избавлением от гнетущей проблемы, снятием эмоционального напряжения, без учета последствий. Психологический смысл суицида - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию.

Нами была проведена исследовательская работа со студентами МАОУ ВО КММИВСО методом анкетирования (обследовалось 30 чел., из них: 17 чел. в возрасте от 17 до 18 лет, 13 чел. – от 19 до 20 лет). По результатам проведенного исследования в младшей возрастной группе респондентов наблюдается высокий уровень аутоагрессии, в то время, как в старшей возрастной группе преобладает средний уровень аутоагрессии.

Вывод: Необходимо помнить, что пубертатный период – это самый сложный период в становлении человека. Каждому родителю и педагогу важно знать это и быть внимательным к ребенку. Зная симптомы аутоагрессивного поведения, можно предотвратить его необратимые последствия. Так же необходима квалифицированная работа психолога в образовательных учреждениях: диагностика шкалы депрессии, уровня тревожности подростков, своевременное выявление детей, нуждающихся в помощи.

Литература:

1. Дворникова И.Н., Куренкова Е.В. Особенности аутоагрессивного поведения подростков в современном обществе // Молодой ученый. - 2014. - №21.1. - С.86-88.
2. Шустов Д.И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. №1.- 2005г.

3. РИА Новости [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ria.ru/incidents/20160203/ (дата обращения:31.03.2016).
4. Новости России [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://news-russia. info/ 2016/01/29/15-letniy-rebenok-iz-aleksandrova-pokonchil-zhizn/ (дата обращения: 31.03.2016)
5. DN Новости [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://dailynewslight.ru (дата доступа: 31.03.2016)
6. Долгополова В.С., Киргуева Р.А. Аутоагрессивные тенденции современных подростков [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://nauchforum.ru/ru/node/10184 (дата обращения: 31.03.2016г.)
7. Перминова М.А. Понятие аутоагрессии и ее основные особенности [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://mirznanii.com/info/ ponyatie-autoagressii-i-ee-osnovnye-ossobennosti (дата обращения:31.03.2016)
8. Теории и практики. Бей и беги: 10 защитных механизмов психики, которые мы используем каждый день [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://theoryandpractice.ru/ posts/10435-fight-and-run (дата обращения:31.03.2016)

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Друзяка Я.А., Ищенко О.Ю., Пехова В.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В общей системе детского здравоохранения амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению страны занимает ведущее место. Анализируя показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Краснодарского края и краевых организационно-методических отделов за 9 месяцев 2015 года (по оперативным данным) предоставленные министерством здравоохранения Краснодарского края ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» отмечено, что с начала 2015 г. в крае наблюдается естественный прирост населения. Детская поликлиника – это основное лечебно-профилактическое учреждение первичного звена медико-санитарной службы, отвечающее за качество медицинского обеспечения детей и подростков. Поэтому современное состояние организации профилактической помощи детям до 1 года очень важно для повышения качества обслуживания и контроля за состоянием здоровья детей.

Изучение профилактики происходит в рамках национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 01.07.2012 №761.

Целью исследования является изучение современного состояния организации профилактической помощи детям до 1 года.

Задачи исследования:

Рассмотреть современные российские и зарубежные литературные источники.

Изучить основные демографические данные Краснодарского края и г. Краснодара.

Проанализировать деятельность базы исследования.

Исследовать организацию профилактической помощи в Городской поликлинике детям до 1 года.

Провести исследование эффективности профилактической помощи детям до 1 года.

Провести эмпирического исследования на предмет изучения информированности родителей о сроках проведения проф. прививок и сроках прохождения проф. осмотров детей 1-го года жизни.

Сделать выводы и предложения по исследованию.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская городская поликлиника №1 города Краснодара 1 мая 2011 года отметила 100-летний юбилей.

В соответствии с Лицензией № ЛО-23-01-007173 от 14.05.2014 года на 01.01.2015 года Детская городская поликлиника № 1 обслуживает 19000 детского населения от 0 до 18 лет, в том числе, до 1 года – 1274 человек.

Прирост детского населения на территории обслуживания обусловлен ростом рождаемости, интенсивным развитием инфраструктуры района, а так же активными миграционными процессами. В поликлинике на сегодня 19 педиатрических участков. На каждом педиатрическом участке в среднем 900 детей, из них в среднем по 60 детей первого года жизни.

Соотношение детей трех возрастных групп в течении трёх лет существенно не изменялось. Самая многочисленная группа это дети от 0 до 4 лет 11 месяцев 29 лет и составляют 41%. Расчёты подтверждают тенденцию рождения мальчиков 51,5% в большем количестве, чем девочек – 48,5%. Процентное соот-

ношение количества детей до 1 года среди детей до 17 лет ДГП №1за 2012-14 гг. в сравнении с остальными детьми существенно не изменяется. В среднем 7,2% в течение трех лет. Наблюдается снижение общей, первичной и инфекционной заболеваемости детского населения за три года 2012-2014 гг. Незначительный рост отмечен следующих заболеваний: врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Рост показателей данной группы заболеваний начался еще в 2011г.Рост общей заболеваемости детей первого года жизни на 13% (по сравнению с 2012 годом) связан с увеличением количества детей в ДГП 1.

В коллективе МБУЗ Детская городская поликлиника №1 трудятся 37 врачей высшей и первой квалификационной категории, 3 - отличника здравоохранения, 8 - заслуженных работников здравоохранения Кубани, кандидат медицинских наук, заслуженный врач России. Укомплектованность врачей составляет 80% и среднего медперсонала 60%. Большинство медработников имеют высшую категорию. Возросло количество сотрудников с первой категорией до 32,4%. Большинство мед. работников принадлежат пенсионному возрасту и имеют стаж свыше 10. Достаточный процент составляют молодые специалисты со стажем менее 5 лет. Это говорит о перспективах развития службы. Средняя укомплектованность штатных должностей врачей узких специалистов составляет М= 92,5%. Длительность ожидания приема врачей специалистов более 3 дней составляет 64 человека. Интервал длительности от 7 до 10 дней. Данная ситуация обусловлена все более возрастающей потребностью.

За последние годы большое внимание стали уделять профилактической помощи. Современная деятельность по организации профилактической помощи детям первого года жизни построена МБУЗ ГП1 на законах, приказах и стандартах Минздрава РФ. Основная профилактическая работа проводится в кабинете профилактической работы с детьми (кабинета здорового ребенка). И осуществляется в два этапа. На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, определяет: группу состояния здоровья несовершеннолетнего и медицинскую группу для занятий физической культурой. Эффективность организации профилактической работы характеризует достижение поставленной цели, ее конечные результаты. Оценить эффективность диспансеризации можно на основе изучения охвата профилактическими прививками, полноты обследования, проведения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий и его результатов.

Материалы исследования показали, что из методов первичной профилактики амбулаторно-поликлинических учреждений в целом на высоком уровне находилась вакцинопрофилактика, охват составлял в среднем 99%, что способствует снижению первичной заболеваемости. Низкий процент выполнения второй ревакцинации связан со вступлением в силу приказа МЗ России №125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям", который отменил вторую ревакцинацию БЦЖ в 14 лет.

Результаты профилактики и диспансеризации можно проследить по распределению детей по определенным категориям:

И первая категория детей:

дети в возрасте от 0 до 11.месяцев 29 дней, которые имеют следующие группы здоровья:

Большинство принадлежат ко второй группе здоровья, показатель составляет в среднем М = 68,7%.

Достаточно большой процент М=22% составляет I группа состояния здоровья - здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие;

III группа состояния здоровья составляет М=7,5%;

IV группа состояния здоровья М= 2% - несовершеннолетние: страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями;

V группа состояния здоровья М= 0,5% - несовершеннолетние: страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением.

Выделят другие категории детей в отдельных группах:

Дети всех возрастов, рождённых от ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Большинство детей этой группы принадлежат ко 2 группе здоровья и первой.

Отдельной категорией идут дети-сироты и дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию, обучающиеся в «Государственном специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся (воспитанников) с отклонениями в развитии школе-

интернате №1 V вида Краснодарского края». Осмотрено 137 воспитанника. Выполнены стандарты обследования в полном объеме. Распределение детей сирот по результатам проведенной диспансеризации, изменилось, так как по новым нормативным документам все дети инвалиды относятся к 5 группе здоровья. В более ранних нормативных документах дети данной категории могли быть отнесены и к 4 группе здоровья. Преобладающая патология: психические расстройства, патология нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы.

В категории детей 2739 человек всех возрастов в Детских образовательных учреждениях преобладают дети со второй группой здоровья – 63,% (1749 человек) и с первой – 30,6% (840), малочисленны третья 5,1% и четвёртая – 0,29%.

Проведены профилактические осмотры детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей всех возрастов в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в 2014г. в дошкольных и Общеобразовательные учреждения. Осмотрено 67 детей, что составляет 100 % от запланированного количества. Отказов от осмотра в 2013г. не зарегистрировано. Самую многочисленную 46,2% составляет вторая группа. Чуть меньше 32,8% отняться дети к 1 группе, 16,5% это дети третьей группы здоровья. И 4,5% отнесены к пятой группе здоровья. В структуре преобладающая патология: нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы, один ребенок -инвалид по психиатрии, один по ортопедии, один по неврологии.

В летний период на база МБУЗ ДГП №1 проводится летняя оздоровительная компания. По итогам прошедших трех отчетных лет с 2012 по 2014гг. запланированные показатели выполнены на 100%. Большинство детей получали санаторно – курортное лечение при заболеваемости органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Единственный путь, ведущий к здоровью каждого человека, - это изменение отношения к своему здоровью. Для этого нужно знать свой организм, желать быть здоровым и прикладывать к этому усилия. Иными словами, человек сам должен сделать выбор: здоровье или болезнь, он должен иметь четкую мотивацию на здоровье. Поэтому было проведено эмпирическое исследование изучения информированности родителей о сроках проведения проф. прививок и сроках прохождения проф. осмотров детей первого года жизни. Получены следующие результаты: большинство опрошенных узнали о профилактике и диспансеризации от медработников -80%. Все родители считают профилактику полезным мероприятием. Никто не испытывал затруднения с получением информации о профилактике. Большинство 92% считают правильно, что профилактика – это предотвращение заболеваний. И все 100% намерены выполнять лечебные или дополнительные диагностические предписания врача. Можно сделать вывод, что родители стали более сознательно относится к вопросам профилактики. И уделяя больше времени понимают её важность.

Этому способствуют многие факторы. Существует Губернаторская стратегия «Будьте здоровы», в рамках которой организуются мероприятия направленные на профилактику заболеваний. Одним из фактором так же являются медработники. Они проводили всем профилактическое консультирование (беседу о здоровом образе жизни), и 99% родителей сделали все прививки своим детям. Все опрошенные удовлетворены организацией и результатами профилактической работы.

Так как исследование не выявило серьезных проблем в современной организации работы учреждения. Можно сделать предложения только общего характера:

Расширить просветительскую работу, положив в основу профилактической работы принципы: «Позитивная профилактика!», «Профилактика начинается в семье!», «Занятость населения трудом, спортом, творчеством, образованием!», «Решение социальных нужд людей. Уделять время пропаганде профилактических программ проводимых в Краснодарском крае и должна преобладать информация, мотивирующая жителей к поддержанию здоровья, а не направленная на лечение, формирование общей гигиенической культуры.

Проводить индивидуальные и групповые беседы с населением.

Уделить больше внимания разъяснению ревакцинации, вторичной и третичной профилактике.

Стимулировать мед. работников за активную пропаганду ЗОЖ. (разработать критерии этой активной работы: систематическое проведение соцопросов, по специально разработанной анкете), повышение уровня информированности о способах профилактики основных заболеваний; количество бесед прово-

димых в месяц по ЗОЖ, пропаганде грудного вскармливания, проф. прививок и др.).

Предложить родителям объединится в группы по интересам («Мы рекомендуем здоровый образ жизни»). Укрепить материально-техническую и информационную базу амбулаторно – поликлинического учреждения.

Литература:
1. Ищенко О.Ю. Савощенко И.В. Оценка эффективности деятельности нефрологического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения [Журнал] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М.: Медицина, 2014 г. - № 1. С. 29-32.
2. Кучеренко В.З. Общественное здоровье и здравоохранение. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ - ПУТЬ К ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

Ефименко С.О.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

В современном мире множество соблазнов, один из которых еда. Сегодня "на каждом углу" можно найти какой-нибудь уютный ресторанчик, суши - бар или закусочную быстрого питания. И мы с радостью там кушаем, а почему и нет? Это удобно, быстро и самое главное вкусно. Но, к сожалению, мало кто задумывается о вреде этой пищи.

Неправильное питание приводит к развитию таких заболеваний как сахарный диабет, ожирение, заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, гастродуоденит, гастрит и т.п.), сердечно-сосудистые заболевания, рак, гипертония, атеросклероз, булимия, анорексия, заболевания кожи и многих других органов и систем [1,2,3].

Здоровое питание - это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактике заболеваний.

Человек, который правильно питается физически активен, бодр и энергичен; у него хороший сон и аппетит; он редко болеет; у него хорошее зрение и слух; его кожа, волосы и ногти выглядят здоровыми. Люди, питающиеся в фаст-фудах, употребляющие соленую, жирную или острую пищу похвастаться хорошим самочувствием не могут.

Итак, что же представляет собой правильное питание? Во-первых, это употребление в пищу продуктов, которые содержат в себе все необходимые питательные вещества:

- белки;
- жиры;
- углеводы;
- клетчатку;
- витамины;
- минеральные вещества [3,4].

Во-вторых, это режим. Наиболее правильным является следующий режим питания:

Завтрак 7.30-8.30

Самый важный прием пищи, он должен быть богат белками. Например, яйца, творог или другие молочные продукты, орехи, семена, сыр, сок.

Обед 11.30-13.30

Должен быть сбалансированным и включать в себя источник белка (мясо, рыбу или птицу) и немного полезных углеводов, лучше только в виде овощей или зерновых. Немного полезных жиров из оливкового масла, орехов или авокадо тоже принесут пользу.

Полдник 15.00-16.00

Может включать в себя углеводы, лучше только в виде какого-нибудь фрукта, каши или цельнозерновой булочки.

Ужин 18.30-20.00

Ужин, как и обед, должен быть полноценным и хорошо сбалансированным. После ужина наступает так называемая «Зона опасности». Прием пищи в это время вызван только психологическим, а не физиологическим голодом. Только желание поднять себе настроение может повлечь вас к холодильнику.

Вряд ли кому-то нужно доказывать, что наше здоровье, учеба, карьера и даже жизнь во многом зависят от того, что мы едим. Поэтому ученые развитых стран озаботились проблемой борьбы с неправильным питанием, которое приводит к развитию множества болезней. В результате исследований была создана пирамида здорового питания. Она была разработана американскими диетологами Гарвардской школы общественного здоровья. Главный принцип пищевой пирамиды заключался в следующем: продукты, расположенные в основании пирамиды очень полезны для нашего организма, поэтому мы должны употреблять их чаще. Чем дальше от основания находятся продукты, тем меньше в них полезных элементов, а, следовательно, и кушать их нужно как можно реже [2,3,5].

Теперь рассмотрим каждую ступень данной пирамиды.

В самом низу пищевой пирамиды находится вода, которая должна поступать к нам в организм ежедневно не менее 1,5 - 2 литров. Также здесь разместились физические упражнения.

На следующей ступени находятся 3 группы продуктов:

1) Овощи и фрукты (помидоры, огурцы, морковь, свекла, цветная капуста, лук, чеснок, дыня, арбуз, яблоки, груши, виноград, гранат и т.п.)

2) Растительные жиры (подсолнечное, оливковое, соевое, кукурузное, арахисовое, рапсовое, льняное масло)

3) Цельнозерновые продукты (хлеб грубого помола, отруби, неочищенный (бурый) рис, гречка, овсянка, макаронные изделия из цельнозерновой муки).

Данная группа продуктов содержит мало жиров и богата витаминами (Е, В1, В2, РР), минералами (калий, магний, кальций, железо, фосфор), пищевыми волокнами, растительным белком. Продукты данной группы следует употреблять каждый день.

На следующей ступени 2 группы продуктов:

1) Орехи, бобовые, тофу.

2) Рыба, морепродукты, птица, яйца.

Они являются полноценными белками, содержащими все незаменимые аминокислоты. Рыба богата витамином А, яйца содержат витамины А, В, D и минералы такие как железо, фосфор, кальций. Орехи, бобовые богаты растительными белками, полезными жирами, пищевыми волокнами, а также витамином Е.

Далее вверх, на следующей ступени находятся молочные продукты - творог, кефир, сметана, сыр и многие другие. Данные продукты являются источниками полноценных животных белков, витаминов А, Е, D, В 2, В 6, В 12, кальция, магния, фосфора, цинка, йода. Кисломолочные продукты содержат бифидо- и лактобактерии, обеспечивающие нормальную работу кишечника.

И вот верхушка пищевой пирамиды, на которой представлены продукты, содержащие в себе скорее вредные, чем полезные вещества. Это красное мясо, колбасы, белый хлеб, сладости, газированные напитки, макаронные изделия, картофель, фаст-фуд.

От этих продуктов рекомендовано отказаться! [3,4,5].

Слева от пирамиды расположены витаминно–минеральные комплексы (используются по назначению врача при недостаточном содержании витаминов и минералов в организме).

Нами было проведено тестирование, в котором приняли участие студенты 2 курса специальности "Клиническая психология". Ребятам было предложено ответить на 15 вопросов о том, как они питаются. Результаты исследование показали, что 40% опрошенных придерживаются правильного питания и соблюдают режим; 35% питаются неполноценной пищей, но имеют определенный режим питания; 25% опрошенных не имеют режима питания и часто употребляют вредную пищу. Также отдельно был проведен опрос среди студентов, которые питаются неправильно. Выяснилось, что 15% из них имеют заболевания желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, правильное питание основа здоровья и хорошего настроения, а здоровое питание, это путь к здоровой жизни.

Литература:

1. Батурин, А.К., Мендельсон, Г.И. Питание и здоровье: проблемы XXI века // Пищевая промышленность. – 2005
2. Богатырев А.Н. Качество пищи и культура питания // Пищевая промышленность. – 2010
3. Никифоров, Г.С.,- « Психология здоровья», Питер, 2006
4. http://properdiet.ru/komponenty_pitanija/
5. http://zozhlegko.ru/food/piramida-pitaniya-pishhevaya-piramida.html

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ УЧЕБНОГО ВОЕННОГО ЦЕНТРА КубГАУ

Ефимкин Я.С., Дробышев В.И.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный аграрный университет»
Краснодар, Россия

Вопросы развития профессиональной направленности на современном этапе выходят на первый план во всех областях высшего и профессионального образования. Подготовка специалистов на первичные офицерские должности Вооруженных сил имеет большое значение для обороноспособности страны.

Актуальность нашего исследования обусловлена тем, что формирование профессиональной направленности у будущих офицеров может занимать до пяти и более лет, а в современных условиях это довольно длительный

процесс. Подготовка офицеров в учебных военных центрах, в отличие от военных университетов, это более «мягкий» процесс [1]. Ведь в военных университетах слушатель находится в определенных условиях, которые способствуют более быстрому развитию профессиональной направленности.

Цель исследования – определение уровня сформированности профессиональной направленности по отдельным направлениям.

Объект исследования – профессиональная направленность студентов учебного военного центра ФГБОУ ВО КубГАУ.

Материалы и методы – на первом этапе проведенного нами исследования, используя разработанную раннее методику определения показателей профессиональной направленности [2], мы определяли основополагающие вопросы выбора профессии слушателями первого курса учебного военного центра «Кубанского ГАУ», а также основные показатели их профессиональной направленности по ориентационной анкете Б.Босса, шкале термальных ценностей М. Рокича, шкале оценки потребности в достижении, составленной Ю. М. Орловым [3].

В ходе исследования определили, что для большинства респондентов значимы ценности личного характера, около 44 % студентов ориентированы на прямое вознаграждение и удовлетворение безотносительно деятельности сослуживцев, 23 % стремятся при любых условиях поддерживать отношения с товарищами и готовы к совместной деятельности, но часто в ущерб выполнению конкретных заданий или оказанию искренней помощи сослуживцам, ориентация на социальное одобрение, зависимость от группы, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми.

Высокий уровень потребности в достижениях всего 2,3 % респондентов, а ведь служба в погонах предполагает стремление к достижению определенных целей, «да и какой солдат не мечтает стать генералом».

Мотивированные на избегание неудачи составили 31,8 % респондентов, для них явно выраженная цель в деятельности заключается не в том, чтобы добиться успеха, а в том, чтобы избежать неудачи.

Около 100% считают, что основные события, происходящие с ними, зависят, прежде всего, от окружающих их людей. Тем не менее, 16% опрошенных уверенны, что они сами добились того хорошего, что было и есть в их жизни, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем. 32% считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении.

Заключение: используя программу развития профессиональной направленности военнослужащих контрактной службы [4], а также проводимая воспитательная работа в ФГБОУ ВПО «Кубанский ГАУ» позволили в кратчайший срок добиться определенных результатов в развитии профессиональной направленности у студентов учебного военного центра. Так количество студентов заинтересованных в решении деловых проблем, выполнении работы увеличилось с 33 % до 50 %. Уровень потребности в достижениях с 2,3 % респондентов повысился до 20 %.

При развитии профессиональной направленности существенное значение имеет и личная активность студента. К. А. Абдульханова-Славская считает, что важнейшим условием формирования профессиональной активности является активность самой личности. Автор пишет: «Активность определяет деятельность (с ее структурами, функциями), мотивы, цели, направленность, желание (или нежелание) осуществлять деятельность, т.е. является движущей силой, источником побуждения в человеке его «дремлющих потенциалов» [5, с. 77].

Нельзя не согласиться с выводом А. В. Барабанщикова – военнослужащий никогда не должен останавливаться на достигнутом. Он постоянно должен ставить перед собой новые, более значимые цели, повышая уровень притязаний, определяемый сложностью задач, выбираемых личностью. О значении рефлекса цели в жизни человека хорошо сказано И. П. Павловым, подметившим, что «он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. Жизнь только того, красна и сильна, кто всю жизнь стремится к постоянно достигаемой, но никогда не достижимой цели или с одинаковым пылом переходит от одной цели к другой» [6, с. 310].

Без настойчивой работы студентов учебного военного центра над формированием своей личности эффективность процесса развития профессиональной направленности будет невысокой. Содержание самовоспитания студентов должно соответствовать характеру их деятельности в настоящем и будущем, отражать требования, предъявляемые воинской службой к качествам личности военнослужащих, специфику их деятельности, иметь профессиональную направленность.

Литература:
1. Дробышев В.И., Дробышева О.М. Современная характеристика студентов учебного военного центра КубГАУ / В сборнике: Научное обеспечение агропромышленного комплекса отв. за вып. А. Г. Кощаев. 2016. С. 442-443.
2. Дробышев, В. И. Методика оценки сформированности военно-профессиональной направленности у воина-контрактника / В. И. Дробышев, Г. П. Писаренко // Труды Военно-морского политехнического института, 2014. - №1 (14). – С. 70.
3. Дробышев, В. И. Сущность и структура военно-профессиональной направленности / В. И. Дробышев, А. Н.Томилин // Вестник государственного морского университета имени адмирала Ф. Ф. Ушакова «Эксплуатация, безопасность и экономика водного транспорта». Новороссийск. - 2014. - №1. - С. 83.
4. Дробышев, В. И. Модель и программа активизации процесса развития военно-профессиональной направленности воина-контрактника / В. И. Дробышев // Международный политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского Государственного Аграрного Университета (PolythematiconlinescientificjournalOfKubanStateAgrarianUniversity) – 2013. - Том 93. - №93(03). – С. 723.
5. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
6. Павлов, И. П. Рефлексии цели. Двадцати летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных / И. П. Павлов. – М., «Медгиз», 1951 г. – С.199.

СЕЛФИ КАК ОРУДИЕ УБИЙСТВА

Зурабян С.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Селфи... Относительно новое, но уже вошедшее (иногда даже чересчур) в нашу жизнь понятие - (Selfie от слова self) - это снимок самого себя с помощью современных гаджетов (планшета, мобильного телефона, фотоаппарата).

Мы в своей предыдущей работе уже обращались к данному феномену, описывая его виды и вычленяя причины аддикции от самофотографирования, когда зависимость от селфи становится психическим заболеванием.[1] Однако тема не просто остается актуальной: с каждым годом все большее количество людей не просто попадают в эту зависимость ,а начинают уходить из жизни в попытках экстра эффектного кадра. Объектом данного исследования выступили смертельно опасные селфи и с помощью опроса, интервью и сравнительного анализа мы попытались разобраться в причинах и последствиях данного явления .

Министерство Внутренних дел РФ в прошлом году выпустило памятку- предупреждение "Делай безопасные селфи. Крутое селфи может стоить тебе жизни" о том, что и как не стоит делать в гонке за сенсационным самофото, где представители «попытались наглядно, в виде пиктограмм, изобразить наиболее травмоопасные случаи создания селфи, тем самым предостеречь граждан от неоправданного риска ради запоминающегося кадра». Ведь, когда человек пытается сфотографировать сам себя - у него рассеяно внимание, теряется равновесие, он не смотрит по сторонам и не чувствует опасности. «Делайте селфи, убедившись, что Вы находитесь в безопасном месте и вашей жизни ничего не угрожает!» [3]

Как известно, первое селфи в истории человечества появилось еще в октябре 1839 года , когда американский пионер Роберт Корнелиус , фотографировал отражение самого себя . Причем абсолютную статичность камеры обеспечивал специальный штатив, но в то время они были менее распространены, нежели сейчас. Появление таких кадров связано с появлением камеры под названием Kodak Brownie. Первое селфи женщины, чье имя в истории не сохранилось, равно как и подробности биографии, было сделано еще в далеком 1900 году , и селфи определенно удался.

Великая русская княжна Анастасия Николаевна (дочь Николая II), стала первым тинейджером, сделавшим это, когда ей было всего 13 лет. Такой подарок она отправила своему другу в 1914 году по почте России. В письме Анастасия поделилась впечатлениями: «Я сделала свое фото в зеркале. Это было очень сложно, поскольку у меня тряслись руки».

Первый селфи в космосе был сделан 12 ноября 1966 года. Фотография сделана во время миссии «Близнецы XII» на орбите №14 и опубликована впоследствии в журнале GEM12-17-62922.

Однако популярность селфи начинает непомерно возрастать в 2000х годах, когда в жизнь каждого из нас вошли социальные сети. Появляются миррор луки, рыбьи губы, в сети

появляется рыбий зевок, успешно пришедший на смену дакфейсу. Теперь с едва открытыми устами фотографируется каждая третья обладательница странички в «Инстаграме» и в тоже время каждый снимок начинает усиленно указывать на медицинские отклонения делающих их людей.

Все было бы вполне безобидно , если б невероятная зависимость от них не стала причиной все возрастающего количества смертей.

По данным The Telegraph за 2015 год статистика такова, что даже акулы, становятся менее опасны для человека, чем фото, сделанное за минуту до смерти. На первом месте идут селфи, связанные с падением с высотных зданий, мостов. Второе место - опасность движущегося транспорта , а третье - фото с хищными животными. Из-за этого во многих зоопарках мира даже был введен запрет на фотографирование возле клеток, что совсем не останавливает любителей «жареного» делать это в дикой природе. Большое количество смертности у людей от 20-23лет. На втором месте подростки от 14 до 18 лет. По данным исследования, что явилось слегка неожиданным, оказалось, что процент женского пола составляет всего 26,55, в то время как мужин-73,5%.

МВД РФ, только за первую половину 2015 год выявило более 100 случаев ранений и смертельных исходов, а во всем мире этот показатель стал настоящим открытием, потому что смерть от селфи заняла третье место , после фатальных исходов в авиакатастрофах и укусов пчел и ос.

Так, «трагический случай произошел в ночь на субботу, когда 21-летняя выпускница Российского государственного университета туризма и сервиса упала с 15-метровой высоты во время селфи с друзьями на фоне бизнес-центра Москва-Сити», 19 сентября, двое киевлян погибли во время попыток сделать селфи на крыше поезда – оба погибли от мощного разряда тока; В августе в Подмосковье 14-летняя девочка залезла на цистерну грузового поезда, чтобы сфотографировать саму себя. Она задела контактный провод и погибла от удара током; В ночь с 3 на 4 июля в Москве из-за селфи погибла 21-летняя девушка, сорвавшись с недостроенной эстакады

В связи со всем, происходящим в мире, мы решили провести опрос среди наших педагогов, студентов и жителей нашего города. Как показало наше исследование «90% педагогов, 100%студентов и 100%жильцов знают, что такое селфи и пользуются им довольно не редко». «0% педагогов, 50%студентов и 20% жителей », делали хотя бы одно смертельное селфи. «0% преподавателей, 60% студентов и 40% жителей», согласны сделать опасное для жизни селфи за деньги (минимальная сумма 1000рублей). «0% преподавателей, 10% студентов и 15% жителей», ни за что бы ни согласились сделать смертельное селфи. «0% педагогов, 5% студентов и 12% жителей», отказались ответить на вопросы. Всего было опрошено 10 преподавателей, 50 студентов и 50 жителей г. Краснодара.

Исходя из полученных нами данных, мы приходим к выводу о том, что селфи – это не только болезнь и зависимость. Если вовремя не остановится и при каждой съемке не думать о последствиях, все может иметь печальные, и даже летальные, последствия. Своевременная помощь, особенно зависимым людям, вплоть до медицинской, а также просветительская работа помогут пусть не полностью уничтожить, но иногда сократить количество несчастных случаев.

Литература:

1. Зурабян С., Брашован Е.А. Селфи- аддикция : болезнь или способ самореализация\\ Заочная межвузовская научно-практическая конференции с международным участием «Инновационные процессы в образовании и науке», Краснодар, ноябрь 2015
2. http://goo.gl/FyHL8k
3. Безопасное селфи. Ваше здоровье и ваша жизнь дороже миллиона лайков // [Электронный ресурс]https://mvd.ru/safety_selfie.
4. More people have died by taking selfies this year than by shark attacks [Retrieved from] : http://www.telegraph.co.uk/technology/11881900/More-people-have-died-by-taking-selfies-this-year-than-by-shark-attacks.html

НОВОЕ ЗАСЕЛЕНИЕ ЕВРОПЫ: МИГРАНТЫ АТАКУЮТ

Зурабян С.С., Брашован Е.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

За последние годы количество мигрантов, пытающихся попасть на территорию европейских стран, превышает все мыслимые и немыслимые цифры. Одни бегут от проблем, существующих в их странах, другие- за красивой и, как им кажется, богатой жизнью. Неоспоримо , что обстановка в таких странах, как Турция, Египет, Сирия и многих других ставит людей перед дилеммой – бороться за остатки жизни в их странах, рискуя жизнью своей и

своих близких, или попробовать жизнь новую. Актуальность данного вопроса в 2015году и году нынешнем не вызывает никаких сомнений судя по статистическим данным количества тех мигрантов, кто пересек европейские границы. Однако жители этих европейских стран определенно не рады новым соседям. В данной работе предметом исследования стали причины столь ярой атаки мигрантов и возможности решения проблемы наиболее мирным путем.

По данным BBC , к концу 205 года Согласно Управлению Верховного комиссара ООН по делам беженцев (UNHCR), 210 265 человек достигли берегов Греции и 8129 – Италии. В основном нелегальные мигранты прибывают из Сирии, Ирака, Афганистана, Северной Африки, Пакистана, а также ряда балканских стран. Однако не все, кто решился на поиски новой жизни, добрался живым . По меньшей мере 70 человек утонули, пытаясь доплыть до греческих островов. У берегов Эгейского моря у острова Фармакониси были обнаружены тела четверых мужчин, чья лодка затонула; еще семеро пропали в открытом море. В перевернувшейся у побережья острова Самос лодки спасатели извлекли тела 10 человек, 6 из которых дети; тело еще одного ребенка было найдено на берегу.[1]

Тройка стран, из которых поток беженцев особо велик представлена в виде Сирии(более 120 000). Афганистан (более 30 000) и Косово (около 30 000) , т.е стран с наиболее тяжелой военно- политической обстановкой с одной стороны и наиболее бедные и неблагополучные страны , как Эритрея, Нигерия Сомали с другой стороны.

Почему же они так усиленно бегут и почему именно в Европу?

Причина первая- состояние войны, усиление ИГИЛ атак и, как следствие, любая попытка вырваться из этого состояния и спрятаться в безопасности. Причина вторая- желание красивой жизни. Европейский уровень жизни, высокие пособия по безработице, более чем толерантные отношения ко всему и всем выступают идеальными факторами для заселения именно этих стран. Причина третья – наиболее близкое расположение стран к регионам с эмигрантским потоком. Самыми «неудачными» в вопросе расположения оказались Македония и Сербия, чья абсолютная близость границ превратила эти страны в территории, перенасыщенные беженцами. Страны Европы разделись на 2 лагеря – те, кто еще готов помогать и те, кто готов отправлять беженцев обратно. Опасения Европы в том, « стоит ли оставлять, а не лучше ли избавиться от них» не беспочвенны. Во-первых, наиболее острым возникает вопрос « а не станет ли Европа исламским, мусульманским государством»? Ведь, беженцы (и это становится уже не частными случаями), не успев приехать в ту или иную страну, пытаются устанавливать свои порядки. А история мусульманских диаспор насчитывает уже не одно десятилетие . По данным lenta.ru, « в настоящий момент в Европе действуют минимум две «исламских» политических партии: «Партия возрождения и единства» в Испании и «Партия исламских демократов» в Нидерландах (наиболее активна в Гааге, где ее представителям удалось занять несколько мест в городском совете). Также существуют общественные движения, стремящиеся получить статус партий и не имеющих пока реального политического влияния: «Финская исламская партия» (Финляндия), «Союз исламских объединений и организаций» (Италия), «Союз исламских организаций» (Франции), «Лига справедливости и развития» (Германия). Последняя их которых вызывает большой резонанс, так как является клоном одноименной партии Турции. Это обстоятельство заставило многих в Германии осудить попытки турок-иммигрантов перенести на новое место старую политическую борьбу, а лидеров турецкой Партии справедливости и развития — осудить желание эмигрантов «превратиться в немцев».[3]

Однако речь не только о религиозных и политических разногласиях. Слишком уж частыми стали случаи грабежей, разбоев, а случаи изнасилований европейских девушек и девочек стали остро резонансными в обществе. Количество заявлений в Германии об изнасилованиях и попытках изнасилований превысило 150 (печально известная новогодняя ночь в Кельне, когда насилию подверглись жительницы города, а ситуация по началу была скрыта).

Причин «против» намного больше, чем «за».

А что в России? Наша страна тоже ведь уже не одно десятилетие борется с потоком мигрантов в, основном, из Средней Азии. Однако, законы нашего государства намного жестче и, тем самым, более удобны для жителей нашей страны. А с 2015 года эти законы еще более ужесточились (акутальная и выгодная мера !)

В России с начала 2015 года вступили в силу поправки в миграционное законодатель-

ство. В частности, изменились правила въезда в страну и порядок трудоустройства иностранных граждан. Во –первых, начиная с 1 января граждане СНГ должны въезжать на территорию России по загранпаспортам. Исключением из правил являются граждане стран, входящих в Таможенный союз и Единое экономическое пространство (Белоруссии и Казахстана). [2] Во-вторых, 1 января вступил в силу закон о замене квотирования трудовых мигрантов патентной системой. Закон касается только иностранцев из стран, с которыми в РФ существует безвизовый режим. В соответствии с документом патент будет выдаваться на месяц с возможностью продления до года. Получить его нужно будет в течение 30 дней с момента въезда в Россию. Через год мигрант может продлить патент еще на год. После этого он должен будет выехать из страны и вернуться, и закон не устанавливает сроки, на какое время иностранец должен покинуть РФ, то есть он может выехать и въехать буквально на следующий день.[2] В третьих, «с 2015 года вступил в силу федеральный закон РФ "О внесении изменений в федеральный закон "О правовом положении иностранных граждан в РФ", согласно которому иностранные граждане при получении разрешения на работу должны будут подтверждать знания русского языка, истории и законодательства России.

Для этого надо предъявить либо документ о получении образования на территории государства, входившего в состав СССР, либо свидетельство об успешном прохождении государственной итоговой аттестации в России, либо специальный сертификат. Для получения такого сертификата нужно сдать экзамены в центрах тестирования при школах, вузах, колледжах» [2]. Можно только порадоваться за правительство нашей страны, своевременно и точно способной изменить законодательство и не допустить (хотя бы в некоторых вопросах) полного беспредела.

Европа, являясь миром толерантности и мягких законов, стала жертвой миграций и выпутываться из всего ей будет совсем нелегко. Мы опросили жителей нашего города о ситуации в Европе, о беженцах и способах регулирования мигрантской ситуации. На вопрос «знают ли они вообще о ситуации в Европе касательно мигрантов» - 85% респондентов ответили положительно, 10% сказали, что слышали что-то, а 5% заявили, что вообще не интересуются политикой. На вопрос « каковы пути выхода из кризиса беженцев» 55% опрошенных ответили «отправлять обратно в свои страны»; 25 % выступили за « изменение политики мигрантов в странах ЕС», 15% предложили « создание специальных мигрантских поселений» и 5% не нашли реального выхода из данного кризиса.

Проблема выхода их «кризиса беженцев» остается и , вероятнее всего, еще долго будет оставаться на пике европейских проблем. Задача сейчас состоит в том, чтобы правительства Германии, Франции, Австрии и тех стран, кого потоки мигрантов не только затронули, но уже и перевернули европейские уклады жизни, ценности европейских народов, подошли к вопросу пересмотра и политических, и экономических моментов. И сделать это необходимо настолько тонко , чтобы в выигрыше остались обе стороны : и мигранты, не всегда только отрицательные герои, и Европа как пример сочетания традиционности и современности.

Литература:

1. В Европе отмечен рекордный наплыв нелегальных мигрантов [электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.bbc.com/russian/international/2015 /11/151102_migrant_crisis october_stats
2. Мигранты в России: что изменилось с 1 января 2015 года [электронный ресурс] –Режим доступа -http://tass.ru/obschestvo/1648164
3. https://lenta.ru/articles/2015/01/12/politmuslims/
4. Нападения на женщин вновь произошли в Германии [электронный ресурс] –Режим доступа: http://rg.ru/2016/01/11/germaniya-site.html

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ЦИКЛАХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Ильченко Г.В., Маковкина Д.В.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Существующее в настоящее время соотношение: врач/медицинская сестра в отечественном здравоохранении составляет 1:2,2, (в европейских странах – 1:4, 1-5) при укомплектованности средним медицинским персоналом 65% негативно сказывается на качестве медицинской помощи, важная роль в оказании которой отводится медицинским сестрам.

Одним из важных направлений реформирования сестринской службы является создание перечня простых медицинских услуг, стандартизация сестринской деятельности. В этой связи оптимизации обучения и вопросы практической подготовки медицинских сестер представляются актуальными.

Таким образом, можно обозначить ряд проблем, без решения которых качественно развить содержание подготовки по специальности, увеличить конкурентоспособность выпускника, представляется затруднительным.

Прежде всего, отсутствует единообразие по вопросам многоуровневой подготовки по специальности. В плане улучшения взаимодействия с органами практического здравоохранения и обеспечения трудоустройства выпускников разных уровней обучения перспективной идеей является развитие социального партнерства. В рамках этих мероприятий предполагается подготовка специалистов с учетом потребностей конкретных лечебных учреждений додипломная специализация на основе трехстороннего договора, заключаемого между лечебным, образовательным учреждением и студентом; проведение производственных практик или стажировки на предполагаемом рабочем месте.

Существующая система последипломного образования строго регламентирована приказом МЗ РФ № 186 от 05.6.98г. «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием». Утвержденный перечень программ жестко связан с определенными специальностями и задает объем и содержание циклов. Учитывая потребность в высококвалифицированных кадрах, владеющих инновационными технологиями, экономическую целесообразность и эффективность их подготовки назрела необходимость реформирования последипломного образования. Одним из вариантов решения проблемы является внедрение в практику накопительной системы повышения квалификации с применением дистанционных технологий обучения.

Таким образом, анализ основных проблем в сфере подготовки специалистов «Сестринского дела» позволяет выделить следующие стратегические направления деятельности:

- Внедрение международного стандарта менеджмента качества.
- Формирование индивидуальной образовательной траектории обучающихся с учетом потребностей региона.
- Развитие дистанционной формы повышения квалификации с расширением практики проведения выездных циклов на базе лечебных учреждений.
- Проведение совместных учебно-методических конференций с руководителями сестринских служб для усиления обратной связи с образовательным учреждением и мониторинга удовлетворенности работодателей качеством подготовки выпускников по специальности;
- Формирование заказов лечебных учреждений на проведение научных исследований в учебных заведениях, направленных на решение конкретных вопросов по улучшению работы сестринских служб, качества сестринской помощи, маркетинга медицинских услуг;
- Расширение практики зарубежных стажировок студентов разного уровня обучения для внедрения инновационных технологий в сестринскую деятельность.

Литература:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. — Ростов н/Д: Феникс, -2012.
2.Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации.— Ростов: Феникс, 2011.
3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. — Ростов: Феникс, 2009.
4.Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал эксперементального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознанаия, 2014 (10), 41-45.
5.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.75-77.
6.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014.-С.160-162.

О «БОКСОЛОГИИ»

*Ищенко В. И., Ищенко О.Ю.
**Социолог, журналист*
разработчик проекта 3D image
Киев, Украина
МАОУ ВО КММИВСО
«Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
Краснодар, Россия

Боксология – наука, предметом которой являются электронные устройства, предметы длительного использования, с широким спектром коммуникационных услуг; наука, изучающая условия эксплуатации и повышения производительности телекоммуникационных устройств для целей потребителя за счет просвещения.

Понятно, что Боксология - это пока шутка, если не анализировать то количество средств, которые мы с вами истратили на различные ноу-хау и новинки телекоммуникаций, которые на поверку оказались неспособными оказывать эти самые услуги, либо эти услуги оказались слишком сложными для использования.

Уверен, что у каждого из нас есть как минимум одна коробочка, будь то принтер или фотоаппарат, коммуникатор или модем, который так и не нашел применения, по той простой причине, что к нему нужна еще одна какая-нибудь коробочка или он просто-напросто устарел.

Покупая переносной компьютер с Wi-Fi модемом, Вы вдруг обнаруживаете, что эта услуга не так проста, как вам поначалу казалось. Или подписываясь на мобильное телевидение, вдруг обнаруживаете, что там демонстрируется «по кругу» файл с анонсами телеканалов, а не сам телеканал. Или купив в обычном магазине модем компании «Воля», обнаруживаете, что в вашем доме нет кабельной сети «Воля-кабель», зато есть какой-то VoDSL-сервис, но телеканалы можно смотреть только через компьютер.

Как же не «попасть» на удочку новых услуг, качество которых нам неизвестно? Какими минимальными знаниями должен обладать современный человек, чтобы приобретая вещь, не обмануться с ее функциональными способностями?

Понятно, что у каждого из нас скопилось в домашнем хозяйстве какое-то количество коробочек-боксов, которые по своим характеристикам (пользовательским, техническим) подпадают под рассмотрение (внимательное!) новой науки – боксологии.

Именно, с одной стороны, расширение рынка потребительских услуг, которые оказывают нам в домашнем хозяйстве всякого рода коробочки, а с другой, необходимость изучения потребительских свойств этих устройств требуют определенных уверенных знаний, которым не учат в школе и даже в высших учебных заведениях. Также, отметим здесь, что известный предмет „Информатика”, к сожалению, не успевает за современными технологиями, так как не всегда знания предмета „Информатика” могут нам помочь при выборе новых боксов, программ и услуг.

То ли еще будет, когда широкополосная цифровая сеть выйдет в украинский частотный эфир, больше коммуникаций – больше знаний.

Поэтому, оставляя такое «шуточное» название, авторы предмета «Боксология» должны очень всерьез подойти к сути самого предмета.

Причем, предмет рассматривает все без исключения предметы обихода современного человека, которые что-то потребляют, куда-то включаются, предлагая уже свой, самостоятельный продукт или услугу.

Почему, современные школьники ничего не изучают о мобильниках, автомобилях? Хотя, это уже привычные, и на первый взгляд понятные средства для коммуникации и реализации своих индивидуальных способностей и возможностей предметы.

Неужели, школьники должны мириться с консервативной позицией школы в отношении современных технологий и отправлять для изучения этих предметов школьников за двери (Outdoor).

Именно так называется способ рекламы с помощью наружных средств – вывесок, щитов. Поэтому, возможно, в будущем рекламные агентства, совместно со своими клиентами войдут в школы традиционным способом – через двери (Indoor) и из не государственного сектора будут формировать Indoor program для школьников и студентов.

А наука „Боксология” к тому времени станет привычной, и для многих „черный ящик” на прилавке магазина перестанет быть привлекательным только за счет своих новых, креативных качеств. Умные боксы станут понятными друзьями-помощниками в повседневной жизни каждого из нас, не омрачая радость приобретения необходимостью покупать что-то еще и еще, чтобы, наконец, обрести счастье.

Литература:
1. «Конституция Украины» (принята на 5-й сессии Верховной Рады Украины 2-го созыва от 28.06.1996) URL:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80?test=4/UMfPEGznhhAyt.Zifkce1aHI4Sos80msh8Ie6 (Дата обращения от 12.03.2016 года)

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ищенко О.Ю., Погребняк Т.Н.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Приоритет внутренней политики нашей страны в области здравоохранения является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению. Существующая система оказания медицинской помощи больным с эндокринной патологией, уровень организаторской работы на местах по ее совершенствованию, темпы развития не обеспечивают возрастающие потребности населения РФ и требуют серьезной реорганизации эндокринологической службы и переориентации всего здравоохранения на профилактику эндокринных заболеваний.

Цель исследования изучить современные проблемы организации оказания помощи больным с эндокринной патологией в отделении эндокринологии ККБ №2.

Гипотеза повлияла на постановку задач исследования:

1. Изучить современные теоретические источники по теме;
2. Определить современные проблемы организации оказания помощи больным с эндокринной патологией;
3. Изучить деятельность ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» МЗКК;
4. Провести исследование современных проблем организации оказания помощи больным с эндокринной патологией в отделении эндокринологии ККБ №2;
5. Сделать выводы и предложения исследования.

Как видно из диаграммы население Краснодарского края подвержено в большей степени болезням щитовидной железы и сахарного диабета. Показатель первичной заболеваемости характеризует профилактическую работу, проводимую в крае. И можно сказать, что должного внимания проблеме не уделяется т.к. край стоит на четвертом месте по данной патологии.

Схема организации медицинской помощи пациентам с эндокринной патологией строится на основе законов, приказов, СанПинов и стандартов министерства здравоохранения Краснодарского края и Российской федерации. Приказ № 116н от 1 марта 2010 г. зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2010 г. № 16791 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями» утверждает порядок оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями. В условиях реформирования здравоохранения, внедрения обязательного медицинского страхования повышаются требования к уровню, объему и качеству медицинской помощи населению. При этом особое внимание уделяется специализированной медицинской помощи, одной из которых является скорая и неотложная эндокринологическая служба.

Изучая данные деятельности учреждения, получены следующие выводы. По сравнению с 2010 годом количество выбывших пациентов увеличилось на 23,8% и составило 32215 человек. По качеству обслуживания и оборудования перинатальный центр стоит вровень с современными европейскими клиниками. В структуре заболеваемости этих поступивших в 2014 году пациентов Большинство пациентов поступило с заболеваниями органов пищеварения – 14,2%, болезнями мочеполовой системы – 13,4%, новообразования – 11%, болезни системы кровообращения – 10,3%. Эндокринные заболевания стоят на пятом месте по обращаемости.

Для оказания квалифицированной помощи больным с эндокринной патологией в структуре стационарных лечебных подразделений г. Краснодара организовано и успешно работает эндокринологическое отделение, расположенное на базе МБУЗ ККБ №2. Эндокринологическое отделение является базовым ле-

чебным подразделением в городе Краснодар, где ежедневно, круглосуточно оказывается специализированная высококвалифицированная скорая, неотложная и плановая эндокринологическая помощь больным всего города, пригородов, иногородним больным.

За пять лет количество выписанных пациентов из эндокринологического отделения резко возросло на 17,8%. В 2014 году поступило пациентов 2135 человек. В структуре заболеваемости эндокринного отделения пациенты с сахарным диабетом составляют большинство – 63%, чуть меньше 7,4% поступило пациентов с дисфункцией яичника, пациенты с тиреотоксикозом стоят на третьем месте и составляют – 7%.

Эндокринологическое отделение функционирует на 60 койках круглосуточного стационара. Отделение по показателю «Работа койки» при норме 330-340 дней работает в пределах нормы в последние три года. За 2011 и 2012 года отделение работало с перезагрузкой. При этом в 2014 году согласно данных отчёта с сайта МИАЦ оборот койки составил 34,6 человек и превышает норму, средний койко-день равен 9,4 – ниже нормы. Показатель качества предоставления услуг «больничная летальность» равна 0,23% ниже нормы (1,5%).

Штат эндокринологического отделения включает 5 врачей высшей квалификационной категории и 2 кандидата медицинских наук. В эндокринологическом отделении работают на 2 постах и в двух процедурных кабинетах при двухсменном графике работы 13 человек среднего медицинского персона. Из них 12 человек имеют высшую категорию. Это говорит о хорошем качестве предоставляемых услуг.

Результат исследования позволяет сделать выводы:

1. Население Краснодарского края подвержено в большей степени болезням щитовидной железы и сахарного диабета. Приведенный показатель первичной заболеваемости характеризует профилактическую работу, проводимую в крае. И можно сказать, что должного внимания профилактики данной патологии не уделяется т.к. край стоит на четвертом месте по данной патологии.

2. Анализ состояния помощи больным сахарным диабетом позволяет сказать, что разработанные стандарты и этапность организации оказания медицинской помощи позволяют сделать вывод о достаточном внимании удаляющейся проблеме лечения, но не профилактической работе.

3. Согласно изученной литературе и отчета МИАЦ за 2014 год ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» отмечено, что учреждению удается внедрять самые современные практики, самые современные технологии и самые успешные модели организации для эффективной работы.

4. Работа отделения эндокринологии за пять последних лет согласно предоставленных данных статистического отдела и отчёта с сайта МИАЦ в 2014 году соответствует норме. В структуре заболеваний поступивших пациентов бОльший процент составляли пациенты с заболеванием «Сахарный диабет». Эти данные подчеркивают краевую тенденцию по превалированию сахарного диабета в структуре эндокринологических заболеваний.

Для решения современных проблем организации оказания помощи больным с эндокринной патологией в отделении эндокринологии ККБ №2 предложены приоритетные цели:

1. Повысить укомплектованность физическими лицами по среднему медицинскому персоналу на 15%.

2. Уделить большее внимание профилактической работе эндокринной патологии. Отдать приоритет профилактической работе и оказанию первичной медико – санитарной помощи, чем лечению запущенных случаев и связанной с этим дорогостоящей высокотехнологичной помощи.

3. Повысить укомплектованность физическими лицами по среднему медицинскому персоналу на 15%.

4. В ЛУ обеспечить автоматизацию всех каналов коммуникаций, соединение с интернет-запросами, обращениями, он-лайн консультирование граждан.

5. Продолжить дальнейшую модернизацию информационно-компьютерных систем отделения стационара и их интеграцию с базами данных диагностических служб. Предложить продвижение телемедицины как технологии, включая стандарты, качество сервиса, оценку экономической эффективности и финансирования.

6. Расширять консультирование больных из отдаленных районов посредством телемедицинской связи. В условиях снижения коечного фонда применение телемедицинских технологий позволит ускорить лечебно-диагностический процесс, сократить сроки пребывания больных в стационарах, и тем самым, увеличить оборот койки, а также улучшить догоспитальное консультирование пациентов. Кроме того, внедрение телемедицинского консультирования позволит исключить затраты, связанные с транспортировкой пациентов либо направлением консультантов и т.д.

7. Издавать больше наглядных и печатных материалов для населения по профилактике сахарного диабета.

8. Участвовать в развитии оздоровительных комплексов на базе лечебно - профилактических учреждений, а также предприятий различных министерств и ведомств, оздоровительных групп в организациях для лиц с повышенной массой тела.

Литература:

1. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранении: учебное пособие / А. И. Вялков и др. ; под ред. А.И. Вялкова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2009.

2. Ищенко О.Ю. Савощенко И.В. Оценка эффективности деятельности нефрологического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения [Журнал] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М.: Медицина, 2014 г. - № 1. С. 29-32.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г. КРАСНОДАРА

Ищенко О.Ю., Озерова Ю. С., Пивень Д. А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В соответствии с программами развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. которая провозглашает диспансеризацию населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработку индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение), а также диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными к приоритетным направлением развития и была выбрана цель исследования.

Цель дипломной работы – изучить организацию и эффективность диспансеризации населения, зарегистрированного в МБУЗ Городская поликлиника №1 г. Краснодар.

К основным задачам исследования по изучаемой проблеме относятся:

- Провести теоретический обзор и анализ научной литературы по проблеме исследования.
- Анализ статистических данных Краснодарского края и г. Краснодара по проведению диспансеризации.
- Изучение показателей деятельности базы исследования.
- Изучить организацию и эффективность проводимой диспансеризации прикрепленного населения.
- Сделать выводы по изучаемой проблеме.
- Разработать практических рекомендаций по увеличению эффективности диспансеризации в поликлинике №1.

Местом проведения исследования явилась Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская поликлиника №1.

Цель диспансеризации - профилактика заболеваний, ранняя диагностика хронических болезней (сахарного диабета, сердечно-сосудистой патологии, туберкулеза, онкологических заболеваний и многих других).

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап (скрининг) - это обследования, с помощью которых врач выявляет признаки хронических заболеваний, факторов риска их развития и определяет показания к выполнению обследований и осмотров врачами-специалистами на втором этапе диспансеризации.

Современная организация диспансеризации в последние три года руководствуется следующими приказами и нормативными актами и уделяется большое внимание.

Рассмотрим вопросы диспансеризации проводимые в Краснодарском крае. Наблюдается высокий уровень выявляемости, распространенности заболеваний и диспансерного наблюдения с превышением среднекраевых значений среди всех возрастных категорий. Самый высокий показатель постановки населения на диспансерный учет подросткового населения от 15 – до 17 лет. Произошли изменения показателей постановки населения Краснодарского края на диспансерный учет за три с 2012 по 2014 года:

детского населения от 0 до 14 лет – снизилось на 2 %,

подросткового населения от 15 до 17 лет – увеличилось на 2%,

взрослого населения от 18 лет и старше увеличилось на 1 %.

С 2014 года в Краснодарском крае начала работать Государственная программа Краснодарского края "Развитие здравоохранения". В ней предложены показатели достижения целей и решения задач государственных про-

грамм, а также непрограммных направлений деятельности на 2014-2018 годы. Одной из её подпрограмм является "Профилактика заболевании и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи". Её достижением считается: запланированное все выполнено на 100 и более процентов.

Исследование организации и эффективность диспансеризации населения было проведено в МБУЗ Городская поликлиника №1 г. Краснодар. Число обслуживаемого населения с изменением места расположения и объединения со второй поликлиникой резко возросла на 70%. В соответствии с нормами на 20 участковых врачей положено 34 000 прикреплённого населения. Но так как фактически заняты 13 должностей, нагрузка в 30050 человек (норма 22100) превышает допустимые значения. Наблюдение показало снижение общей заболеваемости за 2014 год на 217,6% и первичной заболеваемости на 197,4%. Укомплектованность штатов физическими лицами составляет: врачей 71,3%, среднего мед. персонала 62,2%.

Сравнение данных посещаемости показало, что данная поликлиника 4 категории (250-500 посещений) и врачи в полностью выполняют нагрузку. В 2013 году пациенты были более активны по поводу заболеваемости на 4% и в 2014 году по поводу профосмотров на 15%. Анализ общих данных посещаемости показал, что самое большое количество посещений к участковым врачам М= 47,5%. На втором месте стоят посещения к эндокринологу М= 7,5% и хирургу М= 9,5%. Общее количество посещений в 2014 году снизилось на 2,5%. При этом количество посещений к эндокринологу уменьшилось на 27%, инфекционисту, акушер – гинекологу, отоларинголог. И увеличилось к хирургу на 9 %, урологу на 42%, дерматовенерологу на 30%.

Изучив структуру общей заболеваемости населения за 2014 г. и изучив заболеваемость населения состоящего на диспансерном учете можно выделить следующие моменты: в соответствии с общемировыми и всероссийскими тенденциями у населения ГП №1 преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы. При первичной заболеваемости преобладают болезни органов дыхания. В структуре заболеваний системы кровообращения преобладают болезни характеризующиеся повышенным кровяным давлением 72,5%, и на втором месте ишемическая болезнь сердца 8,4%. Стенокардия стоит на третьем месте с показателем 7,4%. Далее выявлены цереброваскулярные болезни 5,2% и другие цереброваскулярные болезни с показателем 5,3%

Полученные данные на 19.10.2015 год говорят, что из 7330 подлежащих диспансеризации прикрепленного населения диспансеризацию прошли 7085 человек или 96%. При этом предоставлено счетов было лишь 98,6% и из них оплачено 89,3%.

Просле прохождения 1 этапа диспансеризации 7085 человек распределились на несколько групп здоровья и часть продолжила прохождения диспансеризации.

К первой группе здоровья отнесли 3143 человек или 44,4% населения. Вторая группа здоровья содержит 33,3% прошедших диспансеризацию или 2358 человек. Третья самая малочисленная 1584 человек или 22.4%.

Дальнейшее проведение осмотров на втором и третьем этапе позволило выявить в 2013-2014 г.г. заболевания:

Из 2609 человек в 2013 г и 2710 человек в 2014 г. не выявлено никаких заболеваний 94%, выявлено предраковых заболеваний 5,7% и 5%, выявлено онкозаболевание у 0,3% и 0,01 % населения.

Перевыполнено задание на обследование пациентов на туберкулёз на 4% в 2013 году и 18% в 2014 году соответственно.

В рамках Национального календаря проф. прививок было проведена вакцинация населения. В результате охват населения составил 100% по всем показателям. Подтверждением эффективности диспансеризации служит снижение показателей по заболеваемости с временной утратой трудоспособности: показатель первичной инвалидности, показатель смертности лиц, находящихся на диспансерном учете. Коэффициент общей смертности составляет 0,12‰. За год произошло увеличение числа дней нетрудоспособности на 57%, за счет увеличения числа случаев нетрудоспособностей на 41,5% и средней длительности случая нетрудоспособности на 10%. При этом количество первичного выхода на инвалидность снизилось на 12,3%. Можно сказать об улучшении качества лечения.

Сплошное эмпирическое исследование, с помощью анкет проводилось среди пациентов в поликлинике, только с их согласия. В первой анкете приведено 10 вопросов касающиеся информированности пациентов и организации диспансеризации, во второй анкете приводится 43 вопроса касающиеся состояния здоровья и образа жизни респондентов.

Обе анкеты содержат закрытые вопросы. В анкетировании участвовало: 50 человек в первом и 63 человека во втором, разных воз-

растов. Большинство опрошенных был в возрасте от 45 до 60 лет.

Все респонденты считают диспансеризацию полезной. Большинство респондентов 68% о диспансеризации узнали от медицинских работников при непосредственном посещении поликлиники по другому поводу, с помощью разных средств связи–22% и работодателем 10%.

Организацией диспансеризации удовлетворены 84% опрошенных, её результатами-90%.

Намерение выполнять лечебные или дополнительные диагностические предписания врача существует у 72%. А 82% намерены вести здоровый образ жизни. Всем респондентам проведено профилактическое консультирование. Для изучения и корректировки образа жизни пациентам было предложено заполнить вторую анкету.

Анализируя полученные данные можно сказать, что 100% отрицательные ответы респондентов на вопросы о ЗОЖ говорят об их достаточном хорошем их здоровье.

Часть респондентов не знают своих генетических особенностей: отсутствует информация: об инфарктах миокарда у их близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет) у – 4,8% респондентов; об инсультах у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет) – 22,2% опрошенных; о наличии у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественных новообразованиях (рак желудка, кишечника, семейные полипозы) – 19% респондентов. Остальные респонденты ответили отрицательно или знали 28,5% – о наличии инсульта и 11% – об инфаркте у своих близких родственников

Часть респондентов ответили положительно на вопросы об информированности о своем здоровье. 40% опрошенным врач говорил о наличии у них повышенного давления, 6,3% знают об имеющейся у них ишемической болезни сердца (стенокардия), у 4,5% имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда), 3,1% имеют цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт), 3,1% имеют сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови, так же 11% врач говорил о имеющихся заболеваниях желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы), 1,6% имеют в анамнезе туберкулез легких, 3,1% имеют онкологическое заболевание и 4,7% наличие заболевания почек. Выделяется группа людей, имеющая боль в заднепроходном отверстии 3,1%, неоформленный черный или дёгтеобразный стул – 1,6% и 14,3% просыпаются ночью, чтобы помочится – 14,3%.

Часть вопросов касалась активного образа жизни. Лишь 28,5% тратят на ходьбу 30 мин и более в день в умеренном и быстром темпе. Большинство 68,2% употребляют в пищу ежедневно около 400 граммов (4-5- порций) фруктов и овощей и не обращают внимания на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке. Почти 94% имеют привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее, при этом 68,2% потребляют шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день.

Большинство респондентов не курят 74,6%. Проведённый опрос об употреблении алкоголя не вызывает раздражения у 90,5% респондентов. Но при этом, испытывают чувство вины за то, как пьют 92,1% и похмеляются по утрам 96,8% человек. На все вопросы, касающиеся наркотиков все респонденты ответили 100% отрицательно.

Можно сделать вывод, что ответы респондентов подчеркивают положительную отрицательную динамику в определённых ситуациях и достаточно хорошее здоровье этих людей.

Проведённое исследование показало: проанализированные показатели деятельности учреждения, выполнение нормы по охвату диспансерным наблюдением и удовлетворенность пациентов выше 84% говорит о хорошей организации и эффективности диспансеризации населения, зарегистрированного в МБУЗ Городская поликлиника №1 г. Краснодар.

В данном случае можно рекомендовать проводить чаще просветительскую работу особенно в осенне – весенний период и дополнительно провести профилактическую работу.

Литература:

1. Ищенко О.Ю. Савощенко И.В. Оценка эффективности деятельности нефрологического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения [Журнал] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М. : Медицина, 2014 г. - № 1. С. 29-32.

2. Медик В.А. Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. - г. Москва : ГЭОТАР-медиа, 2014.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ГАСТРИТОМ

Казакова А.И.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Практически половина населения Земли страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Статистика убедительно показывает, в структуре желудочно-кишечных заболеваний гастрит составляет более 80 %. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, причем заболеваемость высока и в детском возрасте, что обусловливает социальную значимость проблемы [1,7].

Хотя прогноз при гастрите в целом благоприятен, заболевание негативно отражается на показателях качества жизни больных, их трудоспособности и социально-психической адаптации. Кроме того, длительное течение заболевания сопровождается дисфункцией других органов пищеварения, а также стойких неадекватных реакций психики на заболевание [2, 3].

Уменьшить число рецидивов, добиться длительной ремиссии – важнейшая задача клинической медицины [5, 7]. Многие люди не знают факторов риска гастрита, не могут распознать у себя первые признаки заболевания, следовательно, не обращаются вовремя за медицинской помощью, не могут избежать осложнений [4, 6].

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в уходе за больными с осложненным гастритом

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: роль медсестры в уходе за больными с осложненным гастритом.

Задачи исследования:

1) анализ теоретических источников по гастриту;

2) обобщение теоретического материала, формулировка выводов;

3) проведение эмпирических исследований;

4) обработка полученных данных; формулировка выводов.

Гипотеза исследования: правильный уход за больными с осложненным гастритом приводит к его скорейшему выздоровлению.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края.

Анализ результатов исследования показал, что у 24 % человек не было ранее данной болезни, и они обратились за помощью в лечебное учреждение первично, остальные 76 % – вторично.

При исследовании преобладания типа гастрита было выявлено, что у 76 % гастрит хронический, у остальных 24 % гастрит острый.

Нами было проведено исследование физического состояния пациентов с помощью беседы и анализа историй болезни. Наиболее часто, из физиологических проблем у пациентов имеют место: – боль в эпигастральной области (100 %); – изжога (90 %); – запор (85 %); – тошнота (47 %); – рвота (15 %).

Из психологических проблем у пациентов наиболее часто встречаются: снижение эмоционального фона (100 %); повышенная тревожность (93 %); утомляемость (79 %).

Проанализировав полученные данные, в ходе проведенных исследований, мы выявили роль медсестры при уходе за больными с осложненным гастритом.

Медицинская сестра должна: проследить за строгим выполнением установленного диетического режима; объяснить пациенту значение соблюдения диетического питания и приема минеральной воды; объяснить родственникам о необходимости приносить передачи в соответствии с диетой; контролировать физиологические отправления; по назначению врача вводить лекарства для снятия боли. Рассказать пациенту о мероприятиях профилактики, эффективность которых зависит и от усилий пациента [2, 6].

Именно медицинская сестра должна помочь человеку в трудной для него ситуации, мобилизовать свою волю, найти правильный путь в решении проблем, должна дать людям успокоение и надежду.

Выводы:

1.Приоритетной проблемой является боль в эпигастральной области, из психологических проблем у 100 % респондентов встречалось снижение эмоционального фона.

2. Выздоровление пациента в стационаре зависит не только от грамотно подобранного лечения врачом, но и от правильно организованного сестринского ухода.

3. Сестринский уход имеет важное значение, так как уже после выписки из стационара пациент должен будет придерживаться диеты и режима дня, и в обязанностях медсестры донести до пациента важность для его здоровья соблюдения этих правил.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
3. Борисов Ю.Ю., Кгузенко И.В. Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадца-типерстной кишки в разных фазах заболевания // Экспериментальная и клиническая гастро-энтерология. 2014. № 2 (102). С. 42а.
4. Борисов Ю.Ю. Состояние слизистого защитного барьера желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и обра-зования. 2014. № 2. С. 317.
5. Внутренние болезни / Комаров. Ф.И., М.: Медицина, 2009.
6. Маколкин, В.И., Овчаренко, С.И., Семенков, Н.Н. Сестринское дело в терапии. М.: Медицинское информационное агентство, 2008.
7. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМС-СООБЩЕНИЙ КАК ОДНОГО ИЗ НОВЫХ ЖАНРОВ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ

Капустин А.С.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М.Штеменко Краснодар, Россия

Настоящая работа посвящена изучению относительно нового и малоисследованного вида коммуникации - SMS-общению. О значимости нового типа коммуникации и возрастающем интересе к его изучению свидетельствует, в частности, появление международного лингвистического проекта «sms4science», целью которого является создание первого в мире общедоступного многоязычного корпуса SMS-сообщений.[2]

Новые средства коммуникации (мобильные телефоны, компьютер) становятся одним из важнейших инструментов ориентации человека в мире и взаимодействия людей друг с другом. При этом новая коммуникативная среда налагает на существующие виды общения свой неповторимый отпечаток.

Несмотря на то, что существуют исследования, посвященные проблемам SMS-сообщений в английском языке (М. Кастельс, Н. Луман, М. Маклюэн, Дж. Сампси, А. Турен, Ю. Хабермас, У. Эко)[1], сокращенные лексические единицы данного вида остаются во многих отношениях загадкой в лингвистическом плане, поскольку применительно к ним приходится рассматривать под специфическим углом зрения такие фундаментальные проблемы как проблема структуры слова и его значения, проблема морфемы и др.

Язык как средство общения постоянно ищет форму оптимальной передачи мысли, являясь своеобразным барометром общественного развития, чутко реагирует на малейшие изменения во всех сферах жизни. Средства массовой информации, реклама, деловое общение, наука, литература являются основными источниками обновления языка.

В связи с ростом объема информации наблюдается тенденция к экономии языковых усилий и времени. Значительные изменения претерпевает лексика как наиболее подвижный пласт языка. Обогащение лексики происходит за счет словообразования. Современный английский язык располагает сравнительно новым и отличающимся высокой продуктивностью способом словообразования - сокращением (аббревиацией). Именно сокращение как регулярный в последние десятилетия способ образования неологизмов отражает тенденцию к рационализации языка.

Появлению SMS-языка, сформированного на основе сокращений, способствовало широкое распространение высоких технологий (а именно – мобильных телефонов, разнообразных интернет-чатов).

За последние пять лет вспомогательный сервис к основной голосовой услуге службы коротких сообщений (ShortMessageService, SMS) превратился в популярный инструмент общения. Для множества людей возможность отправлять короткие сообщения становится предпочтительнее телефонных звонков. С помощью SMS- сообщений назначают свидания, признаются в любви. О растущей популярности SMS-языка свидетельствует появление в СМИ конкурсов SMS-стихотворений; в Великобри-

тании выходит книга, посвященная искусству сокращений; филологи из Оксфордского университета включают лексику, которой пользуются для составления SMS-сообщений, в краткий Оксфордский словарь; фирма Genie выпускает первый в мире словарь наиболее употребляемых SMS-сокращений, а ФБР воспринимает изучение SMS-языка как задачу государственного масштаба.[1]

Начало истории языка SMS-сообщений следует отнести к моменту появления телеграфа.

Телеграфисты первыми при передаче сообщений стали опускать гласные буквы в словах. Правда, они ограничились лишь служебными словами, введя в письменную речь «тчк», «зпт», «скб», «квч», «двтч», «вскл». В настоящее время данный способ сокращений, называемый в словообразовании «беглость гласных», получил свое развитие в специфической терминологии: (msg-message, pls-please, adds-address, gds-goods, acct-account, exx-examples, exps-expenses, rwy-railway, mdnt-midnight, bldg-building, bkg-banking, blvd-boulevard, scrpt-scripture).

Далее идея нашла свое продолжение в азбуке Морзе, где радисты вместо целого слова использовали его начальные слоги. В современном словообразовании английского языка существует несколько вариантов сокращений основ в виде усечения финальной части исходного слова (vac-vacation, hols-holidays, dino-dinosaurus, armo-armoured, grad-graduate, techno-technology, doc-doctor, demo-demonstration, crim-criminal, ad-advertisement); усечения первого слога у исходного слова (telephone-phone, defence-fence); усечения обоих слогов в начале и в конце слова (flu-influenza, fridge-refridgerator).

Сокращения по начальным буквам исходных словосочетаний встречаются во время Второй мировой войны в телеграммах американских и британских солдат домой: SWALK (SealedWith A LovingKiss- «Запечатано с любовью») и TTFN (TaTaForNow- «Пока прощаюсь»).

Считается, что тенденция к замене слов заглавными буквами стала популярной в 1980-е годы в основном благодаря появлению рок-групп, которые не только сокращали свои названия, но и заключали в них второй (потайной) смысл:“U2“ - “Youtwo” (“вы оба”)’

На данный момент лингвисты разделяются во мнениях, и вопрос, насколько данное направление полезно для языка, - спорный. Одни считают, что язык развивается вместе с новыми технологиями, что есть признак прогресса. Другие, напротив, представляют «язык СМС» совсем в другом свете, утверждая, что сокращение слов не развивает язык, а наоборот, делает его более примитивным и бедным. Стоит отметить, что вторая группа приводит в свою защиту неоспоримые аргументы, как, например, упрощение грамматики в современном компьютером сленге.

Первая группа, выступающая за развитие компьютерного подъязыка, также подтверждает свою правоту фактами.Они утверждают, что любая форма языка имеет право на существование.

Британский профессор Дэвид Кристалл, к примеру, называл «мобильный язык» «величайшей возможностью для развития английского языка со времен изобретения печатной машинки».[3]

Став явлением, язык СМС-сообщений привлек внимание ученых. Новый вид коммуникации находится в зоне пристального внимания исследователй самых различных областей: социологов, культурологов, психологов, лингвистов, психолингвистов и др. Совсем недавно появилась новая наука – моциология (mosociology, mobilesociology), изучающая различные социокультурные аспекты этого вида коммуникации; а известный британский лингвист Д. Кристал полагает, что в ближайшем будущем может появиться отдельная отрасль лингвистики - «cellinguistics» - нацеленная на изучение языковых аспектов СМС-сообщений. [1]

Технический и технологический прогресс привел к внедрению в повседневный и профессиональный обиход новых средств коммуникации.

К новым средствам коммуникации, используемым в речевом общении, относятся:

- факсимильная связь;
- телефон и мобильный телефон;
- телеконференции, селекторная связь, конференц-связь, телемосты;
- электронная почта;
- Интернет.

В новых средствах коммуникации в качестве основного кода передачи сообщения используется язык. Соответственно, передаются речевые сообщения. При этом использование того или иного средства коммуникации накладывает свой отпечаток на использование языка.

Канал передачи сообщения непосредственным образом влияет на особенности кодирования информации, которые, в свою очередь, определяют такие основные черты СМС-текстов, как краткость, ограниченный объем, большое количество компрессивных единиц,

использование дополнительных семиотических знаков, коммуникативное новаторство, связанное с активным приспособлением языка к условиям новой коммуникативной среды.

Особенно мощное влияние на содержание и структуру SMS-языка, конечно же, оказывает Интернет. Во всемирной сети существует своя культура общения, этикет (netiquette), персонажи (computergeeks, mousepotatoes, screenagers (asteenagers), newbies (ornoobs), technophobes), и, конечно же, компьютерный подъязык или Интернет-сленг, имеющий свою терминологию и неологизмы.

Исследование онлайнового словаря компьютерного сленга -http://slovari.net/contents) позволяет сделать выводы о влиянии английского языка на современный язык интернет - сообщений, что подтверждается следующими группами слов.

Первая группа слов характеризуется прямой транслитерацией английского слова при сохранении основного значения лексемы.

Вторую группу слов представляют примеры, относительно которых можно говорить уже не о транслитерации, а о фонетическом и грамматическом “искажении” (своеобразной "русификации") оригинала.

Третью группу представляют слова, имеющие омонимы в составе литературного языка. Во-первых, это русские слова, выбранные из соображений фонетического подобия английским оригиналам.

Четвертая группа слов представлена акронимами. Это английские по происхождению и по способу образования сложносокращенные слова, пока еще не вовлеченные в процесс освоения их русским языком. Акронимы бывают "официальные" и "бытовые".

Эти группы иллюстрируют важную особенность компьютерного подъязыка. Условия общения побуждают его носителей к возможно большей скорости приема и передачи информации, поэтому ему в большой степени присуща тенденция к упрощению, минимизации и стандартизации языковых средств.

Интересным и новым представляется такой способ образования сложносокращенных слов, при котором слово заменяется тождественно звучащим названием буквы или цифры. В английском языке это известный прием (ср.: IOU = I oweyou), который теперь, как мы видим, пока в пределах компьютерного подъязыка совершает переход в русскую систему словообразования.

Подъязык Интернет-сообщений характеризуется определенным уникальным набором лексических, грамматических и семиотических характеристик. На формирование этих характеристик решающее влияние оказывает «принцип экономии». Компрессия достигается за счет использования, как специфических средств, так и за счет традиционных приемов сокращения.

Таким образом, важной особенностью интернет-коммуникации является тенденция к фонетическому принципу орфографии, обусловленная как действием «принципа экономии», так и стремлением создать эффект разговорности и неформального общения.

Подростки, чаще всего использующие СМС для общения, склонны ради передачи информации пренебрегать грамотностью. Язык тестовых сообщений перенасыщен короткими предложениями, сокращениями, словарный запас ограничен, а сложные грамматические формы отсутствуют. Складывается опасная тенденция кпереносу школьниками привычного для них ежедневного стиля СМС-письма на их письменные работы в школе.

Люди всегда мечтали создать единый язык, который объединил бы все страны и народы. Сегодня на эту роль претендует подъязык SMS-сообщений, который сформировался на основе сокращений и условных обозначений, активно использующихся для передачи коротких тестовых сообщений. Язык СМС- сообщений - активно развивающаяся динамическая система.

Являясь популярным инструментом общения, он служит своеобразным источником пополнения лексики языка. Поэтому, несмотря на противоречивость точек зрения, СМС- язык - часть массовой культуры и требует теоретического осмысления со стороны и психологов, и филологов для того, чтобы уменьшить его негативное влияние на традиционный язык и формирование личности подростка.

Литература:

1. Венедиктова Ю. Е. Смс-сообщения: опыт типологического исследования. Автореф. диссертации.- Москва, 2011
2. Войскунский А.Е. Развитие речевого общения как результат применения интернета - http://banderus2.narod.ru
3. Виноградова Н.В. Компьютерный сленг и литературный язык: проблемы конкуренции (исследования по славянским языкам. - № 6. - Сеул, 2001. - с. 203-216
4. http://smsdictionary.co.uk/abbreviations

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОНТРАКТУРАХ И МИКРОСТОМИИ

[1]Ковалёва А.С., [2]Амоян Э.Ф., [2]Хакуй С.А.
[1]МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

Контрактура нижней челюсти — это сведение челюстей, обусловленное патологическими изменениями и нарушениями эластических свойств мягких тканей челюстно-лицевой области, функционально связанных с височно-нижнечелюетным суставом.

По характеру течения и этиологии различают нестойкие и стойкие контрактуры. Нестойкие контрактуры большей частью являются результатом ослабления жевательных мышц после длительного ношения шин с межчелюстной резиновой тягой, а также при воспалительных процессах в мягких тканях, окружающих нижнюю челюсть. Стойкие контрактуры нижней челюсти обусловлены развитием рубцовых деформаций в тканях челюстно-лицевой области после огнестрельных ранений лица, транспортной травмы лицевого скелета, переломов венечного отростка нижней челюсти и скуловой дуги, ожогов и воспалительных процессов околочелюстной области. [1,2]

Рубцовые изменения слизистой оболочки полости рта могут возникнуть в результате язвенно-некротического стоматита, гуммозного сифилиса, номы, ожогов, травмы. Значительное ограничение открывания рта связано с рубцами, расположенными между верхним и нижним сводом преддверия полости рта, а также на слизистой оболочке в области переднего края ветви челюсти. Рубцы эти часто оказываются спаянными с ветвью нижней челюсти. Нередко, особенно после огнестрельных ранений, ожогов электрическим током и номы, рубцовые изменения развиваются одновременно во всех околочелюстных тканях, что приводит к нарушению функции органов и резкой деформации лицевого скелета.[2]

Нарушения движений нижней челюсти и вследствие этого нарушение ее функции могут быть обусловлены различными причинами. Различают воспалительные, рубцовые и послеинъекционные контрактуры нижней челюсти. Также выделяют контрактуры центрального присхождения, связанные с повреждением центральных структур тройничного нерва (нейроинфекции).

У больных, которым вместо анестетика ошибочно введены раздражающие вещества, имеющиеся в кабинете стоматолога (перекись водорода, нашатырный спирт), на месте введения возникают некроз тканей и последующее рубцевание. В результате нарушения техники мандибулярной или торусальной анестезии, происходит повреждение нервов или мышц, образование гематом в крыловидно-челюстном пространстве. Спаечный процесс в мышце, между мышцей и надкостницей создает условия для развития стойкой контрактуры нижней челюсти. Причинами развития рубцовой внесуставной контрактуры могут быть травма, в том числе огнестрельная, с повреждением жевательной мышцы и последующим развитием оссифицирующего миозита. [4,6]

Лечение контрактуры нижней челюсти

Устранение сведения челюстей, восстановление подвижности и эластичности мягких тканей лицевого скелета при контрактуре нижней челюсти достигается хирургическим лечением с использованием в послеоперационном периоде методов механотерапии, лечебной гимнастики и физиотерапии. Хирургическое вмешательство следует выполнять под общим обезболиванием. При этом производят иссечение рубцов или продольное рассечение с закрытием раневой поверхности тканями, прилежащими к дефекту или взятыми из других участков тела. Небольшие рубцовые стяжения удается устранить применением треугольных лоскутов по Лимбергу. Благоприятные отдаленные результаты во многом зависят от радикальности удаления рубцов. При этом необходимо достигнуть максимального раскрытия рта. Образовавшиеся дефекты замещают эластическими мягкими тканями. В ранние сроки после операции целесообразно активно использовать лечебную физкультуру.[3,5]

Применяемые конструкции должны быть минимальных размеров и максимально удобны.

В первую очередь необходимо выяснить возможность расширения ротовой щели оперативным путем, однако, хирургическое вмешательство не всегда возможно (возраст больного, общее состояние, системная склеродермия, туберкулезная волчанка).

Протезирование несъемными протезами дефектов коронок зубов и частичной потери зубов в боковых отделах зубных рядов связано с трудностями в проведении местного обезболивания и препарирования зубов под коронки. Иногда мостовидные протезы изготовить невозможно.

Снятие оттиска у больных с микростомией также затруднено вследствие потери эластич-

ности мягких тканей, окружающих ротовую щель. Кроме того, у некоторых больных микростомия сочетается с дефектом альвеолярного отростка или с контрактурой нижней челюсти.[3]

Съемные протезы изготавливаются с уменьшенным базисом, лучше с литым металлическим. Методика снятия оттиска отличается от обычной. Выбор методики зависит от величины сужения ротовой щели. Оттиск можно получить детской стандартной ложкой или обычной стандартной ложкой, распиленной на две части. Оттиски снимаются с правой и с левой сторон отдельно, затем составляется и отливается модель. Базис тоже изготавливается отдельно для каждой половины челюсти. Иногда половинки протеза соединяются протакрилом прямо во рту. Лучше всего сформировать в полости рта индивидуальную ложку из воска, заменить последний на пластмассу и снять оттиск силиконовым материалом.

При фиксированной межальвеолярной высоте центральная окклюзия определяется гипсовым способом. В полость рта вводят валик из густо замешанного гипса и просят больного сомкнуть зубы. По отпечаткам на гипсе составляют модели. При нефиксированной межальвеолярной высоте центральное соотношение челюстей определяется с помощью прикусных валиков и шаблонов из термопластической массы.

При значительной микростомии и дефектах альвеолярного отростка иногда применяют разборные или шарнирные протезы. Однако ввиду сложности конструкции их следует избегать.[1,4,6]

Довольно часто в результате ранения приротовой области, при операциях по поводу опухолей и ожогов лица формируется сужение ротовой щели – микростомия. Рубцы мягких тканей, окружающих ротовую щель препятствуют открыванию рта и уменьшают ротовую щель, что делает лечение, удаление и последующее протезирование зубов весьма проблематичным.

Наиболее частыми причинами их образования являются удаление опухолей, особенно злокачественных; огнестрельные ранения и механические повреждения различных участков лица; ожоги (термические, электрические, химические); врожденные дефекты и деформации лицевой области и др.

Дефекты лица приводят к функциональным расстройствам. При дефектах щеки, мягких тканей приротовой области нарушаются функции жевания, речи, возникает обезвоживание организма из-за постоянного слюнотечения, появляется мацерация кожи выделяющейся слюной. Дефекты мягких тканей, окружающих ротовую щель, вызывают выпадение пищи во время жевания и постоянное слюнотечение. Долго существующие келлоидные рубцы вызывают деформацию зубных рядов и обезображивают лицо пациентов, что в свою очередь не может не сказаться на их психике. Сужение ротовой щели влечет за собой также затруднение приёма пищи и нарушение речи [5,6]

Лучший результат ортопедического лечения достигается после оперативного расширения ротовой щели. У пациентов с микростомией, когда операция не показана (возраст больных, состояние здоровья, системная склеродермия, туберкулёзная волчанка), проведение ортопедических манипуляций сопряжено с большими трудностями. Выбор конструкции съёмного протеза определяется степенью сужения ротовой щели.

Из-за потери эластичности мягких тканей и сужения ротовой щели у больных с микростомией затруднено снятие оттисков стандартными ложками, даже детскими. Из-за отсутствия подходящих стандартных ложек, формируют восковые индивидуальные ложки для верхней и нижней челюстей прямым методом (в полости рта). Затем заменяют воск пластмассой для возможности снятия оттиска жесткой ложкой.

Значительное уменьшение ротовой щели затрудняет определение центральной окклюзии обычным способом при помощи восковых базисов с прикусными валиками. Для профилактики деформации восковых базисов, прикусные валики из воска мы фиксировали на жестких базисах, при этом сами валики делают короче, чем обычно.

С целью исключения повышенного давления протеза на костные выступы, сделать на гипсовой модели их изоляцию 1-2 слоями.[2,4]

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.:Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология».М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология,М.:Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2012 г.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ РЕПОНИРУЮЩИМИ АППАРАТАМИ

[1]Ковалёва А.С., [2]Амоян Э.Ф.,
[1]Совозу А.М., [2]Хакуй С.А.
[1]МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

Актуальность проблемы лечения переломов челюстей обусловлена неуклонным ростом количества повреждений костей лица, утяжелением характера травмы, и все еще не снижающимся количеством посттравматических осложнений, нередко приводящих пострадавших к инвалидности, что представляет собой значительную медико-социальную проблему. Среди повреждений костей лица чаще других встречаются переломы нижней челюсти, от 75 до 92%, причем, наиболее часто - от 57 до 65% случаев линия перелома локализуется в области ее угла, что обусловлено характером травмы и анатомо-топографическими особенностями строения челюстей. В большинстве случаев (в 62-75%) репозиция и фиксация отломков осуществляется с помощью назубных проволочных шин с межчелюстной резиновой тягой.

Лечение переломов верхней челюсти

Существует консервативный и хирургический метод лечения переломов верхнечелюстной кости.

К консервативному (или ортопедическому) методу относится изготовление назубных металлических шин на верхнюю и нижнюю челюсть, которые соединяются резиновой тягой. Эти шины, в свою очередь, фиксируются к гипсовой головной шапочке специальными стержнями. Некоторые авторы предлагают фиксировать шины к другим костям лицевого скелета, которые не повреждены.

К хирургическому методу относится использование различных металлических приспособлений, которые внедряются в костные отломки (например, спицы Киршнера, костный шов, мини-пластины и др.). Эти приспособления прочно фиксируют фрагменты, что создает благоприятные условия для образования костной мозоли.

Перелом нижней челюсти.

Перелом нижней челюсти – достаточно часто встречаемая патология в хирургической стоматологической практике.

Классификация переломов

По типу переломы челюсти подразделяются на:

1.Травматические, которые развивается в результате действия травмирующего фактора

2.Патологические, развивающиеся вследствие истончения кости (при хроническом остеомиелите, кистах или злокачественных образованиях)

Лечение нижнечелюстных переломов

Лечение данной патологии начинают с репозиции отломков и решения судьбы зуба, оказавшегося в щели перелома. Удаляют такие зубы, если:

1.Они мешают правильному сопоставлению отломков

2.Они полностью вывихнуты

3.Они сломаны на уровне корня

4.Присутствует воспалительный процесс на верхушках корней

5.Присутствуют симптомы пародонтита среднетяжелой или тяжелой степени

Следующим этапом является обработка и сшивание раны (лунку ушивают наглухо).

Третий шаг – создание оптимальных условий для сращения костных фрагментов нижней челюсти путем постоянной иммобилизации, которая включает консервативный и оперативный методы.

К консервативному методу относится наложение назубных шин из металлической проволоки, самая популярная из которых – шина Тигерштедта, которую накладывают на 3-6 недель.

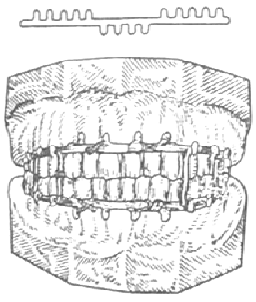


Рисунок 1.

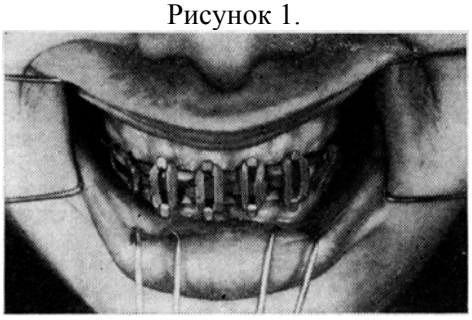


Рисунок 2.

Оперативный (или хирургический) метод используется в тех случаях, когда у пациента с переломом мало своих зубов или они

подвижны (в результате пародонтоза), когда не удается провести качественную репозицию отломков. Суть данного метода заключается в применении особых металлических приспособлений (например, костный шов, спицы, пластины), которые вживляются в кость и соединяют отломки между собой.

Стоит отметить, что пациенту с переломом нижней челюсти показана также медикаментозная терапия:

1. Антибиотики - с целью предупреждения развития воспалительного процесса
2. В первые дни – гипосенсибилизирующие и обезболивающие препараты
3. Обработка полости рта растворам антисептиков
4. Препараты для поддержания иммунитета

Также пациенту необходимо поддерживать гигиену полости рта на должном уровне. С первых же дней больному можно назначить физиотерапевтические процедуры. В норме (при правильном сопоставлении отломков и отсутствии воспалительных явлений) фрагменты челюсти срастаются через 1,5-2 месяца.

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.:Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология».М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология,М.:Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2012 г.

САМООЦЕНКА ЛЮДЕЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЗНАКОМСТВО В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ

Колесникова В.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования».
Краснодар, Россия

Актуальность. Главным, основополагающим звеном формирования и развития личности является общение. Общение – это сложный процесс взаимодействия людей. Это специфический вид межличностных отношений, особый вид эмоционального контакта. Как указывает Б.Г. Ананьев, общение имеет свои особенности и всегда соответствует определённым, исторически сложившимся и социально необходимым формам коммуникаций [1]. Общение - это уникальное средство с помощью которого человек строит свои отношения в другими людьми.

В результате глобализации меняются способы установления контакта между людьми. Все большую популярность завоевывают Интернет-знакомства, которые привлекают своей легкостью, доступностью, безопасностью. Виртуальный знакомства отличаются тем, что собеседники не имеют реальной возможности увидеть друг друга, но могут быстро общаться с помощью специальных сайтов в Интернете, электронной почты и других приложений. Реальные же знакомства отличаются наличием между собеседниками визуального, слухового и тактильного контактов и являются первым этапом установления контакта [2,3].

Знакомство является неотъемлемой частью процесса общения. В условиях современной действительности все большее количество людей отдают предпочтение не реальным способам знакомства, а знакомствам и общению в Интернет сети, которые привлекают своей легкостью, доступностью. Все больше молодых людей заводят интернет-странички в социальных сетях для знакомств в интернете. Однако данный способ поддержания отношений обладает своими плюсами и минусами, которые, как мы считаем оказывают различное влияние на уровень самооценки личности.

В процессе общения люди сталкиваются с определенными трудностями, которые обусловлены их психологическими особенностями. Одной из таких особенностей является индивидуальная самооценка личности. Она формируется у человека в процессе взаимодействия с людьми на протяжении всей его жизни. Однако ее формирование зависит не только от оценок окружающих, но и от того, как сам человек оценивает свои личностные качества. Самооценка - это нравственная оценка своих собственных поступков, моральных качеств, убеждений, мотивов. Способность к самооценке формируется в процессе социализации человека. В процессе жизни человек научается оценивать свои возможности, способности, качества, особенности своей деятельности.

Интернет ресурсы значительно обогащают возможности общения. Социальные сети, которые в последнее время приобрели исключительную популярность, позволяют легко

поддерживать отношения, расширять возможности знакомства, поиска друзей, старых знакомых, а иногда и поиска работы или жилья.

Общение в Интернете способствует снижению психологического дискомфорта. Ведь гораздо проще «добавить в друзья» или прокомментировать фотографию, чем подойти на улице и познакомиться. Информация, представленная на странице пользователя заменяет ступени знакомства, так как сразу становятся известны интересы, увлечения и т.п. Хотя нередко информация страницы оказывается вымышленной, а чувства, испытываемые и выражающиеся участниками общения в смайликах, не настоящими.

В настоящее время благополучно функционируют тысячи сайтов знакомств. Знакомиться в интернете стало нормально.

Мы попытались установить прямую связь между уровнем самооценки личности и преобладающим способом знакомств.

С целью выявления различия уровня самооценки у людей, знакомящихся и взаимодействующих в виртуальном пространстве и в условиях реальной жизни нами проведено исследование. Экспериментальная работа проходила на базе Краснодарского Муниципального Медицинского Института Высшего Сестринского Образования. В экспериментальной работе принимали участие 30 студентов второго курса специальности «Сестринское дело» и 45 студентов второго и третьего курсов специальности «Клиническая психология». Всего в исследовании было задействовано 75 респондентов.

Этапы экспериментальной работы:

1. Психологическая диагностика самосознания и уровня самооценки личности.

На первом этапе было проведено тестирование уровня самооценки с использованием нескольких методов диагностики. Цель - выяснение уровней самооценки респондентов и соотнесение полученных данных о уровнях самооценки с преобладающими у респондентов психическими состояниями.

Этот этап включал обработку первичных результатов, проведение их качественного и количественного анализа, а также предварительную интерпретацию результатов исследования.

2. Далее было необходимо выяснить, какой из способов знакомств наиболее предпочтителен для респондентом и почему. Цель второго этапа исследования – анализ способа знакомств, систематизация данных, формулировка выводов и общих результатов по каждому испытуемому. Для реализации поставленной цели использовался опросный метод.

3. Третий этап предполагал заключительную обработку и интерпретацию результатов исследования, установление и соотнесение данных об уровнях самооценки, преобладающего психического состояния и предпочитаемого способа знакомств.

Были использованы следующие методики:

1. Исследование самооценки по методу С. Я. Рубинштейн и Т.В. Дембо в модификации А.М. Прихожан [4].

2. Экспресс-диагностика уровня самооценки авторов Н.П Фетискина, В.В. Козлова и Г.М. Мануйлова [5,6].

3. Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка.

На основании проведенного нами исследования среди респондентов было выделено семь малых групп, которые в дальнейшем можно определить в три большие группы. Для определения уровня самооценки мы использовали 5 основных терминов: чрезмерно высокая (нереалистичная), высокая, нормальная (реалистичная, средняя, адекватная), низкая, заниженная (критичная). Так же нами учитывались показатели относительной устойчивости и не устойчивости самооценки.

Первая малая группа – люди с высокой, реалистичной, устойчивой, но не завышенной самооценкой, выявленным по обеим методикам. Все они обладают высоким и средним уровнем агрессивности. В равной степени отдают предпочтение знакомствам в реальной жизни и Интернет знакомствам.

Вторая малая группа – тестируемые с неустойчивой по первому тесту и заниженной по второму тесту (Н. П. Фетискин) самооценкой. Они обладают повышенными показателями тревожности, фрустрации и ригидности. Показатели агрессивности колеблются от самых низких до высоких, что объясняет повышенный уровень тревожности и неустойчивый уровень самооценки. Такие люди отдают предпочтение знакомствам в Интернете, т.к. слишком о многом тревожатся, не умеют должным образом скрыть или проявить свою агрессивность.

Третья малая группа – респонденты с нормальной, устойчивой и в меру повышенной самооценкой по обоим тестам. Предпочитают знакомства в реальной жизни

Четвертая малая группа – испытуемые по первому тесту обладают завышенной неустойчивой самооценкой, а по второму – сред-

ней, реалистичной. Знакомятся как в реальной жизни, так и в Интернете.

Пятая малая группа. К ней относятся люди, обладающие нормальной самооценкой по первому тесту и заниженной по второму. Предпочитаются знакомиться в Интернете.

Шестая малая группа – люди с неустойчивой и заниженной самооценкой по первому тесту и заниженной по второму. Обладают высокой ригидностью и средней тревожностью. Предпочитают знакомства в Интеренете.

Седьмая малая группа – респонденты с устойчивой, реалистичной самооценкой по первому тесту и пониженной по второму тесту. Испытуемые данной группы не исключают возможности знакомства обеими способами, но все же отдают предпочтение знакомствам в сети Интернет [6].

Результаты исследования представлены в таблице 1

Таблица 1. Соотношение уровней самооценки.

Интернет знакомства	50/50	Знакомства в реальной жизни
2, 5 и 6 группы	1, 4 и 7 группы	3 группа
Преобладает неустойчивая, заниженная, критичная и устойчивая низкая, реалистичная самооценки	Преобладает устойчивая высокая, реалистичная и неустойчивая завышенная, нереалистичная самооценки	Преобладает устойчивая, высокая и реалистичная, нормальная самооценка
34 человека	30 человек	11 человек

Данная таблица позволяет более обобщенно взглянуть на полученные нами результаты. Мы видим, что у подавляющего большинства респондентов, предпочитающих знакомства в Интернет сети, проявляются черты заниженной и завышенной самооценки. Респонденты же с высокой, реалистичной самооценкой предпочитают заводить новые знакомства в реальной жизни.

Выдвинутая нами гипотеза подтвердилась. Самооценка влияет на выбор способа знакомств. Люди с нормальной, адекватной самооценкой чаще знакомятся в реальной жизни, чем в Интернете, в отличии от людей с заниженной и завышенной самооценками.

В рамках данной проблемы в будущем возможно направить внимание на изучение причин «застревания» людей с заниженной и завышенной самооценками в сети Интернета.

Литература:

1.Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. СПб.: Наука, 2001

2.Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976

3.Пиантонида Р. Классификация Интернет-менов, 2011г

4.Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В 2 т. М.,1989.

5. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп -М., 2002г.

6. Бекетова Е.А., Колесникова В.О. Особенности самооценки у людей, осуществляющих знакомство в интернет-пространстве и реальной жизни // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.; URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15886

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Колычева Ю.Н., Артемьева Я.А.
МАОУ ВО « Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

До настоящего времени одной из актуальных проблем хирургии остается лечение острой кишечной непроходимости (ОКН). Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость относится к наиболее трудным для диагностики, отличается тяжелым клиническим течением, дает самую высокую летальность среди больных, оперированных по поводу «острого живота» [1]. ОКН – заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно-кишечному тракту.[2] Достижение фундаментальных наук, развитие медицинской науки и техники дали возможность более детально изучить патогенез ОКН, распознать глубокие изменения, происходящие в организме, лучше понять нарушения микроциркуляции и молекулярные изменения в кишечной стенке. Для распознавания ОКН ис-

пользуют лапароскопию, фиброэндоскопию, УЗИ, ангиографию, рентгенологические исследования.

Цель исследования: изучить теоретические основы острой кишечной непроходимости, роль медицинской сестры в лечении этого заболевания.

Задачи:

Рассмотреть механизм, факторы и причины кишечной непроходимости.

Изучить клинические проявления острой кишечной непроходимости.

Изучить диагностическую базу острой кишечной непроходимости.

Разработать содержание этапов сестринского процесса.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе МУЗ КГК БСМП в хирургическом отделении №1. За год по данным журнала поступления (движения) больных с диагнозом ОКН было госпитализировано 115 человек с различными формами механической ОКН. Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, фиброэндоскопия. Данные диагностики органов брюшной полости позволили верифицировать различные формы ОКН. Спаечная непроходимость была диагностирована у 52%; обтурационная непроходимость - у 40%; странгуляционная непроходимость - у 8%..Оперативное лечение проведено 107 пациентам. Консервативные методы лечения оказались эффективными у 8 больных со спаечной ОКН. Анализ сопутствующей патологии показал, что у 4 пациентов причиной непроходимости были опухоли гениталий, еще у 2 - рецидив опухоли толстой кишки в забрюшиных лимфоузлах. У 1 пациета ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, возникла после гастроэктомии. Причиной функциональной ОКН у 50% больных были послеоперационные парезы, в 30% случаях она возникла на фоне хронических заболеваний различных органов и систем, как следствие нарушений основных функций кишечника.

Были изучены 10 историй болезней, пациентов, находящихся в отделении. Из них 7 мужчин и 3 женщин. Возраст пациентов составил в среднем 62 года и колебался от 51 до 78 лет. У 4 больных диагностирована механическая кишечная непроходимость(опухолевая), у 3 больных - острая спаечная кишечная непроходимость, у 2 больных ущемление грыжи с симптомами кишечной непроходимости, у 1 больного ранняя послеоперационная кишечная непроходимость. Для диагностики нозологической формы ОКН и ее уровня использовали комплекс современных методов обследования. Всем больным с симптомами кишечной непроходимости применялась обзорная рентгенография брюшной полости. По ее результатам определяли локализацию препятствия и уровень непроходимости. При подозрении на спаечную ОКН использовали пассаж контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту в динамике. Лапароскопия применялась у больных с ишемическими формами ОКН: странгуляционнои и мезентериальном тромбозе. Ультразвуковое (УЗИ) исследование органов брюшной полости проведено всем больным. Оно позволяет дифференцировать тонко- и толстокишечную непроходимость, получать достоверную информацию о локализации и характере патологического процесса, выявлять признаки запущенности ОКН: выпот в брюшной полости и его количество, степень дилатации кишки, метастазы в печень и лимфоузлы.

Этапы сестринского процесса:

1 этап - Сбор анамнеза

Выявление факторов риска: пожилой возраст, болезни, поражающие нервы или мышцы (болезнь Паркинсона и др.), перенесенные операции на органах брюшной полости, последствия инфекции.

2 этап - Выявление проблем пациента

1. Настоящие: боль, отсутствие стула, вздутие живота, рвота, выраженные симптомы интоксикации.

2. Потенциальные: тромбоэмболия, сепсис, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

3 этап - Планирования сестринского вмешательства

1.Краткосрочные: профилактика пролежней, купирование болевого синдрома, интенсивная инфузионная терапия.

2.Долгосрочные: дыхательная гимнастика, восстановление обмена веществ, восстановление кишечной перистальтики.

4 этап - Сестринское вмешательство

1.Независимое: досуг и диета, мониторинг АД, ЧДД, суточного диуреза, термометрия, контроль за соблюдением личной гигиены и санитарно-эпидемиологического режима в палате, беседа с больными и родственниками о характере заболевания, о методах профилактики и возможных осложнениях.

2.Зависимое: дача препаратов по назначению врача, зондовое кормление.

3.Взаимозависимое: обучение дыхательной гимнастики, перевязки.

5 этап - Оценка эффективности: Уменьшение болей, отсутствие симптомов ин-

токсикации, восстановление кишечной перистальтики.

Выводы:

Благодаря современным методам диагностики, анатомические формы ОКН устанавливаются на ранних стадиях заболевания, что позволяет своевременно начать лечение. Также установлено, что осуществление сестринских вмешательств играет важную роль в процессе лечения пациента. После осуществления сестринских вмешательств была произведена оценка их эффективности. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, восстановление водно-электролитного баланса и диуреза, нормализация работы ЖКТ, появление стула. Благодаря своевременному лечению и правильной реализации сестринского процесса, все пациенты выписались в удовлетворительном состоянии.

Литература:

1. Альперович Б.И. Неотложная хирургия живота /Б.И.Альперович, М.М.Соловьев.-Томск: ИД «Курсив», 2002, -221с.
2. Хирургические инфекции / Под редакцией И.А.Ерюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А.Шляпникова. – СПб.: Питер, 2003.-864 с.

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ И ОБУЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ КММИВСО

Крайнюкова З.В., Глинчик С.Е., Щербинина И.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

За последние годы наряду с повышением заболеваемости населения различными соматическими болезнями отмечается, в частности, рост случаев такого гастроэнтерологического заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [1-4]. В процессе изучения причин, приводящих в возникновению данного заболевания, врачами указывались многие факторы (включая *Helicobacter pilori),* безусловно имеющие значение в происхождении язвенной болезни [7]. В этот же список входили и психогенные причины, но о степени их значимости велись постоянные споры. Известно, что такие заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, гастродуодениты у студентов в половине случаев диагностируются впервые во время учебы в вузе, что связано с большой психоэмоциональной нагрузкой студентов, в связи, с чем данная проблема приобретает важное значение в деле укрепления и восстановления психического и соматического здоровья данного контингента [2, 5, 6].

Цель исследования: изучение взаимовлияний условий жизни и обучения на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» (КММИВСО).

Предмет исследования: взаимовлияние условий жизни и обучения на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов КММИВСО.

Гипотеза исследования: неблагоприятные условия жизни и перенапряжение во время обучения ведет к развитию заболевания желудочно-кишечного тракта у студентов.

Задачи исследования:

1) провести анкетирование студентов КММИВСО по вопросам их образа жизни;
2) выявить у студентов основные симптомы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В исследовании приняли участие 30 студентов 3 курса специальности «Акушерское дело» факультета среднего профессионального образования. Методика исследования включала анкетирование.

Анализ результатов исследования показал, что общее состояние своего здоровья субъективно как хорошее оценивают только 14 % студентов. Подавляющее большинство студентов 85 % отметили, что *учеба требует у них большого умственного и психического напряжения.* Также большинство студентов ведут малоподвижный образ жизни, что негативно сказывается на их состоянии здоровья. При анализе *ритма и характера питания,* что является также этиологическим фактором в возникновении гастроэнтерологической патологии выяснилось следующее: 80 % студентов питаются 1–2 раза в день, мотивируя это напряженным графиком занятий и самоподготовки.

Анализ симптомов, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта показал, что жалобы на боли и другие неприятные ощущения в животе предъявляли 62 %, у 29 % эти жалобы сочетались с жалобами на изжогу, отрыжку или тяжесть в желудке, у 43 % – с жалобами на расстройство стула, из них 24 % – жа-

лобы на запоры, 19 % – жалобы на поносы. У 60 % опрошенных с гастроэнтерологическими жалобами, они возникали в связи с психоэмоциональной нагрузкой. Нами было также отмечено, что 20 % студентов, которые предъявляли жалобы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта имели вредную привычку, а именно табакокурение. Отказ от курения может существенно изменить течение заболевания, уменьшить частоту обострений и осложнений и, кроме того, может быть устранен самим пациентом при понимании им важности этой проблемы.

Выводы:

1. Высокий уровень заболеваемости объясняется особенностями питания, социальной и производственной жизни.

2. Заболеваниям желудочно-кишечного тракта наиболее подвержены люди, деятельность которых связана с нервно-психическим напряжением, особенно в сочетании с нерегулярным питанием.

3. К выраженным факторам риска следует отнести уровень семейного и материального благополучия, жилищных условий, режим и качество питания, злоупотребление алкоголем, курение, бесконтрольное использование лекарственных препаратов, стрессы, наследственность.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
3. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-7. С. 1325-1328.
4. Борисов Ю.Ю., Кгузенко И.В. Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных фазах заболевания // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 2 (102). С. 42а
5. Здоровье и качество жизни: учебное пособие /С.Г. Плещиц; под ред. С.Г. Плещица. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2011.
6. Здоровье и образ жизни студентов: состояние, проблемы, пути решения: Монография / И.А. Камаев, Т.В. Поздеева, А.В. Дмитроченков, С.А. Ананьин. – Н. Новгород: Издательство НижГМА, 2013.
7. Бутов М.А., Кузнецов П.С. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения. Часть 1. Обследование больных с заболеваниями желудка. Учебное пособие. – Рязань. – 2010.

ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крикунова С.И., Псеуш М.Ю., Ломоносова Г.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Сердечно – сосудистые заболевания являются самыми распространенными заболеваниями в мире [1]. Они неблагоприятно влияют на состояние здоровья, ухудшают качество и уменьшают продолжительность жизни, нередко сопровождаются тяжелыми осложнениями и являются основными причинами инвалидизации и смертности населения [3].

Гипертоническая болезнь является одной из самых распространенных болезней, которой страдают около 1 млрд. человек в мире, и этот показатель растет, и, по прогнозам, к 2025 г. количество людей с гипертонией увеличится на 60 %.

В России распространенность артериальной гипертонии выше по сравнению с другими европейскими странами: данным заболеванием страдают более 40 % взрослого населения нашей страны. Но проблема не только в широком распространении болезни, а в том, что из 81,1 % знающих о своем диагнозе эффективно лечатся лишь 27,3 % больных. Это является причиной широкой распространенности гипертонических кризов в России: по данным разных авторов, у 1–7 % больных артериальной гипертонией ежегодно случается гипертонический криз.

Артериальная гипертония (АГ) приводит к тяжелым осложнениям: инсульту, инфаркту миокарда, сердечной недостаточности, нарушению функций почек, а также ускоряет развитие атеросклероза и ишемической болезни сердца.

Одним из составляющих успешной борьбы с АГ является повышение информированности населения и готовности его к профилактике, формирование установки на здоровый образ жизни. В решении этих важных, социально значимых задач основная роль принад-

лежит фельдшерам и медицинским сестрам [2,3,4].

Цель исследования: изучить тактику фельдшера при введении пациентов с гипертонической болезнью.

Предмет исследования: изучить тактику фельдшера при ведении пациентов с гипертонической болезнью.

Гипотеза исследования: при внедрении фельдшером лечебного питания и методов реабилитации пациентам с АГ, будет способствовать снижение случаев осложнений, что улучшит качество жизни больного.

Задачи исследования:

Произвести исследование тактики фельдшера при ведении пациентов с гипертонической болезнью.

Организовать посещаемость «школы здоровья» пациентов с гипертонической болезнью: для получения основных знаний, умений и навыков пациентов и нормализации общего состояния.

В исследовании приняли участие 23 пациента кардиологического отделения ККБ № 2. Методика исследования включала анкетирование.

Анализ результатов исследования показал, что гипертонической болезнью чаще страдают мужчины 68 %, а женщин 32 %., возраст пациентов свыше 50 лет, что составило 23 человека. По территории проживания пациентов, в городе 50 %, а 27 % проживают в селах. Чаще заболеванием АГ страдают люди, работающие на промышленных предприятиях 35 %, Среди респондентов с заболеванием АГ превалируют инвалиды – пенсионеры 34 %. Пациенты с АГ не принимающие лекарства 73 % и они чаще всего не знают об осложнениях. Среди пациентов знающих уровень холестерина в крови 16 (37 %) и 24 (63 %) пациентов не знающих.

На базе «Школы здоровья» нами было проведено исследование и разработка лечебно-профилактических мероприятий (диета терапия и комплекс ЛФК) в сочетании медикаментов под контролем врачами. Посещаемость «Школы здоровья» составило 89 % из всех пациентов болеющие гипертонией, больше всего было представители женского пола все 32 %, а посещаемость мужчин составило 57 %. После увеличение посещаемости «Школы здоровья» у пациентов с гипертонической болезнью нормализовалось артериальное давление. В «Школе здоровья » пациентов обучали режиму щадящей диете (91%), которая привила к улучшению и нормализации общего состояния пациентов.

Таким образом, мы видим что «Школы здоровья» выходит на более эффективный уровень одного из этапов реабилитации пациентов с гипертонической болезнью.

Выводы:

1. Высокий уровень заболеваемости объясняется особенностями питания, социальной и производственной жизни.
2. АГ наиболее подвержены люди, деятельность которых связана с работой на промышленных предприятиях, нервно-психическим напряжением, особенно в сочетании с нерегулярным питанием и не приемом медикаментов.
3. К выраженным факторам риска следует отнести режим и качество питания, злоупотребление алкоголем, курение, не использования лекарственных препаратов, стрессы, наследственность.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П. Неотложные состояния в сестринской практике. - Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. Издание 8-е – Краснодар, 2014. – 116 с.
3. Вялков А. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи. Фармацевтический вестник. – 2001. – № 32.
4. Круглов В. Артериальная гипертония. Как определить. Как предупредить. Как вылечить. - СПб.: ООО Северо-Запад, Ростов н/Д:Феникс, 2005. – 128 с.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Круглая Я.А., Щербинина И.Г., Рыбас К.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В последнее время исследователи всего мира отмечают появление все большего числа больных с диагнозом хронический пиелонефрит. В нефрологии и урологии хронический пиелонефрит составляет 60-65 % случаев от всей воспалительной патологии мочеполовых

органов. В 20-30 % наблюдений хроническое воспаление является исходом острого пиелонефрита. Хронический пиелонефрит преимущественно развивается у девочек и женщин, что связано с морфо-функциональными особенностями женской уретры, облегчающими проникновение микроорганизмов в мочевой пузырь и почки. Чаще хронический пиелонефрит носит двусторонний характер, однако при этом степень поражения почек может различаться [1].

Для диагностики хронического пиелонефрита используются радионуклидные и рентгенологические методы исследования, а также биопсия почки [2].

Лечение пиелонефрита сводится, прежде всего, к устранению причин его возникновения. Для лечения данного недуга используются противомикробные препараты, уросептики, растительные лекарственные средства и прочее. Однако, нельзя забывать, что именно питание может быть фактором улучшение или ухудшение состояния больного. Диета в случае хронического пиелонефрита особенно важна. Она может сыграть важную роль в предупреждении рецидивов. В периоды ремиссии хронического пиелонефрита важно полноценное здоровое питание с включением в рацион продуктов, богатых витаминами и минералами.

Питание при пиелонефрите должно также предполагать уменьшение потребления белковой пищи, крепких мясных бульонов и жирных блюд. Всё это делается с одной лишь целью – разгрузить ослабленную воспалительным процессом почку [3].

Объект исследования – больные с хроническим пиелонефритом, профессиональная деятельность медицинских сестер.

Предмет исследования – влияние диетотерапии на клиническое течение хронического пиелонефрита.

Цель исследования – изучить влияние диетотерапии на клиническое течение хронического пиелонефрита.

Гипотеза: соблюдение диетотерапии у больных с хроническим пиелонефритом способствует повышению эффективности лечения и возвращению к повседневной и трудовой деятельности.

Исследование проводилось на базе Краевой Клинической больнице № 2.

В эксперименте участвовали пациенты в возрасте от 20 до 45 лет (10 мужчин и 10 женщин) с диагнозом хронические пиелонефрит.

Длительность эксперимента – 24 дня в условиях стационара и 3 месяца в домашних и поликлинических условиях.

В начале констатирующего эксперимента больные прошли исследование на функциональные возможности мочевыделительной системы.

Были получены следующие результаты.

Результаты общего анализа мочи

У женщин, как и мужчин в моче обнаружен повышенный уровень лейкоцитов. У 18 больных обнаружены бактерии в моче более 100 000 ед. в 1 мл. Плотность мочи у больных хроническим пиелонефритом была менее нормы.

Ph мочи у всех пациентов без исключения – щелочная.

Также в моче пациентов было обнаружено присутствие белка.

Необходимо отметить, что полученные результаты не подтверждают именно хронический пиелонефрит, так как они могут быть такими при других заболеваниях.

Анализ мочи по Нечипоренко показал следующие результаты

Лейкоциты в моче у больных с хроническим пиелонефритом повышены (в норме они должны быть до 20/мкл). Эритроциты также выше нормы (в норме – до 10/мкл). В моче у 4-х больных также обнаружено присутствие цилиндров (в норме они должны отсутствовать).

В целях большей точности исследования был проведен биохимический анализ крови.

В крови больных с хроническим пиелонефритом обнаружены гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз.

У 85 % пациентов выявлены скудные клинические проявления хронического пиелонефрита. Пациенты жаловались на общее недомогание, быструю утомляемость, субфебрилитет, головную боль. Дизурия, боли в пояснице, отеки у них отсутствовали. Симптом Пастернацкого у них был слабо положительным. Отмечалась небольшая протеинурия, перемежающаяся лейкоцитурия, бактериурия.

У остальных течение хронического пиелонефрита было ярко выражено.

Больные отмечали тяжесть и ноющую боль в пояснице, дизурические расстройства, периодические лихорадочные состояния. Лабораторно у больных была выявлена выраженная протеинурия, постоянная лейкоцитурия, цилиндрурия и бактериурия.

Исследование особенностей питания у больных с хроническим пиелонефритом осуществлялось с помощью анкетирования.

Длительность заболевания большинства респондентов 55 % от одного до 6 месяцев. У 15 % – от 6 месяцев до 1 года, 10 % - более 1 года, 20 % обратились за лечением впервые уже на стадии хронического пиелонефрита.

Как показано на слайде, 65 % респондентов затруднились ответить на вопрос необходимо ли соблюдение определенной диеты при хроническом пиелонефрите, 25 % в ее необходимости не сомневаются. Остальные не считают необходимым соблюдение диеты.

Периодичность питания респондентов в домашних условиях выглядит следующим образом:

33% - питаются 3 раза в день

27% - 4 раза в день

20% - 2 раза в день

13% - 5 раз в день

И 7% - 6 раз в день

Таким образом,20 % респондентов питаются только 2 раза в день. Такой порядок питания при хроническом пиелонефрите недопустим.

На вопрос «Как часто вы употребляете соленые продукты?»

65% респондентов – ответили 1-2 раза в неделю

20% - ежедневно

10% - 1-2 раза в месяц и 5 % - вообще не употребляют

Острые продукты

60% исследуемых употребляют – 1-2 раза в месяц

30% - 1-2 раза в неделю

5% - ежедневно

И 5% респондентов - не употребляют

После соленой, острой и кислой пищи у 90% респондентов появлялись неприятные ощущения в поясничной области.

По результатам анкетирования мы выяснили, что 20% респондентов отметили частичные знания о низко белковой диете для больных с хроническим пиелонефритом, у 70% знания об этой диете отсутствовали. Лишь 10% показали достаточные знания.

На вопрос «Согласны ли Вы использовать диетотерапию в домашних условиях в течение 3-х месяцев в целях выявления ее влияния на течение болезни?» 80 % респондентов дали свое согласие, а 20 % затруднились ответить.

После более подробного объяснения цели эксперимента и предложения обследоваться через 3 месяца в поликлинических условиях на бесплатной основе, остальные респонденты также дали свое согласие.

В целях выявления диетотерапии на клиническое течение хронического пиелонефрита больным, участвующим в эксперименте, была предложена разработанная диетсестрой диета для домашнего использования после выписки из больницы.

Спустя три месяца после выписки из ЛПУ пациенты вновь прошли исследование на функциональное состояние мочевыделительной системы в поликлинике.

Были получены следующие результаты.

У пациентов нормализовался уровень лейкоцитов в моче.

Бактерии в моче не превышают норму.

Плотность мочи – в норме, Ph у всех пациентов кислая.

Анализ мочи по Нечипоренко по окончанию эксперимента был в норме.

Результаты биохимического анализа, которые представлены на слайде также нормализовались.

В беседе с пациентами выявлено, что все они придерживались питания по диете и заметили улучшение общего состояния.

Следовательно, можно утверждать, что соблюдение диетотерапии у больных с хроническим пиелонефритом способствует повышению эффективности лечения и возвращению к повседневной и трудовой деятельности.

На основании результатов исследования, предложены следующие рекомендации:

– продолжать питаться по предложенной диете до полного выздоровления;

– проходить периодическую диспансеризацию в целях выявления отклонений в состоянии здоровья от нормы или заключения о полном выздоровлении.

Литература:

1. Борисов И.А. Пиелонефрит / И.А. Борисов // Нефрология : рук. для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. М., 2000. – С. 383-399.

2. Марри Р. Биохимия человека, тт. 1–2./ Р. Марри, Д. Греннер.– М: Образование, – 2011. – 278 с.

3. Игнатова М.С. Эволюция представлений о микробно-воспалительных заболеваниях внутренних органов и мочевой системы / М.С. Игнатова // Нефрология и диализ. 2001. – № 2. – С. 218-222.

ГЛОБАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Кублинский А.В.
ФГКВОУ ВО "Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков"
Краснодар, Россия

На сегодняшний день люди, «захваченные» потоком жизни в поисках своего места под солнцем, ежедневно сталкивающиеся с угрозами современного мира посредством средств массовой информации, держащих нас в курсе всех происходящих событий в мире, совершенно забывают о том огромном количестве поколений, которые придут им на смену не через несколько десятков, а по прошествии тысячи или десяти тысяч лет. Люди идут в ногу со временем, стараясь познать неизведанное, совершая открытия в области точных наук и совсем не задумываясь о последствиях, к которым их могут привести современные достижения.

Исчезновение человечества эквивалентно потере смысла, созданного предыдущими поколениями, и влечет за собой потерю жизни всех будущих поколений и всех ценностей, которые могли бы быть созданы ими. Таким образом, чтобы не допустить подобного сценария развития событий, необходимо проанализировать возможные угрозы существованию человека.

Возможность ядерной войны.

Несмотря на то, что люди стали свидетелями всего лишь двух ядерных бомб: в Хиросиме и Нагасаки во время второй мировой войны, а ядерные запасы стран сократились вдвое по сравнению с эпохой холодной войны, нельзя считать ядерную войну невозможной. Полномасштабная ядерная война между основными мировыми державами может привести к гибели миллионов людей. Однако, для полного вымирания человечества этого еще недостаточно. Кобальтовые бомбы предлагались в качестве оружия конца света, поскольку они способны уничтожить всю нашу планету, но на практике данный вид оружия очень сложен в изготовлении и очень дорог, что делает его создание невозможным. Реальную опасность представляет собой ядерная зима – частицы копоти, поднимающиеся в стратосферу и вызывающие долговременное понижение температуры и обезвоживание планеты. Если это произойдет, то миллионы людей погибнут от голода, а небольшое количество выживших будут подвержены болезням и другим угрозам. Это тема была очень популярна. Написано множество книг, сделано большое разнообразие игр. Так что каждый понимает, к чему это может привести.

Пандемии, вызванные развитием биоинженерных технологий.

На протяжении многих лет пандемии являлись причиной гибели большого количества людей. Однако, пандемии, возникающие в естественных условиях, не представляют реальной угрозы существования человеческой жизни на Земле, поскольку существуют люди, невосприимчивые к болезнетворным микроорганизмам. К сожалению, люди сами в состоянии усугубить заболевание. К примеру, включение дополнительного гена в мышиную оспу сделало болезнь более опасной для жизни и способной заражать уже привитых особей. Изучение птичьего гриппа показало, что заразность заболевания может быть целенаправленно увеличена. В настоящее время риск умышленного распространения вредных заболеваний достаточно низок в связи с высокой стоимостью образцов. Однако, по мере развития доступных биотехнологий все большее количество людей сможет их использовать в своих не всегда честных целях. И это проблема не была не затронута кинематографом – фильм «Пандемия» 2009 года.

Супер интеллект.

Сила интеллекта огромна и не изучена. Умный человек превосходит остальных в способности быстро находить пути решения различных вопросов, в связи с чем, максимальные усилия направляются на совершенствование как индивидуального, так и коллективного интеллекта. Учеными разрабатываются многочисленные препараты для улучшения познавательных способностей, а также программы, связанные с искусственным интеллектом. Проблема заключается в том, что интеллектуальные системы демонстрируют отличные результаты в достижении поставленных целей, а если данные цели неправильно определены, то последствия для человека могут быть катастрофическими. Прекрасная экранизация этой проблемы была представлена в фильме «Терминатор»

Нанотехнологии.

Нанотехнологии представляют собой контроль над материей с атомной и молекулярной точностью. Сами по себе они не опасны и даже очень полезны человеку, однако, как и в области биотехнологии, растущие возможности нанотехнологий увеличивают потенциал злоупотребления ими в корыстных целях. Например, автоматически точное производство является идеальным вариантом изготовления оружия, автономных и полуавто-

номных систем вооружения, их «клонирования», что может привести к интенсивной гонке вооружения среди различных стран.

Истощение ресурсов.

Никто точно не знает, сколько ещё осталось нефти в недрах нашей планеты. В соответствии с оптимистичными прогнозами, к 2050 году более половины всего мирового нефтяного запаса (согласно обнародованным разведывательным данным) будет выкачено. «Первая и самая насущная проблема, с которой мы столкнёмся к тому моменту, – это завершение эпохи дешёвого природного топлива. Без преувеличения можно сказать, что именно запасы дешёвой нефти и природного газа лежат в основе современной обеспеченной жизни», – пишет литератор-фаталист Джеймс Г. Кунстлер [2]. Последствия нефтяного кризиса будут ужасающими, а большая часть населения мира к ним не готова. И этот процесс затронет не только промышленно развитые страны. Со временем, когда нефть будет всё более редким ресурсом, развитым странам придётся искать её там, где она ещё останется – у своих более слабых соседей. Настанет новый этап эксплуатации «бедных» стран «богатыми» странами: на Ближнем Востоке и в Африке будут развязываться всё новые вооружённые конфликты.

Невежество и глупость.

И одной из наиболее недооценённых угроз для любого общества является невежество: как бессознательное, так и осознанное в сочетании с пассивностью и ленью. Именно «культ невежества» является причиной того, что в XXI веке в мире существуют религиозные фундаменталисты, расисты, люди, поклоняющиеся власти и демонизирующие всех тех, кто этого не делает. Именно из-за повсеместного невежества всюду встречаются люди, которые отрицают глобальное потепление и эксплуатируют других ради личной сверхприбыли. В «сытые годы» невежество растёт, а важность и необходимость образования становятся менее очевидными. Молодое поколение, пользуясь выгодами системы, которая была построена их предками, постепенно забывает о ее назначении. В конце концов, некомпетентные люди получают власть при поддержке большинства, тем самым поставив основы самой системы под угрозу.

Таким образом, эвристика доступности, неконтролируемое стремление к внедрению современных нанотехнологий во все сферы человеческой жизни заставляют людей переоценивать риски, обсуждающиеся в средствах массовой информации, и недооценивать значение тех из них, с которыми человечество еще не сталкивалось. Вся вселенная в руках человека. Только от нас зависит, будем ли мы существовать через миллион лет. Мы называем себя разумными, но ради сохранения своей семьи, страны, нации особо не задумываясь, можем разрушить чужое счастье. Религиозные войны, войны за ресурсы – это ведь так нелепо уничтожать себе подобного лишь потому, что он мыслит иначе, имеет то, чем не владеешь ты. Только нам свойственны такие низкие чувства как зависть, корысть, месть. То в чем действительно преуспело человечество, так это в разнообразии способов убийств друг друга. Не оружие убивает человека, а палец на курке. Если что-то и угрожает нашему существованию, так это мы сами.

Литература:

1. Anders Sandberg. The five biggest threats to human existence: http://theconversation. com/the-five-biggest-threats-to-human-existence-27053 [Дата обращения: 26.03.2016].
2. James Howard Kunstler. Too Much Magic: Wishful Thinking, Technology, and the Fate of the Nation: http://www.kunstler.com/ TooMuch Magic/ [Дата обращения: 10.04.2016].

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИНКЕ

Кустулиди С.А., Юдкина И.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В настоящее время большинство ортодонтов считают целесообразным проводить ортодонтическое лечение аномалий, начиная с молочного прикуса. Такая тактика вытекает из основного принципа отечественной медицины - профилактики и раннего лечения. Это положение справедливо не только с общих принципиальных позиций, но и в его конкретном приложении. Бесспорно, что аномалии молочного прикуса не являются изолированным явлением. Нарушая обычные взаимоотношения зубных рядов, они оказывают влияние на формирование всего жевательного аппарата и лицевого скелета, в том числе височно-нижнечелюстного сустава, жевательных и мимических мышц и др.[1]

Важнейшим условием является выявление и определение наиболее эффективной конструкции, служащей для исправления прикуса. Только учёт всех нюансов конкретной работы, многолетний опыт, научный анализ протекающих процессов и творческий подход к делу делают результат прогнозируемым и качественным. В рекомендациях даются начальные сведения о требованиях, предъявляемых к правильно сконструированных ортодонтических аппаратов. В связи с этим первостепенную важность приобретает правильно изготовленная конструкция и ее подбор. [2,3]

Задачи вспомогательных элементов на ортодонтических пластинках.

Все съёмные ортодонтические аппараты должны хорошо фиксироваться в полости рта. Это достигается применением кламмеров. В переводе с немецкого языка кламмер - это скоба, зажим для фиксации съёмных ортодонтических аппаратов и протезов. Кламмер готовят из металла, не окисляющегося в полости рта и хорошо пружинящего. Для этих целей используют ортодонтическую проволоку из нержавеющей стали Х18 НОТ, ЭЯ1Т-95 марок, диаметром 0,6, 0,8, 1,0, 1,2 мм.

В кламмере различают три части:

-плечо, прижимающее ортодонтический аппарат к зубу;

-тело, обусловливающее работу кламмера;

-отросток, фиксирующий кламмер в базисе аппарата.

В зависимости от конструкции кламмера в нём может быть различное количество частей.

Существует множество кламмеров, которые можно проклассифицировать,разделив их на 3 группы:

I группа - кламмеры с плоскостным прикосновением плеча к коронке зуба. Эту группу составляют гнутые, ленточные кламмеры и литые кламмеры.[1,2,3]

II группа – кламмеры с линейным прикосновением плеча к коронке зуба (круглый, перекидной Джексона, Дуйзингса, рамочный и др.)

III группа – с точечным прикосновением плеча к коронке зуба (кламмер Адамса, стреловидный кламмер, Шварца, пуговчатый). Самое широкое распространение получил круглый одноплечий удерживающий кламмер. Он состоит из плеча, тела, отростка.

Конструктивные особенности вспомогательных элементов.

Ортодонтический винт - это фабрично изготовленный механически действующий элемент, который является составной частью ортодонтического аппарата.

Преимущества применения винтов состоят в следующем:

-Винты могут легко активироваться как самим пациентом, так и его родителями.

-Винты действуют с точно дозированной силой.

-Винты могут действовать как в одной, так и в нескольких плоскостях одновременно.[1,3]

Две части разрезанного пластиночного аппарата с винтом более стабильны, чем при применении ортодонтического аппарата с расширяющей пружиной.

Винты имеют разную форму и размеры, которые облегчают их фиксацию в базисе ортодонтического аппарата.

Благодаря конструктивным особенностям винты могут перемещать отдельные зубы, группы зубов, зубные ряды и нормализовать прикус.

В зависимости от цели применения и конструктивных особенностей. Выпускаются трехмерные винты с независимым расширением. В таких винтах барабан, который осуществляет удлинение фронтального участка верхней зубной дуги соединен с корпусом винта шарниром и при необходимости может быть смещен в левую или правую сторону. При этом происходит расширение фронтального участка той стороны зубной дуги, под которую смещен винт.[1,2]

На кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии и ортодонтии УМСА изготовливают модифицированную пружину Коллера для неравномерного расширения нижнего зубного ряда. Она отличается от вышеописанной конструкции тем, что фронтальную часть изготовляют в виде округлой пружины Коффина. Эта пружина используется для расширения верхнего зубного ряда, его удлинения и мезиодистального перемещения зубов. Пружина может расширять верхний зубной ряд неравномерно. В зависимости от показаний ее помещают открытой частью изгиба кпереди или кзади. Пружина Коффина считается аппаратом механического воздействия и является съемным.

Из вышесказанного можно сделать вывод , что задачами ортодонтического лечения является нормализация формы и размеров зубных рядов, коррекция роста и развития апикальных базисов челюстей, челюстных костей, нормализации окклюзии и создания оптималь-

ного междинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов.

Цель настоящей работы заключалась в изучении ортодонтических аппаратов и методов лечения глубокого прикуса. Для достижения указанной цели были поставлены ряд задач: провести теоретический анализ по данной теме, узнать и изучить способы выведения правильного ортодонтического прикуса.[2,3]

При решении задачи были изучены работы стоматологов-ортодонтов и исходя из этого было доказано, что для изготовления ортодонтических аппаратов и пластинок не потребовалось много времени и затрат, при этом показывая их хороший результат и что лечение данными аппаратами и вспомогательными элементами действительно эффективно.

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей, М.:Медицина,2009.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. Пропедевтическая стоматология, М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина,2010.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАСТИНКИ С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ И АППАРАТА АНДРЕЙЗЕНА-ХОЙПЛЯ

Кустулиди С.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Проблема оказания ортодонтической помощи детям, подросткам и взрослым остается актуальной, поскольку зубочелюстные аномалии имеют значительное распространение. В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75% и встречается во всех возрастных группах пациентов. [2,3]

Задачами ортодонтического лечения является нормализация формы и размеров зубных рядов, коррекция роста и развития апикальных базисов челюстей, челюстных костей, нормализации окклюзии и создания оптимального междинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов. Конечной целью эффективного ортодонтического лечения является улучшения эстетики лица, гармоничность его развития, а также создания идеальной окклюзии зубных рядов для данного пациента, что должно привести к оптимальному функционированию зубочелюстной системы.

Дистальный прикус относится к разряду сложных аномалий и одинаково часто встречается как у детей, так и у взрослый. Дистальный прикус, или, как его еще называют, прогнатия,- это разновидность неправильного смыкания зубов, возникающая в результате излишнего развития верхней челюсти или недоразвитие нижней, или же одновременно из-за двух этих факторов. У человека с дистальной окклюзией верхние зубы заметно выступают над нижними, а подбородок кажется очень маленьким. Степень выраженности прогнатии можно определить по расположению шестого верхнего зуба. Чем больше он соприкасается со своим антагонистом, тем легче стадия. Если же шестерка при смыкании лежит между шестым и пятым зубами, то фаза искривления считается тяжелой.[1,3]

Пластинка с накусочной площадкой показана для лечения прогнатического, дистального прикуса с протрузией верхних фронтальных зубов. Пластинка состоит из базисной части, которая опирается на небо и кламмера. Базисная часть не должна прилегать к небной поверхности верхних фронтальных зубов. На резцы верхней челюсти изготавливают проволочные перекидные петли (в виде перекидного кламмера Джексона), можно использовать стандартные стальные плоские полоски. Концы перекидных кламмеров размещаются на вестибулярной поверхности зубов, опираясь только на режущий край резцов, они задерживают их вертикальный рост. Кроме перекидных кламмеров пластинка имеет наклонную плоскость и накусочную площадку. Наклонная плоскость размещается непосредственно за верхними фронтальными зубами, ее наклон составляет от 50 до 60°. Высоту или толщину наклонной плоскости в каждом случае врач определяет индивидуально, в зависимости от глубины резцового перекрытия и наличия дистального смещения нижней челюсти. Наклонная плоскость впереди заканчивается накусочной площадкой, которая усиливает давление на зубы и альвеолярный отросток во фронтальном участке нижней челюсти и разобщает прикус в боковых участках, способствуя коррекции прикуса по высоте. Применяется в сменном и постоянном прикусе при небном положении верхних передних зубов. Для пе-

ремещения необходимо наличия место в зубной дуге для перемещаемого зуба, глубокое обратное перекрытие передних зубов, минимальная щель по сагиттали. Источником силы является сократительная способность жевательной мускулатуры. Аппарат перемещает верхние зубы вестибулярно, несколько внедряя их, а нижнюю челюсть дистально. Тактика лечения зависит от формы глубокого прикуса.[1,2]

Лечение проводят различными способами и методами с учётом патогенеза клинической формы аномалии, возрастного периода (молочный, сменный, постоянный прикус). В период молочного и раннего сменного прикуса необходимо нормализовать носовое дыхание, устранить имеющиеся вредные привычки, проводить миогимнастику.

Андрейзен- Хойпль предложили съемный, функционально направляющий двучелюстной аппарат, предназначенный для лечения дистального прикуса. Он представляет собой две базисные пластинки для верхней и нижней челюстей, которые соединены между собой в один блок по линии окклюзии в положении конструктивного прикуса. При необходимости в конструкцию аппарата вводили вестибулярную дугу расширяющие пружины или винты, толкатели и другие элементы. В последующем эту конструкцию стали применять для лечения мезиального прикуса, вертикальных и трансверзальных аномалий, вводя в конструкцию аппарата необходимые приспособления.

Принцип метода лечения дистального прикуса активатором заключается в фиксации перемещенной нижней челюсти в выдвинутом положении и стимулировании ее роста, особенно в области суставных головок; в создании условий для задерживания роста верхней челюсти; в нормализации функции жевательных и мимических мышц; изменении положения зубов в трех взаимно перпендикулярных плоскостях с помощью множественных направляющих плоскостей, винта или пружины Коффина и вестибулярной дуги для верхних резцов. Введение функционально-направляющих и механически действующих элементов позволяет причислять эту конструкцию к аппаратам сочетанного действия. Принцип действия. Аппарат разобщает прикус, активирует рост недоразвитых участков челюстей, препятствуя чрезмерному развитию, производит ретракцию отдельных зубов, зубоальвеолярное выдвижение боковых или передних зубов. [3]

Длительность лечения зависит от возраста пациента, вида аномалии, а также от используемой аппаратуры. Так, у совсем маленьких детей на исправление дистального прикуса может уйти несколько месяцев, а в период сменного прикуса год-полтора. У взрослых же счет идет на годы. Однако, не стоит пугаться сроков и отказываться из-за них от лечения, в противном случае можно столкнуться с весьма негативными последствиями.

Клинические наблюдения, измерения диагностических моделей челюстей и телерентгенограмма головы до и после ортодонтического исправления зубочелюстных аномалий показывает, что в результате действия ортодонтических аппаратов происходит изменения положения зубов, ширины, формы зубных рядов и альвеолярных отростков, изменяется размер и положения челюстных костей.

Проведен теоретический анализ литературы по данной проблеме. С помощью эмпирических методов исследования изучены пластинки с накусочной площадкой и аппарат Андрейзена-Хойпля. При этом были изучены работы стоматологов-ортодонтов и изготовлены ортодонтические аппараты. Выявлено, что для изготовления ортодонтических аппаратов и пластинок не потребовалось много времени и затрат, при этом они показали хороший результат в лечении дистального прикуса. Лечения данными аппаратами действительно эффективно.[2]

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей, М.:Медицина,2009.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология, М.:ГЭОТАР-Медиа,2010.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. «Ортопедическая стоматология, М.:Медицина,2010.

ВЛИЯНИЕ ФЕНОМЕНА «ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ» НА ДИНАМИКУ ПРОЦЕССА ВНИМАНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кучерова М.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия

Актуальность темы. В настоящее время феномен выученной беспомощности проявляется во многих сферах человеческой деятельности. Этот феномен находит свое отражение в воспитании и образовании целого ряда поколений.

Если рассматривать эту проблему более глубоко, то можно сказать, что человек часто сталкивается с состоянием выученной беспомощности: в школе, институте, на работе. Например, при авторитарном воспитании и авторитарном стиле образования. Человеку не предоставляется право выбирать, что ему делать. Он обязан выполнять все то, что ему поручают. Само понятие выученной беспомощности, определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда нам кажется, что внешние события от нас не зависят, и мы ничего не можем сделать.

В нашем исследовании нас интересовало, каким образом феномен выученной беспомощности может влиять на такой психический процесс как внимание. Внимание является так называемым сквозным процессом или другими словами универсальным познавательным процессом. Это означает, что присоединившись к другому познавательному процессу, внимание делает его лучше. Таким образом, доказав, что феномен выученной беспомощности влияет на процесс внимания, мы докажем, что данный феномен способен ухудшать или улучшать воздействие на сознание субъекта и других познавательных процессов [1,2,3].

Цель работы: определить степень влияния феномена «выученная беспомощность» на динамику процесса внимания в юношеском возрасте.

Объект исследования: влияние феномена выученная беспомощность на динамику процесса внимания.

Предмет: влияние феномена выученная беспомощность на динамику процесса внимания в юношеском возрасте.

Гипотеза: предположение, что явление «выученная беспомощность» влияет на познавательный процесс внимания.

Задачи:

Ознакомиться с отечественной и зарубежной литературой по теме данного исследования;

Провести диагностику таких свойств внимания, как объем, устойчивость, концентрация, переключаемость.

Провести исследование Влияние феномена «выученная беспомощность» на динамику процесса внимания.

Выученная беспомощность изучается в зарубежной психологии в следующих направлениях:

1) роль атрибутивного стиля в возникновении выученной беспомощности (J. Teasdale, J. Kuhl, M. Weiss, I. Miller, W. Norman, C. Wortman, J. Brehm, A. Semmel, C. von Baeyer, L. Y. Abramson, G. I. Metalsky, M. E. P. Seligman и др.);

2) рассматривается связь выученной беспомощности с академическими успехами: (G.L. Petiprin, M. E. Johnson, K. DeMoss, R. Milich, S. DeMers, K. J. McKean и др.);

3) также изучаются возможности коррекции и профилактики выученной беспомощности (C. Dweck, N. Repucci, S. Valins, R. Nisbett, M. E. P. Seligman, K. Reivich, L. Jaycox, J. Gillham и др.);

4) связь выученной беспомощности и депрессии (M. Seligman, C. Peterson, N. Kaslow, R. Tanenbaum, L. Alloy, L. Abramson, A. J. Lipman и др.

В нашем исследовании была затронута проблема феномена выученной беспомощности.

Выученная беспомощность (learned helplessness) — это нарушение мотивации в результате пережитой субъектом неподконтрольности ситуации, т.е. независимости результата от прилагаемых усилий.

Наше исследование заключалось в следующем:

Мы разделили испытуемых на две группы: экспериментальную и контрольную. Экспериментальная - была поставлена в условия выученной беспомощности: им необходимо было посещать лекционные и практические занятия в медицинской форме (что является нормой в учебном заведении), им не предоставлялось право выбора тем практических занятий и тренингов, которые в дальнейшем с ними были проведены..

Контрольной группе было позволено посещать занятия без медицинской обязательной формы, а также было дано право выбирать темы будущих практических занятий и тренингов. Всего было диагностировано 44 человека, студенты 2 курса СПО, специальности Сестринское дело, группы 2-1, 2-2, 4-1 и 4-2.

В обеих группах были диагностированы различные вышеперечисленные свойства внимания в два этапа. Первый замер был произведен перед экспериментом, второй по окончании эксперимента (14 недель лекционных и практических занятий).

Для этого были использованы следующие методики:

Методика корректурной пробы Бурдона направленная на исследование степени устойчивости и концентрации внимания.

Методика «крестики»

Методика черно-красные таблицы Горбова-Шульте для исследования переключения внимания.

Диагностика показала, что экспериментальная группа, поставленная в условия выученной беспомощности, потеряла в концентрации внимания 6% и в устойчивости внимания 4%. В контрольной группе показатели всех диагностированных свойств внимания остались неизменными.

Вывод: проведя данное исследование, мы увидели, что состояние выученной беспомощности негативно влияет на процесс внимания, а точнее на такие его свойства, как концентрация и устойчивость.

Литература:

1. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учеб. пос. // Д.А. Циринг. - М.: Изд. центр «Академия», 2005, с. 116-127.
2. Чаплин А.В. Влияние разгрузочно-диетической терапии на свойства внимания в период ранней взрослости. // Психология развития: научный, практический и прикладной аспекты. Материалы I научно-практической конференции студентов и магистрантов факультета психологии, г. Астрахань, 26 апреля 2013 г. Издательский дом «Астраханский университет», 2013, стр. 111-120.
3. Чаплин А.В. Избавление от болезней или путь к прозрению. – СПб.: издательство «Крылов», 2005. – 160 с.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ МАСТЕРСТВО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Лаушкина В.С., Белялова М.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Актуальность исследования. Педагогическое мастерство - высокий уровень овладения педагогической деятельностью, комплекс специальных знаний, умений и навыков, профессионально важных качеств личности, позволяющих педагогу эффективно управлять учебно-познавательной деятельностью учащихся и осуществлять целенаправленное педагогическое воздействие и взаимодействие [5].

Проблема формирования педагогического мастерства преподавателя в нашей педагогике исследуется довольно активно. Педагогическое мастерство является таким высоким уровнем профессионально-педагогической деятельности, на котором достигается единство отшлифованных умений и навыков применения психолого-педагогической теории на практике и сформированных личностных свойств преподавателя, обусловливающих эффективность педагогического процесса. Педагогическое мастерство проявляется, прежде всего, в педагогически целесообразных действиях и поступках преподавателя, в отточенности умений эффективной организации учебно-познавательной деятельности студентов и формировании педагогического общения со всеми участниками учебно-воспитательного процесса, а также в умениях и навыках самосовершенствования своих педагогических способностей и других значимых профессионально-педагогических свойств и качеств. Такое понимание сущности педагогического мастерства имеет большое значение. Оно позволяет осмысливать педагогическое мастерство как весьма сложный деятельностно-личностный феномен преподавателя, более детально раскрывать его внутреннюю структуру и правильно намечать пути его действенного формирования.

Но в современном российском образовании формируются критерии оценки эффективности и разрабатываются новые требования к способам построения педагогической деятельности. Педагогическая деятельность, как и другие сферы человеческой деятельности, в начале XX века претерпевает изменения. В этих изменениях современные исследователи выделяют следующие тенденции: преподаватели стремятся к самоанализу деятельности, процесса и результатов своей деятельности, возрастает наукоемкость педагогической деятельности и в то же время происходит становление творческой позиции педагога в профессиональной деятельности.

Выявленные тенденции нашли отражение в новых государственных стандартах высшего профессионального образования: для бакалавров, которым присваивается квалификация «преподаватель», к выпускнику предъявляются, в частности, следующие требования: должен знать научные основы организации образовательного процесса в вузе, педагогическом колледже, училище; должен уметь решать задачи, соответствующие его квалификации; должен уметь применять прогрессивные методы преподавания, различные формы организации творческой деятельности, методы психолого-педагогических исследований, обработки и анализа материалов, способы их оформления.

Цель исследования: систематизация теоретико-методологического материала по педагогическому мастерству.

Задачи исследования:

- теоретический анализ концептуальных основ педагогического мастерства;

- эмпирические исследования становления и развития педагогического мастерства.

В данной ситуации педагогу, стремящемуся работать профессионально, творчески необходимо переосмысливать собственную деятельность с целью ее усовершенствования, искать и открывать эффективные пути и способы педагогической деятельности.

Гипотеза исследования: фундаментальное изучение основ педагогического мастерства и реализация этих знаний в практической деятельности будет способствовать становлению преподавателя-мастера.

В структуру педагогического мастерства включены основные педагогические умения: умение увидеть педагогическую проблему, отобрать, адаптировать и доносить до студентов дидактический материал, на основе паритетного диалога организовать творческое учебное сотрудничество. К числу важнейших педагогических умений относятся умения понять внутреннюю позицию и состояние обучающихся и на этой основе индивидуализировать образовательный процесс. Важнейшей особенностью педагога-мастера является наличие у него самобытного индивидуального стиля, как системы приемов и способов учебно-воспитательной работы, адекватно отвечающих особенностям индивидуальности субъектов образовательной деятельности [3].

Мастерство – комплекс свойств личности, обеспечивающий высокий уровень самоорганизации профессиональной деятельности. К таким важным свойствам относятся: гуманистическая направленность деятельности преподавателя, его профессиональные знания, педагогические способности, педагогическая техника.

Поскольку «педагогическое мастерство» представляет собой систему, то важно не просто охарактеризовать набор компонентов, но проследить их взаимосвязи. Всякая система имеет системообразующий фактор, тот стержень, каркас, который пронизывает всю систему. Таким системообразующим фактором педагогического мастерства является гуманистическая направленность личности педагога. В основе гуманистической направленности лежит механизм сотрудничества, который характеризуется общими интересами, равными силами, отношениями доверия и уважения.

С точки зрения гуманной педагогики, дело педагога не навязывать, а понять интересы студента, помочь ему правильно, неискаженно осознать их и выразить себя.

Педагогическая направленность личности каждого преподавателя многогранна. Ее составляющие ценностные ориентации следующие:

1) на себя – самоутверждение – чтобы видели во мне знающего, требовательного, настоящего педагога;

2) на средства педагогического воздействия;

3) на студентов, студенческий коллектив;

4) на цели педагогической деятельности.

Для педагога важна ведущая направленность на цель (гуманистическая направленность) при гармонично скорректированных других видах направленности.

Центральным компонентом педагогического мастерства, считается развитое психолого-педагогическое мышление, обусловливающее творчество в педагогической деятельности. Мышление мастера педагогического труда характеризуется самостоятельностью, гибкостью и быстротой. Оно опирается на развитую педагогическую наблюдательность и творческое воображение, являющиеся важнейшей основой предвидения, без которого невозможно педагогическое искусство[1].

Главным в педагогическом мастерстве признается творчество. Чаще всего творчество проявляется в способности с максимальной эффективностью, каждый раз по-новому и обоснованно применять в образовательном процессе различные методы и формы воспитания и обучения, профессиональные знания и личностные качества. Вместе с тем оно выражается и в создании педагогических идей, способов учебно-воспитательной деятельности, и в умении решать нетиповые задачи. Как правило, мастерство связывают с большим опытом работника, в совершенстве овладевшего своей профессией [2].

Т.Г. Каленникова, А. Р. Борисевич в своем «Словаре психолого-педагогических понятий» для студентов всех специальностей очной и заочной форм обучения (Минск, БГТУ, 2007) определяет «педагогическое мастерство», как ступень профессионализма педагога; высокое и постоянно совершенствуемое искусство воспитания и обучения, доступное каждому педагогу; совершенное владение педа-

гогом современными методами обучения и воспитания учащихся [6].

В толковом словаре Кузнецова «мастерство – это умение, владение профессией, трудовой навык и ремесло; большое умение, искусство в какой-либо области» [7].

Ушаков обозначил «мастерство», как ремесло, профессиональная выучка; исключительное умение, высокое искусство в какой-нибудь области [8].

В Толковом словаре Ефремовой «мастер» - специалист, достигший высокого умения, мастерства [4].

Педагог-профессионал способен увидеть педагогическую задачу, самостоятельно сформулировать ее, проанализировать сложившуюся ситуацию и найти наиболее эффективные средства решения.

Педагог – не только профессия, суть которой передавать знания, это высокая миссия сотворения личности, утверждения человека в человеке. В этой связи можно выделить совокупность социально и профессионально обусловленных качеств педагога: высокая гражданская ответственность и социальная активность; любовь к детям, потребность и способность отдать им свое сердце; духовная культура, желание и умение работать вместе с другими; готовность к созданию новых ценностей и принятию творческих решений; потребность в постоянном самообразовании; физическое и психическое здоровье, профессиональная работоспособность.

Однако, педагог в гораздо более высокой степени, чем артист, должен воздействовать на свою аудиторию, содействовать формированию мировоззрения своих подопечных, дать им научную картину мира, пробудить чувство прекрасного, чувство порядочности и справедливости, сделать грамотными и заставит поверить в себя, в свои слова. При этом в отличие от актёра, он вынужден работать в режиме обратной связи: ему постоянно задают разнообразные вопросы, в том числе коварные, и все они требуют исчерпывающих и убедительных ответов. Настоящий педагог, Педагог с большой буквы - это личность, рождающая, формирующая другие личности (в идеале - совместно с семьёй). Для этого ему необходимо не только внимание и уважение со стороны его студентов, со стороны всего общества

Теоретический анализ литературы по проблеме педагогического мастерства показал множественность и неоднородность подходов к пониманию сущности педагогического мастерства, наличие проблемы его формирования и развития.

Педагог-мастер может привнести в учебный процесс все то новое, что накоплено в теории и практике с учетом специфики конкретных педагогических обстоятельств. Развитое педагогическое самосознание способствует приобретению своего собственного индивидуального стиля работы.

Следовательно, основы педагогического мастерства могут быть сформированы у каждого педагога. И они будут служить тем базисом, который даст возможность подняться на уровень педагогического мастерства.

Литература:

1.Белялова, М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента в обеспечении качества современного профессионального образования. //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2014.
2. Белялова, М.А. Имидж менеджера сестринского дела ЛПУ //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2015.
3.Дьяченко, М.И., Кандыбович, Л.А., Кандыбович, С.Л. Психология высшей школы. Учебник. — Минск: издательство БГУ им. В.И.Ленина, 1981.
4.Ефремова, Т.Ф. Современный толковый словарь русского языка: в 3 т. – М.: АСТ, Астрель, Харвест, 2006.
5. Кузьминский, А.И. Словарь педагогических терминов. – Москва, Ростов-на-Дону: Издательский центр «МарТ», 2005.
6. Каленникова, Т.Г., Борисевич, А.Р. Словарь психолого-педагогических понятий. – Минск: БГТУ, 2007.
7. Кузнецов, С.А. Большой толковой словарь русского языка. 1-е изд-е. - СПб.: Норинт 1998.
8. Ушаков, Д.Н. Толковый словарь русского языка. – Москва: Астрель; Аст, 2000.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Лаушкина В.С.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Исследование осуществлялось на базе МАОУ ВО «КММИВСО», 30 респондентов – студентов факультета «Сестринского дела и клинической психологии», специальность

«Академическая медицинская сестра. Преподаватель».

Определение жизненных ценностей личности по методике Иванова П.Н. и Колобовой Е.Ф. [3].

Ценности человека формируются в течение всей жизни. На формирование жизненных ценностей, ориентиров и вкусов влияет, прежде всего, воспитание и то общество, в котором растет человек. Понятие нравственного человека включает в себя правила поведения, духовные и душевные качества, необходимые человеку в обществе, а также соблюдение этих правил. Нравственность — это следование определённым Духовным Принципам: принципам Чести, Совести, Долга, Справедливости, Любви и Доброты.

Умение гармонично жить с другими людьми определяется нравственностью, то есть нормами поведения, определенными действиями, призванными выражать уважение, доброжелательность и внимание к человеку. Нравственный человек умеет оказывать внимание внешними средствами, понятными всем [1]. Уважение к человеку — это отношение к нему как к высшей ценности, поэтому вежливость — стиль взаимоотношений, которого совершенно естественно придерживается нравственно воспитанный человек (15% - 4 чел).

Любое действие (мысленное и физическое) ведёт к главной цели (5% - 2 чел)

Следующей ценностью является любовь – это самое прекрасное чувство, которое может испытывать человек. Именно любовь дает человеку силы, чтобы жить дальше. Любовь к близким, к животным, к природе, любовь к самому себе делает человека счастливым. К такому человеку тянутся люди (15% - 5чел).

Семья - основа нашего общества. Настоящая семья - это больше, чем просто быть родственниками. Это особое отношение друг к другу, любовь, взаимоуважение, помощь. Это когда каждый человек уникален и незаменим, как и то, что он привносит в семью (80% -24 чел).

Взаимоотношения определяют микроклимат в семье. (25% - 7чел).

Наиболее ценные качества современника - это высокая нравственность. Правила поведения, предусмотренные нравственностью, дают человеку модель общепринятого и социально оправданного поведения и тем самым облегчают ему общение с другими людьми.

Здоровье — бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. (40% - 12чел.)

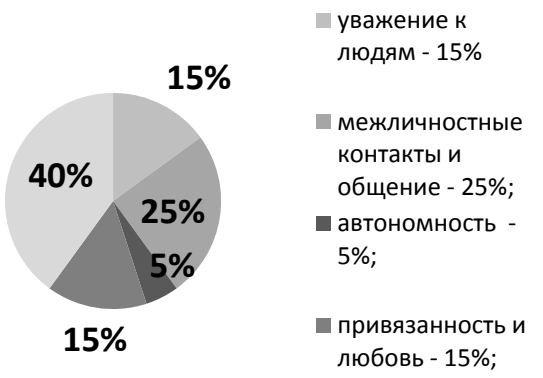


Рис.1 - Результаты исследования определения жизненных ценностей личности (П.Н. Иванов, Е.Ф. Колобова).

Жизненные ценности человека играют ключевую роль в его судьбе, потому что от них зависит принятие решений, реализация права выбора, осуществление жизненного предназначения, взаимоотношения с другими людьми.

У каждого человека своя система жизненных ценностей, свои приоритеты. Ценности, безусловно, есть у каждого. Но, по большей части, люди не осознают свои ценности. А это стоит непременно сделать для того, чтобы, облегчить себе жизнь. Ведь, принимая любое решение от самого незначительного до судьбоносного, следует обратиться к системе своих ценностей и тогда, вполне вероятно, можно будет избежать мучительных сомнений и переживаний.

Диагностика коммуникативных и организаторских склонностей по Бойко [3].

В педагогической деятельности одним из основных факторов успешного осуществления образовательной деятельности является способность эффективно выстраивать взаимодействие и диалог.

Не менее важным является способность преподавателя организовать деятельность обучающихся и достижение ими успехов в образовании.

Исследование показало, что у 50 % (15 чел.) средний уровень коммуникативных и организаторских склонностей.

И у 50%(15 чел.) высокий уровень коммуникативных и организаторских склонностей.

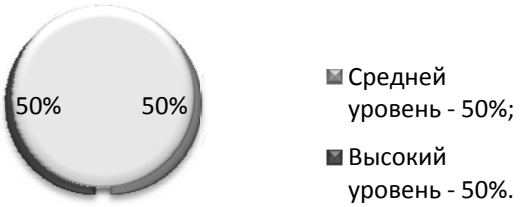


Рис. 2 - Результаты исследования коммуникативных и организаторских склонностей.

Исследование актуализировало проблему проведения обучающих семинаров для преподавателей чьи коммуникативные и организаторские склонности находятся на среднем уровне.

Фундаментальная основа педагогического мастерства – профессиональные знания. Знания преподавателя обращены, с одной стороны, к науке, предмету, который он преподает, с другой, – к студентам, которые приобретают их. Содержание профессиональных знаний составляет знание преподаваемого предмета, его методики, педагогики и психологии. Важной особенностью профессионального педагогического знания является его комплексность, что требует от преподавателя способность синтезировать изучаемые науки. Стержень синтеза – решение педагогических задач, анализ педагогических ситуаций, вызывающих необходимость осмысления психологической сущности явлений, выбора способов взаимодействия на основании познанных законов формирования личности[2].

Проблема склонностей человека - одна из основных теоретических проблем педагогики и важнейшая практическая проблема. Занимаясь развитием склонностей, человек должен стремиться к тому, что бы работать над формированием личности, ее положительных и, прежде всего, моральных качеств.

Жизненные ценности человека – основа жизненных выборов разной степени важности.

Педагогическое мастерство преподавателя играет значимую роль в образовательной деятельности студента, который под влиянием культуры преподавателя определяет собственную культуру, смыслообразующие жизненные ценности и приоритеты будущей профессиональной деятельности[1].

Литература

1. Белялова, М.А. Ресурсные возможности этнопедагогики в воспитании человека культуры //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2014.
2.Неудахин, Н.А. Основы педагогического мастерства: Учеб.-метод. пособ. - Барнаул: АлтГТУ, 2002.
3.Фетискин, Н.П., Козлов, В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М. Изд-во Института Психотерапии. 2002.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Лебедь В.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [1]. Распространенность АГ составляет 15–25 %, а у лиц старше 65 лет она превышает 50 %. Она часто приводит к развитию ИБС, мозгового инсульта. От гипертонии уже страдает миллиард человек в мире, она является причиной сердечных приступов и инсультов. По оценкам исследователей, повышенное кровяное давление ежегодно является причиной девяти миллионов смертельных случаев [2, 3]. Гипертония одно из самых распространенных заболеваний сердечнососудистой системы.

Артериальная гипертония (АГ) – одна из наиболее острых медико-социальных проблем, как в России, так и в мире. В настоящее время в РФ сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости гипертонической болезнью, являющейся не только одним из основных факторов риска развития заболеваний системы кровообращения и смертности населения от них, но и самым распространенным заболеванием.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в уходе за больными с кризовым течении гипертонической болезни.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в уходе за больными с кризовым течением гипертонической болезни.

Задачи исследования:

проанализировать теоретические источники по гипертонической болезни и гипертоническому кризу;

обобщить теоретический материал, сформулировать выводы;

провести эмпирическое исследование;

обработать полученные данные; сформулировать выводы.

Гипотеза исследования: основным фактором в выздоровлении пациента является соблюдение рекомендаций врача и правильный уход медицинской сестры за больными с кризовым течением гипертонической болезни.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ НИИ «Краевая Клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края. В исследовании приняло участие 27 пациентов.

Нами было проведено анкетирование и анализ историй болезни пациентов с кризовым течением гипертонической болезни с целью распознания проблем пациента для предотвращения осложнений и правильной организации сестринского ухода.

Для этого было проведено исследование физического и психологического состояния респондентов.

В ходе исследования получены следующие результаты:

1. Из физиологических проблем у пациентов наиболее часто имеют место: сильная головная боль (100 %); головокружение (96 %); тошнота (78 %); рвота, не приносящая облегчения (69 %).

2. Из психологических - у пациентов наиболее часто встречаются: тревожные мысли о течении и исходе гипертонической болезни (80 %); страх перед инвалидностью (56 %); страх перед осложнениями (инсульт, инфаркт миокарда и др.) (49 %).

Анализ результатов исследования потенциальных проблем показал, что наиболее часто встречаются: риск развития инфаркта миокарда у 56 %; раннее ухудшение зрения у 33 %.

Таким образом, у большинства респондентов отмечается риск развития инфаркта миокарда, что является грозным осложнением. Поэтому таким пациентам необходимо соблюдать рекомендации врача и своевременно обращаться за медицинской помощью.

Медицинская сестра обеспечивает приемлемое качество жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения [4].

Выводы:

1. Приоритетной проблемой при кризовом течении гипертонической болезни являются сильные головные боли, которые выявляются у 100 % респондентов.

2. Из психологических проблем у пациентов доминируют тревожные мысли о течении и исходе гипертонической болезни (80 %).

3. Изучаемая нами болезнь оказывает большое влияние на личность и во многом обуславливает поведение субъекта.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П. Неотложные состояния в сестринской практике. - Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. Издание 8-е – Краснодар, 2014. – 116 с.
3. Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» / М.: ГЭОТАР Медиа, 2010.
4. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. / Ростов-на-Дону: Феникс, 2007.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОЧАГАХ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Лынова Е.Н., Ильченко Г.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Список особо опасных инфекций растет с каждым годом и в настоящее время в соответствии с МУ 3.4.2552-09 перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации включает шестнадцать заболеваний:

- оспу,
- полиомиелит, вызванный диким полиовирусом;
- человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса;

- тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС),
- холеру,
- чуму,
- желтую лихорадку,
- лихорадку Ласса;
- болезнь, вызванную вирусом Марбург;
- болезнь, вызванную вирусом Эбола;
- малярию,
- лихорадку Западного Нила,
- Крымскую геморрагическую лихорадку,
- лихорадку Денге,
- менингококковую инфекцию,
- лихорадку Рифт-Валле.

Новые технологии, бесконтрольное применение лекарственных препаратов, загрязнение окружающей среды, освоение новых недоступных ранее территорий - все это явилось пусковым фактором для появления новых, неизвестных ранее инфекционных болезней, открытых в конце 20 и начале 21 века. Это закономерный итог развития человеческой цивилизации. Если в 1955 году число известных науке инфекций было 1062 (В.М.Жданов), то в настоящее время – более 1200 (Покровский В.И). Быстро распространяющиеся, вызывающие эпидемии, пандемии, и уносящие тысячи жизней, инфекционные заболевания являются грозными, разрушительными факторами для человечества.

Все это дополнительно подчеркивает актуальность порядка организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больного, подозрительного на заболевание инфекционной болезнью, вызывающей чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, схемы информации и оповещения при выявлении больного и применение средств индивидуальной защиты.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) обеспечивают защиту медицинского персонала от заражения возбудителями особо опасных инфекционных болезней при обслуживании больного в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, при перевозке (эвакуации) больного, проведении текущей и заключительной дезинфекции, при взятии материала от больного для лабораторного исследования, при вскрытии трупа.

На сегодняшний день применяют различные средства индивидуальной защиты:

- комбинезон защитный ограниченного срока пользования из воздухонепроницаемого материала, дополненный маской для защиты органов дыхания, перчатками медицинскими и сапогами (бахилами медицинскими);
- противочумный костюм «Кварц» (запас сменных фильтров для одного костюма "Кварц" должен составлять не менее 3-х шт.);
- комбинезон защитный "Тайкем С" и другие разрешенные к использованию СИЗ.

Цель- изучение информированности медицинских сестер ЛУ г. Краснодара о проблеме особо опасных инфекций и о современных средствах индивидуальной защиты и мерах профилактики профессионального инфицирования медработников ООИ.

Задачи:

Определить теоретические знания медицинских сестер ЛУ г. Краснодара о средствах индивидуальной защиты и мерах профилактики профессионального инфицирования и умение использовать эти знания на практике.

Материалы и методы:

Методика исследования включила разработку анкеты и проведение тестирования. В опросе участвовали медицинские сестры, работающие в ЛУ различного профиля г. Краснодара и Краснодарского края и проходившие обучение в 2015-2016 году на циклах повышения квалификации в КММИВСО в количестве 200 человек. Стаж работы от 1 до 15 лет, средний возраст- 45 лет.

Определяли, насколько медицинские сестры знакомы с особо опасными инфекциями и мерами по профилактике профессионального инфицирования ООИ при использовании современных СИЗ.

Большая часть опрошенных (83 %) , среди ООИ выделяют только чуму и холеру, 9 %- считают, что особо опасные инфекции и карантинные инфекции - это одно и то- же. Анализируя ответы на вопросы о современных СИЗ , установлено, что 43 % опрошенных медицинских сестер не знают о защитных костюмах «Кварц» и «Тайкем С» , потому что в их ЛУ пользуются противочумными костюмами четырех типов старого поколения. Безопасные современные костюмы имеют возможность применять лишь 47 % опрошенных медсестер.

Выявлено, что медицинские сестры недостаточно ориентируются в правилах одевания и снятия СИЗ так как занятия с ними в ЛУ проводятся только чисто теоретически, без отработки практических навыков. Причем уровень знаний медицинских сестер среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы. Так, среди медицинских сестер, стаж работы которых 1-5 лет уровень теоретических знаний составляет 39%, стаж 5-10 лет - 51%, стаж 10-15 лет -40 % .

Выводы:

В результате проведенного исследования было подтверждено, что:

1.Медицинские сестры ЛУ имеют недостаточные знания о проблеме особо опасных инфекций и о современных средствах индивидуальной защиты и мерах профилактики профессионального инфицирования медработников ООИ. Причем уровень знаний медицинских сестер среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы, что свидетельствует о необходимости подкрепления теоретических знаний практическим опытом;

2.Не все медицинские сестры обеспечены современными средствами индивидуальной защиты и не умеют пользоваться СИЗ- знания зачастую носят чисто теоретический характер;

3.Не все ЛУ имеют возможность приобрести безопасные современные СИЗ.

Предложения:

В существующей системе повышения квалификации медицинских работников шире применять проведение краткосрочных циклов в виде тематического усовершенствования , включающих тематику профилактики ООИ в ЛУ. Вопросы по ООИ должны изучаться на всех курсах базового образования: перед выходом студентов на практику в ЛУ они должны сдавать зачет по ООИ с демонстрацией практических навыков в учебном заведении при участии руководителей практики от ЛУ.

Литература:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. — Ростов н/Д: Феникс, -2012.

2.Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации.— Ростов: Феникс, 2011.

3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. — Ростов: Феникс, 2009.

4.Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал эксперементального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознанаия, 2014 (10), 41-45.

5.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.75-77.

6.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно-методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.160-162.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Лынова Е.Н., Ильченко Г.В.

МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»

Краснодар, Россия

Защита медицинского персонала от заражения инфекционными болезнями в современных условиях развития здравоохранения становится важной и неотложной государственной задачей. Установлено, что инфекционная заболеваемость медицинских работников, связанная с профессиональной деятельностью, отличается высокими уровнями.

Показатели профессиональной заболеваемости медицинских работников в Российской Федерации более, чем в 3 раза, превышают показатели заболеваемости в других отраслях народного хозяйства. По данным' выборочных исследований, уровень заболеваемости острыми и хроническими инфекционными заболеваниями превышает аналогичную заболеваемость населения более чем в 8 раз.

Инфицированию медицинского персонала способствуют своеобразие экологических условий ЛПУ (госпитальный микробный пейзаж, ускорение темпов эволюции возбудителей ВБИ, концентрация ослабленных лиц на ограниченной площади помещений), наличие большого числа источников инфекции (больных и носителей) среди пациентов, нарастающий объем инвазивных вмешательств, увеличивающих риск заражения персонала через кровь и другие биологические жидкости, осложнение эпидемиологической обстановки в стране по целому ряду инфекционных нозоформ.

Медицинские работники в своей деятельности могут подвергаться воздействию многих факторов, опасных для здоровья и способных вызывать профессиональные заболевания. Условно факторы можно поделить на пять групп:

- физические - ионизирующее и неионизирующее излучение, ультразвук, лазерное излучение, шум, вибрация и т.д.;

- химические - высокоактивные лекарственные препараты, химические вещества и дезинфицирующие средства;

- биологические - патогенные и условно-патогенные микроорганизмы;

- нервно-эмоциональные - интеллектуальное и эмоциональное напряжение, сменная работа, часто при дефиците времени и в экстремальных ситуациях;

- эргономические - работа в вынужденной позе и при эксплуатации эргономически неадекватного оборудования.

Очевидно, что воздействие на медицинский персонал названных факторов может отражаться на здоровье и вызывать профессиональные заболевания.

Основными факторами производственной среды, которые приводят к возникновению профессиональных заболеваний среди медработников в России, являются: биологический фактор, удельный вес которого составляет в среднем 73%, высокоактивные лекарственные препараты - 16% и химические вещества -11%.

В структуре профессиональных заболеваний преобладают такие нозологические формы, как туберкулез органов дыхания (до 70%), парентеральные вирусные гепатиты (до 19%), астма бронхиальная (до 5%).

В последние годы на фоне стабильно высоких показателей заболеваемости туберкулезом среди населения, наблюдается повсеместный рост заболеваемости туберкулезом медицинских работников. Риск инфицирования среди персонала инфекционных и фтизиатрических стационаров особенно высок, поскольку частота контакта с инфекционным агентом у них наибольшая.

Заболеваемость инфекционными болезнями в процессе профессиональной деятельности приводит к потере их трудоспособности, инвалидизации, в ряде случаев, летальным исходам и сопровождается значительным социально-экономическим ущербом. Учитывая это, следует подчеркнуть важность организационных решений данной проблемы в современных условиях развития здравоохранения.

Внутрибольничным инфекциям свойственна множественность механизмов передачи.

К естественным механизмам передачи, обеспечивающим сохранение возбудителя как биологического вида относят воздушно-капельный, фекально-оральный, контактно-бытовой и трансмиссивный (гемотрансмиссивный.)

В современных условиях исключительно важное значение приобретает новый мощный артифициальный (от лат. artifitiale - искусственный), созданный искусственно медициной механизм передачи. Именно интенсификация артифициального механизма создала остроту проблемы ВБИ, возникающих у медицинских работников и пациентов в связи с оказанием медицинской помощи в стационарах, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому. Артифициальный механизм передачи включает широкий спектр вариантов, большей частью связанных с инвазивными диагностическими и инвазивными лечебными процедурами, реже - с неинвазивными манипуляциями (ингаляционные процедуры). Число инвазивных процедур и значимость артифициального механизма передачи в мире растет в связи с увеличением числа сложных диагностических и лечебных процедур и трудностью обеззараживания некоторых видов аппаратуры.

Заражение гепатитами В, С, ВИЧ-инфекцией возможно при таких манипуляциях как взятие крови, проведение инъекций, более сложных манипуляциях - венесекциях и катетеризации сосудов и таких ответственных процедурах как получение биоптатов органов и тканей, трансплантации тканей, органов, костного мозга. Опасность заражения существует при трансфузиях крови и ее компонентов, поскольку в современных условиях кровь проверяется лишь на ограниченное число инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, сифилис). На гепатит G, ретровирусный Т - клеточный лейкоз, герпетические инфекции, токсоплазмоз, и другие заболевания проверка крови в условиях практической деятельности не осуществляется. Карантинизация крови, резко снижающая возможность инфицирования ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами, практикуется еще недостаточно широко.

Нарушение правил работы может приводить к возникновению ВБИ у персонала и пациентов при таких различных инвазивных вмешательствах как стоматологические манипуляции (лечение парадонтоза, экстракция зубов) и внутривенная лазерная терапия, иглоукалывание и искусственное оплодотворение, примерка мостов при протезировании зубов и протезирование суставов. Оперативные вмешательства способствуют, большей частью, экзогенному возникновению инфекции.

Эндоскопические методы обследования и лечения, несмотря на высокую информатив-

ность, эффективность и малую травматичность могут приводить к заражению хеликобактериозом, туберкулезом, гепатитами В, С, Д, О (скрытую кровь удавалось обнаруживать азопирамовой пробой на наружной поверхности эндоскопической техники при отсутствии видимой травматизации слизистых оболочек и контакта с кровью).

Использование аппарата искусственной вентиляции легких, подчас спасая жизнь, увеличивает число ВБИ, особенно пневмоний. Артифициальный и естественный механизм передачи нередко сочетаются.

Целью исследования явилось изучение информированности медицинских сестер ЛУ г. Краснодара о неблагоприятных факторах на своих рабочих местах и мерах профилактики профессионального инфицирования.

Задачи:

1.Выявить ведущий неблагоприятный фактор производственной среды.

2.Определить теоретические знания медицинских сестер ЛУ г. Краснодара о мерах профилактики профессионального инфицирования.

Материалы и методы

Методика исследования включила разработку анкеты и проведение тестирования. В опросе участвовали процедурные и постовые медицинские сестры, работающие в ЛУ различного профиля г. Краснодара края и проходившие обучение в 2015 году на циклах повышения квалификации в КММИВСО в количестве 200 человек. Стаж работы от 1 до 20 лет, средний возраст-40лет.

Определяли, насколько медицинские сестры знакомы с профессиональными факторами, угрожающими здоровью на рабочем месте, оценивались условия труда и знания по профилактике профессионального инфицирования.

Большая часть опрошенных (80 %) , среди профессиональных факторов , угрожающих здоровью выделила риск заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами В ,С,Д, далее- гриппом и ОРЗ(10%), и химическими агентами(5%).Анализируя ответы на вопросы об условиях труда, установлено, что 20% опрошенных медицинских сестер не соблюдают в полной мере предосторожности при работе с биологическими жидкостями из-за нехватки средств индивидуальной защиты (перчатки выдаются в ограниченном количестве, нет защитных очков и щитков). Безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл имеют возможность применять лишь 57 % опрошенных медсестер.

Выявлено, что медицинские сестры недостаточно ориентируются в мерах профилактики при возникновении техаварий (укол или порез иглой, скальпелем, разбрызгивание крови и биологических жидкостей с попаданием на кожу и слизистые) в ЛПУ. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы. Так, среди медицинских сестер, стаж работы которых 1-5 лет уровень теоретических знаний по инфекционной безопасности и инфекционному контролю составляет 37%, стаж 5-10 лет -49%, стаж 10-15 лет -51 % .

Выводы:

В результате проведенного исследования было подтверждено, что:

1. Ведущим вредным фактором, оказывающим влияние на здоровье медсестер, является биологический.

2. Выявлены недостаточные знания о мерах профилактики профессиональных заражений. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы, что свидетельствует о необходимости подкрепления теоретических знаний практическим опытом.

3. Не все медицинские сестры обеспечены средствами индивидуальной защиты.

4. Не все ЛПУ имеют возможность применять безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл.

Предложения:

Вопросы инфекционной безопасности и действий медицинской сестры по предупреждению профессионального инфицирования должны изучаться на всех курсах базового образования: перед выходом студентов на практику в ЛУ они должны сдавать зачет по инфекционной безопасности и инфекционному контролю с демонстрацией практических навыков в учебном заведении при участии руководителей практики от ЛУ, в существующей системе повышения квалификации медицинских работников шире применять проведение краткосрочных циклов в виде тематического усовершенствования , включающих тематику профилактики профессионального заражения медицинских работников в ЛУ.

Литература:
1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. — Ростов н/Д: Феникс, -2012.
2.Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации.— Ростов: Феникс, 2011.
3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. — Ростов: Феникс, 2009.
4.Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал эксперементального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознанаия, 2014 (10), 41-45.
5.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.75-77.
6.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.160-162.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛПУ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Лынова Е.Н., Глушак Д.В., Маковкина Д.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность данной работы обусловлена тем, что труд медицинских работников это сложный, напряженный и ответственный вид деятельности. Медицинские работники ежедневно контактируют с различными факторами инфекционной природы. Ведущим вредным фактором, оказывающим отрицательное влияние на здоровье медперсонала, является биологический.Одной из актуальных проблем является то, что среди медицинских работников, возрастает риск заражения ВИЧ-инфекцией при аварийных ситуациях (контакт с кровью ВИЧ-инфицированных при порезах, уколах на рабочих местах и в быту).

Цель работы – исследование профилактики ВИЧ-инфекции в ЛПУ.

Задачи:

1) дать общую характеристику ВИЧ-инфекции как заболевания;

2) рассмотреть исторические этапы развития ВИЧ-инфекции и современное состояние проблемы по заражению ВИЧ-инфекцией;

3) изучить профилактику ВИЧ-инфекции: определить нормативные документы, регламентирующие профилактику и лечение ВИЧ-инфекции; рассмотреть средства индивидуальной защиты медперсонала; рассмотреть обеспечение инфекционной безопасности медперсонала при работе с биологическими материалами;

4) провести практическое исследование способов и техники защиты медперсонала при работе с ВИЧ-инфекцией.

Объект исследования: ВИЧ-инфекция.

Предмет исследования: способы и техника профилактики ВИЧ-инфекции в ЛПУ.

Методы исследования:

-теоретические методы: теоретический анализ литературы по проблеме исследования, системный анализ;

-биографические (изучение медицинской документации);

-практические (наблюдение, анкетирование, интервьюирование).

Гипотеза исследования: медицинский персонал относится к числу лиц повышенного риска заболевания ВИЧ-инфекции. Соблюдение принципов профилактики на рабочем месте является основным компонентом комплексной профилактики ВИЧ-инфекции как грозного внутрибольничного заболевания.

ВИЧ-инфекция является длительно текущим инфекционным заболеванием, развивающимся в результате инфицирования вирусом иммунодефицитом человека (ВИЧ). Понятие «синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД) впервые ввел М. Готлиб в 1982 году и определил его как сочетание опасных для организма человека оппортунистических инфекций на фоне иммунодефицита. К путям передачи ВИЧ-инфекции относят: контактный (половой); парентеральный; вертикальный. Наиболее высокому риску заражения ВИЧ подвергаются медики, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным пациентам: средний медицинский персонал, преимущественно процедурные медицинские сестры; оперирующие хирурги и операционные сестры; акушеры-гинекологи; патологоанатомы. В настоящее время ВИЧ/СПИД является важнейшей медико-социальной проблемой, потому

как число заболевших и инфицированных продолжает расти во всем мире, охватывая людей, которые не входят в группы, имеющие факторы риска инфицирования. Передача ВИЧ-инфекции в условиях ЛПУ возможна: от пациента к медработнику; от медицинского работника к пациенту при использовании инвазивных методов диагностики и лечения; от пациента к пациенту. Для профилактики профессионального инфицирования нужно соблюдать универсальные меры предосторожности. При несчастном случае, сопряженном с риском инфицирования немедленно проводится местная обработка, для которой используется аптечка для экстренной профилактики самозаражения ВИЧ-инфекцией.

Методы исследования: наблюдение; изучение медицинской документации; анкетирование, интервьюирование.

Исследование состояло из четырех этапов.

На первом этапе было проведено наблюдение за работой медицинской сестры и изучена отчетная документация деятельности приемного отделения.

На втором этапе было проведено наблюдение за работой медицинской сестры в конкретном случае из практики.

На третьем этапе было проведено анонимное анкетирование среднего медицинского персонала хирургического отделения стационара с целью изучение отношения медицинского персонала к инфекционной безопасности на рабочем месте.

На четвертом этапе было проведено интервьюирование медицинской сестры.

При анализе работы медсестры приемного отделения и наблюдении случая из практики выяснено, что при уходе за ВИЧ-инфицированными больными медицинская сестра имеет дело с большим количеством различных заболеваний, сопровождающихся поражением анатомо-физиологических систем организма и различных органов в различных сочетаниях. Поэтому медицинская сестра должна владеть навыками ухода за такими категориями больных, и знать и соблюдать правила техники безопасности.

Выводы по результатам исследования – анкетирования следующие:

1.Среди участников опроса наиболее была представлена возрастная группа молодых медсестер до 30 лет, второй по численности стала возрастная группа от 31 до 40 лет.

2.Основная масса опрошенных имеют стаж работы в данном учреждении до 10 лет.

3.Большинство респондентов отметили, что подвергаются воздействию биологических факторов, таких как вакцины, биологические жидкости. Но, тем не менее, в оплате труда вредность учитывается только у 60% медработников.

4. Все респонденты знают, что такое профессиональные заболевания.

5. 60% респондентов оценили условия организации своего рабочего места с точки зрения инфекционной безопасности, как хорошие и отличные. Это достаточно высокая оценка. Но только 40% респондентов оценили безопасность рабочего места для своего здоровья, как отличную.

6.Подавляющее большинство опрошенных (90%) согласились с тем, что в их учреждении необходимо повышать уровень знаний в области безопасности труда и охраны здоровья медработников.

По результатам интервьюирования сделан вывод, что опрошенная медицинская сестра владеет достаточными знаниями о способах защиты медперсонала при работе с инфекционными больными.

Рекомендация медсестры была следующая: разработать памятку для среднего медицинского персонала по вопросам профилактики профессионального инфицирования ВИЧ/СПИДом, так как не все медсестры, особенно только недавно пришедшие на работу, владеют необходимыми знаниями по этому вопросу.

Предложения:

1. Перед входом во все помещения установить дозаторы с дезсредством, так как руки персонала являются основными источниками распространения инфекции. Руководству отделения было предложено обратить внимание на эту рекомендацию

2.Совершенствование нормативно-правовых и методических документов, касающихся охраны здоровья медицинских работников и профилактики профессиональных заболеваний.

3. Анализ показателей здоровья сотрудников по результатам ежегодных медицинских осмотров.

Литература:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. — Ростов н/Д: Феникс, -2012.
2.Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации.— Ростов: Феникс, 2011.
3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-

профилактических учреждениях. — Ростов: Феникс, 2009.
4.Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал эксперементального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознанаия, 2014 (10), 41-45.
5.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.75-77.
6.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.160-162.

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ВИНИРОВ ИЗ МАССЫ IVOCLAR E-MAX

[1]Ляшко А.А., [2]Амоян Э.Ф., [1]Артюшин М.С.
[1]МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

В 1928г. для съемок актеров крупным планом у калифорнийского стоматолога Чарльза Пинкуса возникла идея создать керамические пластинки, которые крепились на вестибулярную сторону зубов при помощи порошка для протезирования, такие пластинки и стали называть винирами. Виниры из-за несовершенства технологии имели плохое соединение с естественными зубами и вследствие чего держались на зубах они очень непрочно, устанавливались лишь на короткий период съемок. Эстетически виниры выполнили свою главную задачу, позволили создать идеальную улыбку. [1,2]

В настоящее время виниры широко используются в стоматологии, они помогают избавиться от промежутков между зубами, клиновидного дефекта, нарушения формы зубов, сколов, истирания и дефектов цвета. При помощи виниров можно закрыть пломбы, на вестибулярных сторонах зубов. Первоначальная задача виниров скрыть потемневшую эмаль и сделать улыбку «Голливудской» также широко распространена.

Главными достоинствами виниров являются:

Долговечность, в особенности керамических виниров. Также не окрашиваются под влиянием табака, кофе, вина и пищи, благодаря этому их эстетический вид сохраняется на долгие годы.

Сохранение тканей зуба. В отличие от коронок не требуется обтачивать зуб, достаточно лишь легкой сошлифовки эмали.

Устойчивость к истиранию и сохранение первоначальной формы.

Широкая цветовая палитра керамических виниров.[4,3,5]

Недостатком у керамических виниров является непереносимость экстремальных нагрузок. В случаях даже мелких дефектов винира, требуется его замена.

Показаниями для установки керамических виниров являются:

- Аномалия формы зубов.
- Патологическое стирание тканей эмали.
- Излишняя чувствительность фронтальных зубов.
- Гипоплазия и флюороз.
- Коррекция диастем и трем.
- Наличие темных пятен на эмали зубов.

Среди противопоказаний для установки виниров можно отметить:

- Заболевания зубов (кариес и т.д.).
- Состояния, после которых отмечается ослабление зубов.
- Тонкий слой эмали на зубах.
- Бруксизм (болезненное периодическое возникновение во сне приступообразного сжимания зубов, скрежетание).
- Недостаточно прорезавшиеся зубы.
- Патология прикуса в виде прямого прикуса.

Кроме того, противопоказанием к установке фарфоровых виниров является заболевания пародонта (парадонтит, парадонтоз). [1,6]

Другим противопоказанием к установке виниров из фарфора является кариес зуба и его разрушение кариесом либо это может быть пломба больших размеров. Это связано с тем, что фарфоровый винир все же тонкий и не дает зубу особую прочность, а кариозные и пломбированные зубы не обладают достаточной прочностью.

Для изготовления виниров часто используется прессованная керамика IPS e.max Press. При помощи литий-дисиликатных заготовок и специальной технологии прессования изготавливаются гомогенные (однородные) реставрации различной степени опаковости, которые обладают очень высокой прочностью (до 400 Мпа на изгиб). Эти характеристики для кера-

мики очень важны при создании тонких виниров (0,3 мм). Чем тоньше винир, тем лучше выглядит реставрация, тем меньше препарируются зубы пациента.

Достоинства изготовления виниров из массы Ivoclar E-MAX:

E-max относится к литийсиликатной стеклокерамике, обладающей повышенной прочностью, что имеет важное значение при изготовлении тонких виниров.

Изготовление виниров из данного материала путем прессования подразумевает отсутствие пор и напряжения в материале.

Винир E-MAX обладает высокой биосовместимостью и поэтому не противопоказан аллергикам.[2,5]

При подготовке к изготовлению винира обточка зуба производится только с передней стороны. Под массу E-MAX эмаль сошлифовывается в объеме 0,3-0,6 мм. под толщину винира в 0,6 мм.

Этапы изготовления:

Очищение поверхности зуба от налета и подбор необходимого оттенка пломбировочного материала.

После анестезии производят обточку передней поверхности зуба. Снимается необходимое количество эмали с поверхности зуба под толщину винировой накладки.

Снятие слепков.

По полученным слепкам зубов в лаборатории отливают модель из гипса.

Моделировка винира из воска, предавая зубу утратившуюся форму.

В специальную печь оправляется керамический блок, предназначенный для изготовления винира, где керамическая заготовка принимает форму восковой заготовки.

Затем конструкция обрабатывается вручную.

Для естественного блеска эмали наносится глазурь.

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.:Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология».М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология,М.:Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2012 г.

ИЗГОТОВЛЕНИЕ БЮГЕЛЬНОГО КАРКАСА НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ С РАЗНОВИДНОСТЯМИ КЛАММЕРОВ НЕЙЯ, РОУЧА И ИХ ОПИСАНИЕ

[1]Ляшко А. А., [2]Амоян Э.Ф., [2]Хакуй С.А.
[1]МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

Бюгельное протезирование зубов-один из видов съемного протезирования зубов. Название происходит от немецкого слова "Bugel", что в переводе означает "дуга". Каркас бюгельного протеза изготавливают из КХС.

Съемные протезы являются наиболее распространённым видом зубного протезирования, которыми можно заменять различные сочетания дефектов в зубных рядах. Такая конструкция зубного протеза позволяет использовать для опоры не только десны, но и собственные зубы. У бюгельного протеза компактный вид, он достаточно удобен, долговечен и прочен. Превосходные качества современных сплавов и правильное изготовление гарантирует высококачественное протезирование. Он применяется как более совершенная альтернатива частичному съемному пластиночному протезу тогда, когда уже невозможно изготовление мостовидных протезов. При этом по сравнению с пластиночными съёмными протезами, у бюгельного протеза способ передачи жевательной нагрузки ближе к физиологическому. Учитывая более высокую цену других протезов, кламмерный цельнолитой бюгельный протез протез будет и в будущем являться альтернативой для многих пациентов. [1,3]

Перед изготовлением бюгельного протеза устанавливается способность опорных зубов к нагрузке: их сопротивляемость силам оттягивания, давления и сдвига. Затем анализируется необходимая величина удерживающей силы (глубина поднутрения) для фиксации протеза. Удерживающая сила протеза увеличивается в зависимости от количества и качества опорных зубов. Большое количество кламмеров с небольшими поднутрениями способствует меньшей нагрузке каждого зуба

при равноценном качестве фиксации протеза. Принцип гласит: столько кламмеров - сколько нужно, но так мало, как возможно. Для определения поднутрения вполне возможно использовать данные из практического опыта, но нельзя пренебрегать индивидуальными особенностями. Данные из практического опыта касаются витальных, не сильно дивергентных кламмерных зубов. Измерение рабочей модели непосредственно связано с выбором типа кламмера. Для выполнения своего назначения как удерживающий и опорный элемент каждый кламмер должен иметь следующие части:

- Опора - оклюзионная накладка.
- Распределение нагрузки - пассивное плечо кламмера.
- Ретенция- активное плечо кламмера.
- Кламмеры по системе Нея[2]

В начале 50-х годов была впервые выведена в систему концепция измерения. Из многочисленных форм кламмеров Ней выбрал пять типов литых кламмеров для перечисленных в руководстве показаний. Из-за разницы механических свойств благородных и кобальтохромовых сплавов используется почти исключительно кламмер Нея номер один. Это жесткий опорно-удерживающий кламмер Аккера, состоящий из окклюзионной накладки, тела и двух плеч. Иногда его называют трехплечим, считая накладку третьим плечом или Е-кламмер. Его популярность связана с тем, что конструкция кламмера проста и препятствует смещениям протеза в трех направлениях - вертикальном, сагиттальном и трансверзальном. Причиной обращения к другим типам кламмеров является возрастающее требование по решению проблем гигиены парадонта и предупреждению кариеса.

Считают, что широкое применение систем кламмеров Нея зависит от следующих моментов: соблюдение принципа построения кламмера, который должен быть сконструирован с таким расчетом, чтобы жесткие (неподвижные) части плеча кламмера находились выше самого большого периметра зуба, т.е. над направляющей линией, в то время как подвижная, удерживающая часть кламмера - под направляющей линией.

Недостатки системы Нея:

• не используется шинирование сохранившихся зубов, поэтому трансверзальные движения протеза передаются только на отдельные зубы;

• во всех конструкциях предусматривается жесткое соединение между базисами и кламмерами.[2,3]

Второй тип- эластичный опорно-удерживающий кламмер, имеет одну окклюзионную накладку и два Т-образно расщепленных концевых отдела плеч (кламмеры Роуча), поэтому его иногда называют расщепленным кламмером. Он хорошо подходит для фронтальной и видистой боковой области. В сочетании с дентальной опорой его применяют при лабильном наклоне передних зубов. Модифицированный С-образный кламмер Роуча не создаёт давления на края десны, так как контактный пункт малого соединителя к кламмеру над краем десны. При глубоком поднутрении можно использовать так же гнутый кламмер. Этот кламмер рекомендуется выбирать при диагональном прохождении межевой линии и при высоком ее расположении (близко к окклюзионной поверхности). Кламмер Роуча целесообразно применять при глубине поднутрения в пределах от 0,5 до 0,75 мм. При большой глубине поднутрения также нужно использовать кламмер с хорошими пружинящими свойствами. Применение в конструкции бюгельного протеза одних кламмеров Роуча благодаря рессорному действию стержневых плеч разгружает опорные зубы, но, с другой стороны, увеличивает нагрузку на альвеолярный отросток. Поэтому при невыраженном альвеолярном отростке использование одних кламмеров Роуча нецелесообразно.

Кламмеры Роуча обладают следующими преимуществами:

• обеспечивают хорошую ретенцию в различных зонах опорных зубов;

• эффективнее кламмеров Аккера в эстетическом отношении, т.к. располагаются со стороны десны и большая часть их длины не заметна;

• уменьшается вероятность возникновения кариеса, т.к. остатки пищи задерживаются под длинными плечами, которые не контактируют с поверхностью зуба;

• точная подгонка ретенционного окончания стержневого плеча, контактирующего с зубом,

относительно проста;

• эффективны для зубов с маловыраженным экватором и наклоненных зубов, а также для коротких зубов с ограниченной ретенционной способностью;

• в результате стирания зубов межевая линия может располагаться настолько близко к окклюзионной поверхности, что не остается места для размещения плеч кламмера Аккера; такая проблема разрешается применением кламмеров с удлиненными плечами.

Недостатки кламмеров Роуча:

• не могут применяться при выраженных костных выступах и валиках слизистой оболочки, мешающих расположению плеч;

• стержневое плечо кламмера не имеет жесткой части, контактирующей с зубом. Поэтому оно менее эффективно, чем кламмер Аккера;

• нельзя применять в том случае, когда при улыбке обнажаются десны;

• могут быть случайно согнуты пациентом.[1,2,3]

Литература:

1. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010.
2. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина,2010.
3. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина,2012.

ЯВЛЕНИЕ ПСЕВДОНАУЧНОСТИ В РЕКЛАМНОМ ДИСКУРСЕ

Мартынчик А.А., Хутыз И.П., Величко М.А.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»
Краснодар, Россия

В настоящее время большого разнообразия источников информации, средств и способов его коммуникативного представления убеждение стало одной из самых действенных и потому широко востребованных форм воздействия на целевые коллективы: от отдельных индивидов до целых социумов. Понимаемое в русле «логического» направления риторики как искусство «правильной» речи, применяемой говорящей стороной с целью воздействия на поведение, чувства, намерения и взгляды рецептивной стороны, убеждение в рекламном дискурсе выступает в качестве коммуникативной сверхзадачи, регламентирующей организацию знаковых единиц, характер взаимодействия между ними, а также содержание их пропозиций.

Рекламный дискурс, целью которого является побудить адресата к выполнению определенных действий, ярко отражает интересы общества на определенном этапе существования, а также ментальность представителей культуры, особенности актуализации картины мира индивидом [8]. Очевидно, что для того, чтобы удержать внимание целевой аудитории рекламный дискурс должен учитывать ценностные ориентиры, характерные для социума на момент создания рекламы. Анализируя влияние политической и экономической ситуации на искусство, советский и немецкий искусствовед Б. Гройс утверждает, что в современных условиях искусство может быть создано и представлено публике одним из двух способов: либо как предмет потребления, либо как политическая пропаганда [3]. В представленной статье будет рассмотрено явление псевдонаучности, характерное для рекламного дискурса 21 столетия.

Согласно российским философам В.А. Бажанову и А.М. Конопкину, классическим считается определение псевдонауки как концепций-заблуждений, которые претендуют на научность, но не соответствуют науке по ряду критериев научности, а также построены на исключительно ложных основаниях, как воспроизведение ошибок, уже совершенных в прошлом [1]. Ученые отмечают социальный характер феномена псевдонаучности, которая обусловлена текущей политической, экономической, культурной ситуацией. Среди основных предпосылок для актуальности данного явления философы выделяют «недостаточный уровень образования общества, увеличивающийся разрыв между образованием и наукой, коррупция, несовершенство законов, недобросовестная реклама» [1]. Соответственно, в основе псевдонаучности лежит не стремление к познанию, а стремление к убеждению за счет создания положительного образа и использования научных знаний как предмета заведомо авторитетного.

Согласно российским лингвистам Н.Д. Голеву и И.С. Отрубейниковой, псевдонаучные тексты «имитируют научный дискурс для воздействия на сознание потребителей рекламируемой продукции, эксплуатируя доверие потребителей к науке, и, тем самым, стремятся вызвать чувство доверия к товару» [4].

Для научного стиля речи характерны следующие функции: информативная функция, т.е. передача логической информации; эпистемическая функция, т.е. отражение действительности и хранение информации; когнитивная функция, т.е. получение нового знания [2]. В псевдонаучном дискурсе происходит утрата таких функций, как получение, передача и хранение объективной и достоверной информации, так как псевдонаучный текст имитирует только план выражение научного текста, тогда как план содержания деактуализируется. Информативная функция – важнейшая для научного дискурса – преобразовывается в псевдонаучном дискурсе в суггестивную, ос-

новной целью которой является воздействие на психику адресата, его чувства, волю и разум [3].

Главным аспектом псевдонаучности в дискурсе является реализация этого понятия как средства манипуляции сознанием адресата, способного при помощи имитации особенностей научного стиля речи дать установку на определенное восприятие идеи и, таким образом, в итоге внушить ее получателю. При этом могут использоваться различные средства такие, как лингвистические, визуальные, монтаж, привлечение альтернативных «исследователей» (маги, экстрасенсы, свидетели). Целью псевдонаучного дискурса является не передача объективных знаний о предмете действительности, а изменение картины мира, ценностей и убеждений получателя.

По словам российского филолога В.Е. Чернявской, особую роль среди языковых средств речевого воздействия играет опора на авторитет науки. Сильный воздействующий эффект достигается путем создания наукообразного высказывания, поэтому такой язык называют пвсевдонаучным [9]. К способам создания эффекта псевдонаучности относят использование количественных данных – результаты измерений, подсчеты [9], использование терминологии, которой располагает каждая отрасль науки [5], апелляцию к мифу – «признаку обобщенности культурных знаний, выражаемых языком и являющихся объективной составляющей культурного фрейма» [4]. Эффективность этого способа объясняется тем, что мифологические тексты воспринимаются получателем без критической и логической оценки [4].

Обсуждаемая нами особенность рекламного дискурса также, на наш взгляд, обусловлена современной тенденцией стирания границ между дискурсами с помощью включения элементов различных семиотических кодов, что расширяет границы интерпретации дискурса. Профессиональная и научная лексика, математические и др. знаки, став неотъемлемой частью повседневной жизни современного индивида, насыщают и рекламный дискурс. Например, в рекламе математический знак может служить для идентификации объекта и акцентирования внимания адресата на новой торговой марке. Инкорпорирование отдельных элементов, или логограмм, относящихся к компьютерной символике, может быть связано с тенденцией к редукции формы и созданию семантической компрессии. Одним из таких элементов является компьютерный знак / «слэш», который традиционно относится к знакам, выполняющим одновременно разделительную и связующую роль. Основной же целью использования различных семиотических систем в рекламе (как печатной, так и визуальной) является, безусловно, увеличение эффекта воздействия на адресата. Действенность использования элементов (например, терминов) и / или кодов (например, визуальных, когда продукт рекламирует врач или спортсмен и т.д.) научного дискурса для модификации картины мира получателя информации с целью мотивации его к приобретению рекламируемого товара – есть иллюстрация доверия целевой аудитории науке, профессионалам и т.д.: «Доверие – вот главное преимущество индуктивной аргументации в рекламе» [7]

Таким образом, элементы псевдонаучности можно считать эффективными средствами воздействия, так как адресату внушается мысль о том, что сообщение содержит данные науки, которая у многих ассоциируется с противостоянием манипуляции сознанием. Средства передачи такой информации основаны на недостоверных, а иногда и ошибочных данных, спорных методах их получения и отрицании возможности опровержения, поэтому воздействие с помощью имитации науки обеспечивает быстрое получение практически полезного результата.

Литература:

1. Бажанов В.А.Конопкин А.М. Эпистемология и философия науки, 2012. Т. XXXI, №1. О классификации подходов к определению псевдонауки: традиции и инновации: http://staff.ulsu.ru/bazhanov/russian/14_Bazhanov_Konopkin.pdf. Дата обращения 12.04.2016.
2. Валеева Н.Г. Жанрово-стилистическая характеристика научных текстов. М.: Изд-во РУДН, 2006.
3. ГолевН.Д. Журавлева Т.С., Хакимова И.С. Псевдонаучный дискурс рекламы: лингвокогнитивный и лингвоперсонологический аспекты // Вестник Кемеровского гос. ун-та, 2011. №1. С. 161-165.
4. ГолевН.Д.Отрубейникова И.С. Суггестивные свойства псевдонаучных текстов, рекламирующих лекарственные препараты и БАДы // Вестник Кемеровского гос. ун-та, 2008. № 2. С. 117-120.
5. Гончаренко Н.В. Суггестивность медицинского дискурса // Известия ВГПУ, 2008. №2. С. 12-16.
6. Гройс Б. Политика поэтики. М.: Изд-во Ад Маргинем Пресс, 2012.

7. Непряхин Н. Убеждай и побеждай. Секреты эффективной аргументации. М: Альпина Паблишерз, 2010.
8. Хутыз И.П. Актуальные коммуникативные практики: контекст реальности в прагматике современного дискурса. Краснодар: Просвещение-Юг, 2010.
9. Чернявская В.Е. Дискурс власти или власть дискурса. М.: Флинта, 2006.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Мельник Е.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар, Россия

Одним из ключевых факторов, влияющих на модернизацию, технологическое и социально-экономическое развитие России, а также на повышение качества продукции (услуг), конкурентоспособность и обороноспособность государства является стандартизация, которая призвана обеспечивать:

- развитие добросовестной конкурентоспособности продукции (работ, услуг);
- выпуск и обращение инновационной и высокотехнологичной продукции;
-устранение технических барьеров в торговле;
- повышение уровня безопасности продукции (работ, услуг) и ее качества;
- защиту жизни и здоровья граждан, имущества физических и юридических лиц, государственного и муниципального имущества;
- охрану окружающей среды, жизни и здоровья животных и растений;
- предупреждение действий, вводящих в заблуждение приобретателей, в том числе потребителей;
- энергетическую эффективность и ресурсосбережение [2].

Национальная система стандартизации включает в себя комплекс различных стандартов, в том числе по охране здоровья. Активный участник обеспечения качества здоровья населения – медицинская сестра. Сфера деятельности медсестры широка и многогранна. Она предполагает решение проблем по первичной и вторичной профилактике здоровья человека, соблюдению санитарно-гигиеничеких условий, обеспечению сестринского ухода, социально-психологической помощи.

В КММИВСО для изучения основ стандартизации медицинской помощи в работе медицинской сестры введена дисциплина «Стандартизация в здравоохранении», которая входит в профессиональный цикл Б.3, базовой части Б3.1, раздела «Общепрофессиональные дисциплины» Б3.1.14 наряду с дисциплинами административно-управленческого направления. Общая трудоемкость дисциплины в соответствии с Госстандартом 2011 года составляет 4 зачетные единицы, 144 часа [3].

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий.

В работе медицинской сестры можно выделить профессиональные и этические стандарты. Этические стандарты деятельности медсестры – это стандарт поведения среднего медицинского персонала, выстраивание поведения с больным, его близким окружением и со своими коллегам. Основой этического стандарта является «Этический кодекс медицинской сестры», принципы медицинской этики и деонтологии, философии современного сестринского дела.

Группы профессиональных стандартов:

1. стандарты манипуляций, или процедур, которые содержат цели процедур, показания и противопоказания к ним, оснащение и условия для выполнения манипуляций, описание процедуры: подготовка, выполнение, завершение;

2. стандарты плана ухода за пациентом – отражают базовый уровень высококачественного сестринского ухода в конкретной клинической ситуации;

3. стандарты оказания неотложной помощи на доврачебном, догоспитальном этапе – перечень алгоритмов, применяемых в типичных клинических ситуациях.

В настоящее время используются следующие стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры:

1. антропометрия;
2. мониторинг состояния пациента (термометрия, подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления);
3. профилактика пролежней;
4. способы и методика введения лекарственных средств;
5. уход за подключичным катетером;
6. технология проведения оксигенотерапии;

7. методика промывания желудка в зависимости от возраста ребенка;
8. методика постановки лечебной, очистительной, масляной, гипертонической и сифонной клизм детям различных возрастных групп;
9. катетеризация мочевого пузыря у детей в зависимости от пола;
10. подготовка и сбор мочи на общий анализ, на сахар, по Нечипоренко, Зимницкому, на диастазу, для бактериологического исследования;
11. взятие кала для капрологического исследования, на скрытую кровь, на бактериологическое исследование, соскоб на энтеробиоз;
12. подготовка пациента к рентгенологическим и эндоскопическим методам исследования.

Профессиональные стандарты разрабатываются с учетом деятельности лечебного учреждения и его возможностей. При разработке стандартов учитываются рекомендации надзорных органов – местных, территориальных, национальных. Стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры утверждаются после клинических испытаний и периодически обновляются [1].

Обязательные условия применения стандартов в работе медсестры:

- выбор стандарта определяется клинической ситуацией;
- уровень оказываемой медицинской помощи должен соответствовать возможностям лечебного учреждения и квалификации медперсонала;
- медицинская сестра должна знать и понимать все положения стандарта, уметь реализовывать стандарт на практике и обосновывать все свои действия;
- быть основой для составления индивидуального плана ухода за пациентом;
- стандарт предполагает осуществления ухода в минимально достаточном объеме и в максимально короткие сроки;
- обеспечение своевременного вызова врачей и организацию врачебных консультаций.

Таким образом, четкое следование медицинскими сестрами стандартов медицинской помощи обеспечивает высокую эффективность их деятельности и влияет на качество оказываемых медицинских услуг в лечебном учреждении в целом.

Литература:

1. Ищенко О.Ю., Савощенко И.В. Факторы, определяющие эффективность деятельности нефрологического отделения. - М.: Издательство "Медицина", 2014 г. – С.15.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации»
3. ФГОС по направлению подготовки 060501.62 «Сестринское дело» квалификация (степень) бакалавр, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «24»декабря 2010 г. № 2057

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Миронец А.В., Савченко Н.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Рак почки (РП) занимает одно из ведущих мест по темпам прироста среди онкоурологических заболеваний. Рак почек относится к агрессивным и непредсказуемым в своем течении злокачественным опухолям. Течение этого заболевания таково, что у 25–50% больных на момент установления диагноза уже определяются метастазы, приблизительно у половины пациентов болезнь приобретает системный характер в разные сроки после оперативного лечения. При первичном обращении у 25 - 30% больных имеются отдаленные метастазы, а после хирургического лечения больных с локализованной и местнораспространенной стадиями заболевания вероятность возникновения рецидива и метастазов составляет 20 - 30%. Наиболее часто метастатические очаги обнаруживают в легких, лимфатических узлах, костях, печени, надпочечниках, контралатеральной почке и головном мозге.[2]

Большинство опухолей, ограниченных почкой, остаются бессимптомными и не пальпируемыми, до тех пор, пока новообразование не достигнет больших размеров и не распространится на соседние анатомические структуры. Длительное бессимптомное течение обусловлено большим объемом забрюшинного пространства и значительным количеством паранефральной жировой клетчатки. В связи с длительным отсутствием жалоб, пациенты поздно обращаются за медицинской помощью, что плохо сказывается на результатах лечения. Около 50% опухолей почки выявляются случайно в бессимптомной стадии, в связи, с чем их называют «radiologiststumor». Среди случайно выявленных опухолей 85% составляют локализованные формы, тогда как при наличии

клинических симптомов ограниченными почкой оказываются только 40–45% новообразований.

Показатели общей выживаемости больных диссеминированным РП не превышает 13 месяцев, 5-летняя выживаемость – не более 5%, поэтому проблема лечения данной группы больных крайне актуальна.[1]

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры при лечении пациентов с раком почек.

Объект исследования – пациенты с раком почек.

Предмет исследования - алгоритм действий медицинской сестры при лечении пациентов с раком почек.

Методы исследования:

-теоретические: анализ, систематизация, обобщение научных источников по изучаемой теме;

-эмпирические: наблюдение, анализ медицинской документации, анкетирование.

- методы анализа и интерпретации полученных данных.

База исследования: Клинический онкологический диспансер №1 г. Краснодара.

Теоретическая актуальность данной работы связана с тем, что содержит информационную базу для планирования сестринских вмешательств при основных проблемах пациента, нуждающегося в паллиативной помощи, и членов его семьи. Проанализированы и структурированы основные аспекты деятельности медицинской сестры по оказанию помощи при лечении рака почки.

Практическая значимость работы определяется тем, что более детальное изучение этиологии, клинической картины заболевания, методов обследования, особенностей сестринского процесса и ухода за пациентами с раком почки позволит повысить качество работы медицинской сестры и будет реализована на практике.

Краевой клинический онкологический диспансер Департамента здравоохранения Краснодарского края – ведущий центр по лечению пациентов с онкологическими заболеваниями в Южном федеральном округе. Он координирует деятельность онкологических служб Краснодарского края. В онкологическом диспансере используются высокие технологии: ультразвуковые и аргоновые скальпели, эндоскопические операции, электрохимический лизис опухолей. Применяется единственная в крае фотодинамическая диагностика опухолей мочевого пузыря. Активно используется малоинвазивная щадящая техника: резектоскопия для удаления опухолей мочевого пузыря и предстательной железы, смотровая и операционная цистоскопия, гибкая цистоскопия с фиброволоконной оптикой, пункционная биопсия опухолей под УЗИ-наведением. Специалистами онкоурологического отделения выполняется весь спектр открытых радикальных и циторедуктивных операций пациентам с онкологической патологией мочеполовой системы. Лечение онкоурологического пациента проводится с использованием современных достижений хирургии, радиологии, химиотерапии, реабилитации.

Проведено исследование 30 историй заболевания пациентов с местно-распространенным раком почек, госпитализированных в онкоурологическое отделение Краснодарского краевого клинического онкологического диспансера. В процессе исследования были проанализированы данные исследований больных, оценен характер оперативного вмешательства, изучены сопутствующие заболевания.

Для исследования была разработана анкета, которая заполнялась пациентом самостоятельно и включала вопросы, касающиеся выявления факторов,повышающих или снижающих риск развития рака почки.

Почечно-клеточный рак является химио-и гормонрезистентной опухолью.

Ишемия паренхимы почек и паранеопластический синтез биологически активных веществ являются основными факторами патогенеза симптомов рака почки. Для почечноклеточного рака характерна классическая триада ренальных симптомов - гематурия, пальпируемое образование в подреберье, боль в поясничной области и (или) подреберье на стороне поражения.[3]

Хирургическое лечение занимает одно из ведущих мест в помощи больным распространенным раком почки. У пациентов с неоперабельной опухолью в ряде случаев с симптоматической целью показана эмболизация почечной артерии.

Паллиативная и симптоматическая терапия являются неотъемлемыми видами лечения больных раком почки. Своевременное целенаправленное применение паллиативного и симптоматического лечения позволяет в ряде случаев продлить жизнь больным и значительно улучшить ее качество.

В ходе проведения исследования было установлено, что на ранних стадиях рак почки редко сопровождается жалобами и диагности-

руется в большинстве случаев случайно, что указывает на возможный почечно-клеточный рак.

Основными симптомами при раке почки являются: кровь в моче (в результате чего моча приобретает цвет бледно-красного до насыщенно красного); осязаемое уплотнение в брюшной полости сбоку; непрекращающиеся боли в спине или боку; потеря в весе, анемия, перемежающаяся лихорадка или потливость, повышенная утомляемость.

Анализ статистических данных по распространенности заболевания показал, что самый высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями почки среди федеральных округов в 2014 году отмечался в Приволжском ФО, в Центральном и Северо-Западном федеральных округах. Самый низкий уровень рака почки – в Северо-Кавказском федеральном округе.

Мужчины в два раза чаще болеют раком почки. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет; при наследственном характере патогенеза рак почки может возникать существенно раньше, зачастую у людей моложе 40 лет.

Профилактика злокачественных заболеваний почек имеет первостепенное значение для предотвращения заболевания. Снизить вероятность возникновения этой онкологической патологии позволяет соблюдение следующих рекомендаций: отказ от курения; рациональное питание; активный отдых; регулярный прием прописанных препаратов: систематическое использование антигипертензивных лекарственных средств позволяет избежать поражения почек при гипертонической болезни; избегание контакта с химикатами, используемыми в быту и на производстве; использование средств индивидуальной защиты (маски, респираторы, защитные костюмы).

Своевременное проведение лечебных и сестринских мероприятий помогает максимально продлить и даже спасти жизнь пациенту, заболевшему раком почки.

Литература:

1.Носов А.К. Клинические проявления, диагностика и стадирование рака паренхимы почки. Практическая онкология.- 2011, Т.6, № 3.- С. 148-153.

2. Онкоурология: национальное руководство / Под ред. Чиссова В.И., Алексеева Б.Я., Русакова И.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с.: ил.

3. Опухоль почки: учебно-методическая разработка для студентов / Под ред. Проф. Ю.Г. Аляева.- Москва, 2011.

СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ

Мороз В.А., Аверкина Т.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия.

Актуальность исследования. Женщина на протяжении долгих столетий была хранительницей домашнего очага, в то время как всё, что имело отношение к внешнему миру, брал на себя мужчина. Это, естественно, давало ему право считать женщину намного ниже себя по статусу. Но в наше время технологического прогресса, научных открытий и феминизма ситуация кардинально изменилась. Женщина в современном обществе имеет совсем иной статус и призвание, у нее появились другие ценности и потребности, которые заставляют пересмотреть взгляды на женскую роль в сегодняшнем мире.

Роль женщины в современном обществе уже не ограничивается выполнением обязанностей по дому, уходом за детьми, их воспитанием и служением законному супругу. Теперь такая позиция считается устаревшей, и женщины, все еще выбирающие ее, воспринимаются как сторонницы консервативных убеждений, которые чуть ли не добровольно отдают себя в рабство мужчине. На самом деле такой подход ошибочен в конкретных ситуациях, когда представительница слабого пола видит свое призвание в сохранении семейных ценностей и не стремится отделять свои собственные достижения от успехов супруга. Ведь воплощение личных амбиций, карьерный рост и статус независимости хотя бы в финансовом плане прельщают далеко не всех и по сей день. Многие женщины не выделяют данные критерии самоцелью, предпочитая всецело служить семье. Но тут выступает другая крайность, поскольку положение женщины в современном обществе сегодня рассматривается не только в качестве домохозяйки, верной жены и хорошей матери. Часто получается, что родные и близкие девушек, а в первую очередь их родители, еще с подросткового возраста внушают им, что в жизни главное – не крепкая семья, а устойчивый социальный статус. Следовательно, прежде чем посвящать себя браку, нужно

прочно стоять на ногах и быть независимой в финансовом плане. Доводами в данном вопросе выступают предостережения, что если вдруг супруг покинет семью, если дети останутся без отца, если случится еще что-то страшное, женщина должна быть к этому готова. На самом деле положение женщины в современном обществе предполагает подобные опасения, ведь сегодня развод не считается чем-то предосудительным или катастрофическим. Так что вероятность разрушения брачных уз растет с каждым годом: люди становятся категоричнее и зачастую не желают терпеть даже малейших неудобств в брачном союзе.

Получается, что задача женщины в современном мире – это в первую очередь достижение успехов в работе, карьерный рост, материальная независимость и лишь потом статус жены и матери. Таким образом, происходит так называемая переоценка ценностей, что в свою очередь приводит к переосмыслению значения семьи и супружеских отношений в жизни слабого пола.

В связи с тем, что социальная роль женщины в современном обществе за последние десятилетия претерпевает радикальные изменения, естественно, меняются также статусы представительниц слабого пола. Так, психологи-современники склонны рассматривать следующие основные категории женщин: лидеры, карьеристки, домохозяйки, обладательницы свободных профессий. Женщины-лидеры по чертам характера во многом напоминают мужчин: они целеустремленные, уверены в собственных силах и всего добиваются самостоятельно, не надеясь на чью-либо помощь. Самореализация – это главная цель карьеристок, которые на первое место всегда ставят работу и достижение успехов в карьере. Только после таких результатов они могут себе позволить размышлять о создании семьи и планировании детей. Статус женщины в современном обществе, которая выбрала роль домохозяйки, как правило, рассматривается сегодня не с лучшей стороны.

Изучение роли женщины в обществе необходимо будущим специалистам, призванным активно заниматься разрешением широкого спектра социальных проблем как в общем, так и на индивидуальном, частном уровне. Полученные знания будут способствовать формированию не только профессиональных, но и нравственных качеств студентов.

Многие исследователи отмечают, что мужчина становится мужественным, а женщина — женственной в процессе усвоения ими соответствующих ролей, принятых в данном обществе. Однако было бы нелепым полагать, что роль — это исключительно социальный норматив, внедренный в сознание индивида. Во многом она определяется и неосознаваемыми мотивами поведения, различными у мужчин и женщин.

В научный оборот термин «роль» ввели в 1920–1930-е гг. Дж. Мид и Р. Линтон. Дж. Мид при изложении своих концепций применял этот термин, когда развивал идею «принятия роли другого», для объяснения акта взаимодействия индивидов в процессе речевой коммуникации. Фактически понятие роли было взято из сферы театра, где оно использовалось как метафора для обозначения ряда феноменов социального поведения.

Статус, по мнению Р. Линтона, — это то место, которое индивид занимает в данной системе. А понятие «роль» используется учёным для описания всего разнообразия культурных образцов поведения, связанных с определенным статусом. Роль, таким образом, включает установки, ценности и поведение, предписываемые обществом для каждого, имеющего определенный статус. В связи с тем, что роль представляет собой внешнее поведение, она является динамическим аспектом статуса, т. е. тем, что индивид должен сделать для оправдания занимаемого им статуса [1].

Социальная роль представляет собой функцию разноуровневых явлений объективного и субъективного порядка, которые находят отражение в ролевом поведении личности [1].

Положение женщины в обществе постоянно привлекало внимание научной мысли.

Значительный вклад в определение роли места женщины в обществе внес А. Бебель. В своей книге «Женщина и социализм» он дал глубокий анализ путей социального освобождения женщин, необходимости ей заниматься творческой деятельностью.

В современном обществе, постоянно претерпевающем изменения в сфере социума и культуры, «женский вопрос» чрезвычайно актуализировался: положение женщины все более зависит от ситуации в обществе, от того, как быстро и успешно идет социально-культурная реформа и реформа правовых аспектов жизни, развитие светских начал внутри института семьи.

Говоря о социальной роли современной женщины, американский социолог Э. Боулдинг отмечает, что эта роль связана больше с «изнанкой» общества, а не с «лицевой» его

стороной. Сохраняется дискриминация женщин в латентной форме, следствием которой выступают устойчивые представления о том, что положено, «дозволено» женщине в обществе. Они являются барьерами в сознании и поведении людей, причиной неравенства социальных позиций мужчин и женщин [2].

Современные тенденции социально-культурного развития общества, характеризующиеся глобальностью и социальной насыщенностью, динамичностью и самое главное – формированием нового, отвечающего запросам общества статуса женщины, предоставили возможность иначе оценить её роль в обществе. Семья - институт чрезвычайно консервативный, изменений в нем происходит сравнительно мало. Главным изменением, которое произошло в российской семье за последнее время, по словам О. Здравомысловой, является позиция женщины. Ее все возрастающую общественную и профессиональную активность называют иногда «тихой революцией XXI века» [4].

В современной России наметилась и бурно развивается новая для нее тенденция — женская эмансипация. Интересно, что женщины, имеющие традиционную семью, оказываются более успешными в бизнесе, чем одинокие.

Новые типы женщин значительно изменили социально-демографическую структуру общества. Появление их доказало, что за прошедшие годы традиционные представления россиян о счастье и процветании для молодой женщины радикально изменились.

Велика роль женщины и в науке. Поскольку мужчины и женщины по-разному воспринимают мир, их научные открытия отражают разное восприятие действительности, и необходимо учитывать эти особые женские качества.

В настоящее время наиболее популярной становится такая модель семьи, где женщина также как и мужчина, ставит на первое место карьеру и лишь потом семью. Второе на что стоит обратить внимание, затрагивая роль женщины в социуме — это то, что женщина стремится к финансовой независимости.

Согласно данным, опубликованным Всероссийским центром изучения общественного мнения по проблеме «Социальная роль женщины в современном обществе», большая часть опрошенных респондентов полагают, что права мужчин и женщин равны, и каждый из них должен обладать правом на свободу выбора и деятельности, а также распределение семейных обязанностей (63% опрошенных респондентов). Между тем, 33% респондентов отмечают, что возрастает уровень дискриминации прав женщин в профессиональной сфере. 46% опрошенных полагают, что в сфере власти недостаточное количество женщин, это выступает причиной дискриминации статуса и социальной позиции женщины. 61,5% респондентов склонны доверять и искать поддержки в лице специалиста-мужчины, нежели женщины, что объясняется наличием более высокого уровня управленческих и профессиональных качеств у мужчин, нежели женщин-специалистов. Тем не менее, 70,2% опрошенных утверждают, что лучшая реализация для женщины – следовать своему естественному предназначению, рожать и воспитывать детей, хранить семейный очаг [7].

Особо стоит отметить, что сегодня женщина не может позволить себе ограничиться лишь одной социальной ролью, будь то мама или бизнес-леди. Наиболее приемлемо сочетание ряда статусных позиций, ролей как на уровне института семьи, отношений внутри семьи, так и внутри общества как макроинститута. Современная женщина стремится гармонично сочетать и успешно реализовывать те социальные роли, которые для неё важны и интересны.

Радикальные социокультурные трансформации в институте семьи, в первую очередь, повлияли на такие демографические показатели, как состояние брака и семейных отношений, на сферу отношений между супругами, распределение и достижение статусно-ролевых позиций.

За последние 3 года наиболее распространенными гендерными стереотипами выступают:

«женщина более адаптирована к умственному и физическому труду, нежели мужчина» (63,2%);

«самореализация и личностный рост современной женщины полностью зависимы от ее продвижения по карьерной лестнице» (50,4%);

«социальная роль современной женщины в большей степени сводится к профессиональной самореализации, нежели к семейным ролевым позициям» (30,8%);

«в ценностной иерархии современной женщины доминирует карьерный рост и материальная стабильность» (10,5%);

«современная женщина вступает в брак по достижении 25-30 - летнего возраста» (48,1%);

«современная женщина ценит свободу прав и обязанностей» (10%);

«у современных женщин чаще от 1 до 2 детей, за редким исключением - детей нет» (52%) [6].

Социокультурные изменения статусно-ролевых позиций женщины, так или иначе, затрагивают семью, преломляются в ее ценностных ориентациях, которые в настоящее время характеризуются возрастанием сложности, разнообразия. Несмотря на это, традиционные статусно-ролевые позиции женщины остаются доминирующими, создающими атмосферу благоприятного развития и самореализации личности женщины в поле современной социальной действительности.

Для проведения эмпирического исследования нами были выбраны следующие методики:

1. тест «Кто я?», состоящий из двадцати высказываний (М. Кун, Т. Макпартленд в модификации Т.В. Румянцевой);
2. опросник С. Бем по изучению маскулинности и феминности [5, 3].

Результаты исследования по методике «Кто я?» показали, что ответы студенток совершенно разные, и это говорит о том, что каждая из них выбирает, или уже выбрала свою индивидуальную жизненную позицию. Среди ответов студенток ярко проявлены социальные роли и индивидуализированные характеристики.

Социальные роли были распределены следующим образом:

1) гендерные роли, включающие семейный статус личности:

Бакалавры:	Клинические психологи:
дочь- 12 (80%)	дочь- 9 (60%)
девушка- 8 (53.3%)	девушка- 8 (53.3%)
будущая мать- 5 (33.3%)	будущая мать- 3 (20%)
сестра - 4 (26.6%)	сестра - 3 (20%)
будущая жена - 3 (20%)	внучка - 1 (6.6%)
хозяйка - 2 (13.3%)	тетя - 1 (6.6%)
	желанный ребенок – 1 (6.6%)

2) профессиональные роли:

Бакалавры:	Клинические психологи:
будущий медработник – 2 (13.3%)	танцор - 2 (13.3%)
повар - 1 (6.6%)	будущий психолог – 2 (13.3%)
	актриса – 1 (6.6%)

3) другие социальные роли:

Бакалавры:	Клинические психологи:
студентка – 11 (73.3%)	студентка – 12 (80%)
личность – 10 (66.6%)	личность – 7 (46.6%)
человек - 9 (60%)	человек – 15 (100%)
друг - 9 (60%)	друг - 3 (20%)
староста - 1 (6.6%)	староста - 1 (6.6%)
соседка - 1 (6.6%)	индивид - 2 (13.3%)
	подросток - 1 (6.6%)

Индивидуализированные характеристики представлены:

1) определения, раскрывающие особенности и качества личности:

Бакалавры:	Клинические психологи:
красотка - 4 (26.6%)	мыслитель - 2 (13.3%)
истеричка - 2 (13.3%)	красавица - 1 (6.6%)
умничка - 3 (20%)	слушатель - 1 (6.6%)
брюнетка - 1 (6.6%)	активистка - 1 (6.6%)
добрая - 1 (6.6%)	меланхолик - 1 (6.6%)
рыжая - 1 (6.6%)	
хорошая -1 (6.6%)	

5) метафорические определения:

Бакалавры:	Клинические психологи:
Я – это я – 3 (20%)	Я – это я - 4 (26.6%)
никто - 2 (13.3%)	надежда - 1 (6.6%)
зайка - 1 (6.6%)	лист бумаги - 1 (6.6%)
солнышко - 1 (6.6%)	

Таким образом, видим количественное преобладание социальных характеристик над индивидуальными, причём первые позиции в ответах занимали гендерные роли, которые относятся к типу предписанных ролей.

Студенты определяют свою позицию по отношению к системе существующих нормативных предписаний о должном поведении женщин в социуме, что помогает выработать свой стиль поведения в межполовом взаимодействии, конкретизировать ориентиры жизненного пути на основе принятого способа исполнения гендерных ролей.

Гендерные роли, как мы знаем, нормативны, выражают определенные социальные ожидания, проявляются в поведении. На уровне культуры они существуют в контексте определенной системы половой символики и стереотипов маскулинности и феминности.

Традиционные гендерные роли сдерживают развитие личности и реализацию имеющегося потенциала. Эта идея явилась толчком к разработке С. Бэм концепции андрогинии, согласно которой человек, независимо от своего биологического пола может обладать как чертами маскулинности, так и феминности, соединяя в себе как традиционно женские, так и традиционно мужские качества. Это позво-

ляет выделить маскулинную, феминнную, андрогинную модели гендерных ролей.

Исследование феминнных и маскулинных качеств по методике С. Бем показало существенные различия проявления данных качеств в двух группах респондентов:

Бакалавры:	Клинические психологи:
андрогинность – 12 (80%)	андрогинность – 1 (6.6%)
феминнность – 2 (13.3%)	феминнность – 10 (66.6%)
маскулинность – 1 (6.6%)	маскулинность – 4 (26.6%)

Феминностъ, как можно заметить, наиболее выражена у студентов специальности «Клиническая психология», что говорит о наличии покорности, мягкости, исключения насилия. Но и маскулинность тоже проявляется больше у клинических психологов, сигнализируя о силе и агрессии, присущих данной группе респондентов.

Для студенток с ярко выраженными феминнными качествами характерны доброта, мягкость, гуманность, демократизм, уступчивость, чувствительность, застенчивость. Они ближе к природе, отрицательно относятся к насилию, более остро переживают грубость, несправедливость, более отзывчивы к чужим переживаниям; легче поддаются воспитанию, адаптации, менее требовательны к новаторству, более четко определяет свое отношение к семье. Характерна разумная умеренность, стремление к активному общению. Однако они не лишены и негативных качеств, среди которых забывчивость, несдержанность, истеричность, нервозность, ярко выраженное состояние депрессии, вспыльчивость, завистливость, болтливость и др.

Студентки с маскулинными чертами независимы, находчивы, сообразительны, напористы, склонны к риску, изобретательны, умеют адаптироваться к новым условиям, активны в психической деятельности, проявляющейся в стремлении к самоутверждению и самовыражению, их мышление более абстрактно, они в основном ориентируются на работу, учёбу, а не на семью. К негативным чертам следует отнести агрессивность, авантюризм, сарказм, неспособность проявлять эмоции.

Андрогинность, свойственная бакалаврам, проявляется в сочетании психологической маскулинности и феминнности. Считается, что такая гармоничная интеграция маскулинных и феминнных черт повышает адаптивные возможности андрогинного типа. При этом большая мягкость, устойчивость в социальных контактах и отсутствие резко выраженных доминантно-агрессивных тенденций в общении никак не связаны со снижением уверенности в себе, а напротив, проявляются на фоне сохранения высокого самоуважения, уверенности в себе и самопринятия. Бакалаврам в большей мере свойственна ситуативная гибкость (т.е. способность быть настойчивым или центрированным на интересах других в зависимости от ситуации), высокое самоуважение, мотивация к достижениям, субъективное ощущение благополучия. Мы согласимся с Бем в том, что андрогиния, несмотря на скрытые в ней проблемы, дает возможность построить картину утопии, где человеку не нужно отказываться от тех своих качеств и моделей поведения, которые его общество считает несоответствующими гендеру.

Положение женщин является своеобразным барометром, чутко реагирующим на происходящие в обществе демографические, экономические, экологические и политические изменения.

Современная женщина независима во всех сферах жизни: она самостоятельно планирует собственную жизнь, получает высшее образование и право на трудовую деятельность, сама решает выходить ли ей замуж или жить в гражданском браке, она выбирает себе мужчину, имеет право на сексуальную свободу и на контроль над рождаемостью.

Современные девушки потеряли чувство материнства, то что в них было заложено с самого начала. Они поставили на первый план карьеру, а семья для них потеряла смысл. Это опасно тем, что пройдёт деторождаемый возраст – время, которое уже невозможно будет вернуть, и женщина потеряет шанс стать матерью.

Проведённые исследования определяют, что современной девушке важно чётко осознавать свою роль в обществе и следовать ей. Соответственно, в вузе необходимо создать для этого условия, которые помогут студенткам гармонично сочетать и успешно реализовать те социальные роли, которые им важны и интересны.

Литература

1. Андреева, Г.М., Богомолова, Н.Н., Петровская, Л.А. Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: Учебное пособие для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2001.
2. Вейнингер, О. Пол и характер. Принципиальное исследование. – М., 1992.
3. Здравомыслова, О. Статус и карьера женщины в современных условиях. – М., 2000.

4. Зуйкова, Е.М., Ерусланова, Р.И. Феминология: Учебное пособие. – М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2001.
5. Платон. Соч. Т.3. Ч.1. – М., 1971.
6. Пронин, А.А. Положение женщин в современной России: общая характеристика. – М., 2000.
7. Черняк, Е.М. Социология семьи: перспективы развития института. – М., 2000.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мороз В.А., Григорьева Ю.О.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия.

Актуальность исследования. Самооценка личности является системообразующим ядром индивидуальности и во многом определяет жизненные позиции человека, уровень его притязаний; влияет на жизнедеятельность человека и формирование стиля поведения.

Самооценка отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и отношения ко всему тому, что входит в сферу его «Я». В одинаковой ситуации люди с разной самооценкой будут вести себя совершенно по-разному, примут разные решения и по-разному будут воздействовать на развитие событий.

В современном обществе становится всё больше людей, не способных справляться с определёнными жизненными ситуациями, а в основе их слабости лежит неумение адекватно оценивать свои возможности. Это и проблемы в личной жизни, и конфликты в студенческом коллективе, и потеря ощущения счастья и вкуса жизни, и ещё многие другие вопросы, в основе возникновения которых лежит заниженная самооценка.

Сегодня жизнь заставляет проявлять больше инициативности, настойчивости, смелости, уверенности, ответственности, гибкости. Именно эти качества способствуют становлению настоящего профессионала в любой деятельности, поэтому сегодня весьма актуально обращение к развитию данных качеств и повышению самооценки студентов – будущих медицинских работников и клинических психологов, от уровня профессионализма которых, порой, зависит человеческая жизнь.

Таким образом, возникает потребность проведения целенаправленной, постоянной работы над повышением самооценки со студентами разных курсов и специальностей.

Для человека очень важен его собственный взгляд на себя, тем более, что, как правило, человек, особенно молодой, плохо осознает черты собственной личности, свой характер. Помочь разобраться в данном вопросе помогает самосознание личности.

Самосознание, по В.С. Мерлину, – это сложная психологическая структура, включающая в себя в качестве особых компонентов, во-первых, сознание своей тождественности, во-вторых, сознание своего собственного «я» как активного, деятельного начала, в-третьих, осознание своих психических свойств и качеств, и, в-четвертых, определенную систему социально-нравственных самооценок.

По В.В. Столину, образ самого себя формируется в процессе жизнедеятельности как некое психическое образование, позволяющее более адекватно и эффективно действовать [8].

Одна из наиболее известных работ, посвященных Я-концепции, – работа Р. Бернса «Развитие Я-концепции и воспитание». Суммируя опыт многих исследователей, Р. Бернс определяет Я-концепцию как совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженную с их оценкой. Описательная составляющая Я-концепции называются образом Я или картиной Я.

Р. Бернс, определяя Я-концепцию как совокупность установок, направленных на самого себя, выделяет в ней три элемента:

1 .Образ Я - представление индивида о самом себе.

2. Самооценка – аффективная оценка этого представления, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа Я могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением.

3. Потенциальная поведенческая реакция, то есть те конкретные действия, которые могут быть вызваны образом Я и самооценкой [9].

Образ Я включает представление личности о себе, своих физических и психологических особенностях: внешности, способностях, интересах, склонностях, самоуважении, уверенности в себе. Он является центром его внутреннего мира, той «начальной точкой», исходя из которой человек воспринимает и оценивает весь окружающий мир и планирует собственное поведение.

«Я-образ» в целом включает три главных измерения: наличное «Я» (каким человек

видит себя в данный момент), желаемое «Я» (каким хотел бы себя видеть), представляемое «Я» (каким он показывает себя другим). Все три измерения сосуществуют в личности, обеспечивая ее целостность и развитие.

В психологии принято выделять две формы «Я-образа» — реальную и идеальную. «Реальная форма» не значит, что этот образ соответствует реальности. Это представление личности о себе, о том, «какой я есть здесь и сейчас». Идеальный же «Я-образ» — это представление личности о себе в соответствии с желаниями, «каким я хотел бы быть». Эти формы в большинстве случаев различаются.

Самоотношение включает в себя когнитивный, эмоциональный и конативный компоненты. Оно является одним из видов аттитюдов.

В гностическом плане самоотношение «обслуживается» процессами ощущения и восприятия, представления и памяти, мышления и воображения. Процессы восприятия "обеспечивают" субъект необходимой информацией о самом себе. Самовосприятие своей внешности играет большую роль на разных этапах жизни человека, а в некоторых периодах развития личности (например, пубертатном и постпубертатном) его функция интенсифицируется и значительно определяет форму и содержание жизнедеятельности личности. Представление о самом себе выступает необходимым звеном в саморегуляции поведения на личностном уровне человеческой активности. Представляемое "Я" соотносится с задачей конкретной деятельности и соизмеряется с нею, на основе чего субъект вырабатывает определенную стратегию действия [4]. В специфическом человеческом общении роль того, насколько человек может представить себя на месте другого, дает информацию одновременно о состоянии другого и о самом себе. Воспоминание о своих поступках и пройденном жизненном пути, т.е. автобиографическая память, дает необходимый материал для построения образа ретроспективного "Я" ("каким я был").

Посредством операций обобщения, анализа, синтеза, суждения, умозаключения личность вырабатывает устойчивые концепты о самой себе, которые образуют определенную консистентную структуру. Сложные процессы наделения себя определенными свойствами, мотивирование собственного поведения, объяснение другим и себе причин того или иного собственного поступка включается в многогранный процесс самопознания. Ш.А. Надирашвили, опираясь на идею Д.Н. Узнадзе о двух планах психической активности, считает, что теоретическая активность направляется не только на внешний объект, но и на осознание собственных возможностей и особенностей. В результате у личности формируется т.е. психологический автопортрет [7].

Итак, когнитивный компонент самоотношения по тому признаку, какие гностические функции включены в его функционирование, сложное гетерономное образование. При анализе этого компонента не следует упускать из виду одно важное обстоятельство: процессы самоотражения (самосознания и самопознания) сопровождаются самооценкой, вернее, когнитивный компонент самоотношения включает в себя самооценку, ибо задача "работы" самосознания и самопознания заключается не только в том, чтобы принимать себя в расчёт в процессе активности и знать что-то о себе, но и (наверное, в первую очередь) в том, чтобы оценить свои свойства и возможности по определенным критериям ("хороший-плохой", "годный-негодный" и т.д.). Путем процессов самопознания личность стремится понять не только то, кто она есть, но и какова она есть, не только то, что она сделала, но и что и как она может сделать.

Эмоциональный компонент. Человек не только знает что-то о себе, но может любить или презирать себя по поводу знаемого. В.В. Столин [8] выделяет три эмоциональные оси самоотношения: 1) симпатия – антипатия, 2) уважение – неуважение и 3) близость – отдаленность. Интересно, что эти оси, как показал автор, определяют также строение эмоционально-ценностного отношения человека к другому человеку, а их представленность в самоотношении объясняется указанным Л.С. Выготским механизмом перехода интерпсихических отношений в интрапсихическую сферу.

Конативный компонент выступает в качестве внутренних действий в собственный адрес или как готовность к таким действиям: имеются в виду манипуляторно-инструментальное и диалогическое отношения к себе, самоуверенность (отбрасывание сомнений) и самопоследовательность, самоприятие (одобрение самого себя, доверие к себе и самосогласие) и самообвинение, самоснисходительность и самобичевание, самоконтроль и самокоррекция, ожидаемое отношение от других (отбор информации о себе) и самопредставление другому и т.д.

Анализ теоретических источников показал, что в научной литературе нет однозначной трактовки понятия «самооценка».

Под самооценкой понимается оценка личностью самой себя, своих качеств, возможностей и места среди других людей.

Самооценка связана с тем, насколько мы ценим себя, а уверенность в себе относится к нашим действиям и поведению. Поэтому А.А. Козлов определяет самооценку как фундамент уверенности в себе [3].

По мнению большинства исследователей, самооценка отражает качественное своеобразие личности и характер ее взаимодействия с другими людьми.

Куперсмит называет самооценкой отношение индивида к себе, которое складывается постепенно и приобретает привычный характер; оно проявляется как одобрение или неодобрение, степень которого определяет убежденность индивида в своей самоценности, значимости [6].

По мнению Розенберга, самооценка отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу его «Я» [5]. Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности.

Самооценка одновременно выступает как компонент самосознания и как важнейшее личностное образование; понимается как отражение человеком знаний о самом себе разной степени осознанности, дифференцированности, обобщенности, связанное с его индивидуальными особенностями.

Индивид оценивает себя двумя путями:

1) путем сопоставления уровня своих притязаний с объективными результатами своей деятельности;

2) путем сравнения себя с другими людьми.

В психологии величина самооценки определяется как отношение уровня притязаний к уровню возможностей. Эту величину в свое время вывел величайший английский философ и психолог У. Джеймс.

Самооценка = Уровень притязаний / Уровень возможностей

Идея связи результатов собственной деятельности, образцов или критериев, по которым оценивается этот результат, и самоотношения субъекта нашла свое выражение в известной «формуле» У. Джеймса, согласно которой самоуважение прямо пропорционально успеху и обратно пропорционально притязаниям, т.е. планируемым успехам, которых индивид намеревался достичь [2]. Формула свидетельствует, что стремление к повышению самооценки может реализовываться двумя способами. Человек может или повысить притязания, чтобы пережить максимальный успех, или снизить их, чтобы избежать неудачи. В случае успеха уровень притязаний обычно повышается, человек проявляет готовность решать более сложные задачи, при неуспехе — соответственно, снижается.

Самооценка является «стержнем» саморегуляции на всех этапах ее осуществления, включается в структуру мотивации, определяет направленность саморегулирования, выбор средств и влияет на интерпретацию достигнутого эффекта поведения.

Узнавая себя, мы получаем возможность соотнести представление о себе со своими реальными достижениями, с тем, как видят нас другие люди. И тем самым сделать свою самооценку адекватной. Познать себя и оценить – значит открыть пути для изменения, совершенствования.

Самооценка обязательно должна быть критичной. Не в том смысле, что себя обязательно нужно критиковать и находить всегда и во всем недостатки. Оценивая себя в соотношении с другими, важно объективно и непредвзято (то есть критично) посмотреть на самого себя. Видеть свои сильные стороны и относиться к ним с уважением, использовать их в своей жизни.

Известный психолог Р.М. Грановская, изучая роль адекватной самооценки в жизни подростков и юношей, указывала, что положительно оценивающий себя человек обычно благосклонно и доверчиво относится к окружающим, тогда как низкая самооценка (самоуважение) чаще сочетается с отрицательным отношением к другим людям [1].

В эмпирическом исследовании приняло участие 30 студентов МАОУ ВПО «КММИВСО» в возрасте от 18 до 35 лет. 100% респондентов - девушки.

С помощью методики С.Р. Пантелеева были выявлены структуры самоотношения личности студентов. Анализ результатов исследования показал, что лишь 56% респондентов считают себя достойными уважения и любви окружающих, вне зависимости от успехов, которые они демонстрируют; высоко оценивают свой духовный потенциал, богатство своего внутреннего мира, склонны воспринимать себя как индивидуальность и высоко ценить собственную неповторимость. Уверенность в себе помогает противостоять средовым воздействиям, рационально воспринимать критику в свой адрес. 44% респондентов отра-

жают избирательное отношение к себе, склонны высоко оценивать одни качества и недооценивать другие, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личной несостоятельности. недооценки своего духовного «Я». Неуверенность в себе ослабляет сопротивление средовым влияниям. Повышенная чувствительность к замечаниям и критике окружающих в свой адрес делает человека обидчивым и ранимым, склонным не доверять своей индивидуальности.

По шкале «Самопринятие» всего 25% респондентов имеют положительное отношение к себе, склонность воспринимать все стороны своего «Я», принимать себя во всей полноте поведенческих проявлений. 75% продемонстрировали негативный фон восприятия себя, склонность воспринимать себя излишне критично; симпатия к себе недостаточно выражена, проявляется эпизодически.

С помощью методики «Экспресс диагностика уровня самооценки личности» мы оценили самооценку студентов. В качестве основного критерия оценки выступала система личностных смыслов студентов.

Анализ результатов исследования показал, что: средний уровень самооценки имеют 33% респондентов; низкий уровень – 56%; очень низкий уровень – 11%.

Низкая самооценка 77% респондентов обеспечивает нестабильность личности, что не может являться толчком к развитию личности. Подобное отношение к себе в итоге приведёт к постоянному внутреннему и/или межличностному конфликту. Адекватная самооценка поддерживает достоинство 33% студентов и дает им нравственное удовлетворение. Положительное отношение к себе ведет к гармоничности духа, обеспечивающей разумную уверенность в себе.

С помощью проективной методики «Автопортрет», предложенной в книге Е.С. Романова и С.Ф. Потемкина, мы выявили, что всего 7% респондентов имеют нормальную самооценку.

Данные эмпирических исследований говорят о необходимости системной работы со студентами по разработанной нами программе повышения самооценки, которая должна проводиться на 1-3 курсе обучения.

В программе предлагаются самостоятельные виды работ (индивидуальные задания по работе с литературой, упражнения для самоисследования и саморефлексии) и групповые виды работ (тренинговые занятия, игры и упражнения с последующей рефлексией).

Проводить тренинговые занятия со студентами разных специальностей целесообразно на первом курсе – 2 раза в месяц, на втором и третьем – 1 раз в месяц; также необходимо контролировать выполнение самостоятельной работы в специально заведённой тетради, периодически проводить мониторинг уровня самооценки студентов.

Программа «Посмотри на себя другими глазами» разделена нами на модули:

знакомство с собой;

целеполагание;

работа с ограничениями;

шаги к уверенности;

поиск ресурсных состояний.

Предполагается выдавать студентам задания по самонаблюдению, определению целей (по Брайан Трейси), составлению списка из 101 цели, вопросы для самопознания; использовать упражнения «Здравствуй, сказка», «Чемодан», «Продемонстрируйте свои способности», «Поиск своей миссии», «Подойди и возьми», «Игра с внутренней бесконечностью», «Сильные стороны» и другие; проводить духовные разминки «Цели» и «Ценности».

Мы убеждены, что только комплексный подход к проблеме, а именно сочетание разных видов работ и разных техник и методик, будет являться эффективным в повышении уровня самооценки студентов.

Литература:

1. Вачков И.В., Битянова М.Р. Я и мой внутренний мир. Психология для старшеклассников. - СПб.; Питер; 2009.
2. Джеймс У. Психология. – М., 1991.
3. Козлов А.А. Как повысить самооценку. – СПб.: Речь, 2009.
4. Левин К., Дембо Т., Фестингер Л., Сирс П. Уровень притязаний. – В кн.: Психология личности. Тексты. – М., МГУ, 1982.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 3-е изд. – М, 2000.
6. Психология самосознания. Хрестоматия – Самара, 2003
7. Сарджveладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. - Тбилиси: «Мецниереба», 1989.
8. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983.
9. Физиологическая генетика и генетика поведения. - Л., 1981.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Мороз В.А., Антюшина Т.Ю.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинскийинститут высшего сестринского образования».
Краснодар, Россия.

Актуальность исследования. Становление личности неразрывно связано с обществом, в котором она живет, с той системой отношений, в которые личность вовлекается. Следовательно, социум влияет на личность и в значительной степени определяет то, каким она станет в будущем.

Взаимоотношение осуществляется в форме деловых и личных взаимоотношений и предполагает «взаимную связь». Оно реализуется в общении и в то же время накладывает отпечаток на общение, служит своеобразным его содержанием.

В студенческой среде складывается определенная система межличностных отношений, формируются малые (неформальные) группы. Взаимоотношения в таких группах имеют свои особенности: небольшое количество людей, что даёт возможность проявления тесных личных контактов, непосредственных связей «лицом к лицу»; отношения складываются на основе чувства симпатии, единства интересов и увлечений, общих черт характера и поведения; в группе возникают традиции, правила, обязанности и санкции.

Среди широкого спектра потребностей особенно значимой выступает потребность в общении как одна из составляющих культуры общения личности. В общении человек познает не только других, но и себя, овладевает опытом социальной жизни. Потребность в общении способствует установлению многообразных связей с людьми, стимулирует обмен знаниями и опытом, чувствами и мнениями и может проявляться в форме частной потребности в друге, дружеских связях на фоне коллективных взаимоотношений; является источником активности личности [4].

Общение студентов – это обмен духовными ценностями, который происходит в форме диалога личности как с «другими Я».

Современное образование не способствует в должной степени развитию между студентами сплоченности, характеризующейся высокой организованностью, ответственной зависимостью, богатством духовных отношений и интересов, что могло бы обеспечить повышение эффективности межличностного взаимодействия субъектов образования. Поэтому обращение к студенческому коллективу и сложившимся в нём взаимоотношениям является достаточно актуальным.

Часто в группах благоприятная атмосфера складывается лишь к последним годам обучения, и тогда возникает вопрос проведения целенаправленной работы над созданием группы как коллектива, в котором складываются доброжелательные отношения, взаимопонимание, взаимоподдержка и взаимопринятие, начиная с 1 курса обучения.

В трудах А.Н. Леонтьева, личность неотделима от ее деятельности – целеустремленной активности по удовлетворению потребностей. Личность выступает одновременно и как условие, и как продукт деятельности [5]. Поскольку человек одновременно бывает вовлечен в несколько видов деятельности, приходится говорить об «иерархии деятельностей» с непременным выделением «ведущей деятельности», коей в студенческом возрасте является обучение.

По Б.Г. Ананьеву, личность – общественный индивид, объект и субъект исторического процесса. Поэтому в характеристиках личности наиболее полно раскрывается общественная сущность человека, определяющая все явления человеческого развития [1]. В своих трудах автор ставил и решал проблемы формирования человека как личности, образования в ней различных структурных блоков, развития человека как субъекта деятельности, воспитания его индивидуальности, и он неизменно возвращался к категории общения, открывая в нем все новые характеристики и прослеживая их роль во всех перечисленных процессах.

Так как формирование и развитие личности Ананьевым Б.Г. определено совокупностью условий социального существования, следовательно, можем сделать вывод, что если студент большую часть времени проводит в учебной группе, она будет определённым образом влиять на развитие его личности.

Более детально анализируя все основные составляющие общения как психологического процесса, Б.Г. Ананьев, помимо речевых и неречевых средств общения, выделяет в нем внутреннюю сторону — познание участниками общения друг друга, межличностно полученного знания, преобразование внутреннего мира участвующих в общении людей — и указывает на существование постоянных связей между

этими частными по отношению ко всему общению процессами.

Социальное взаимодействие является характерной чертой человеческой жизнедеятельности. Каждый наш день включает множество различных по форме и содержанию типов взаимодействия с другими людьми. Самым общим образом социальное взаимодействие можно определить как «процесс, в котором люди действуют и реагируют на действия других».

Г.М. Андреева интерпретирует взаимодействие как организацию совместной деятельности: в ходе совместной деятельности организуется коммуникация, именно в этом процессе людям необходимо обмениваться и информацией, и самой деятельностью, т.е. вырабатывать формы и нормы совместных действий [2].

Работы В.Н. Мясищева посвящены выяснению того, как влияет отношение к человеку на проявления ума, чувств, воли, всех основных свойств личности у общающихся с этим человеком людей. Так, например, он пишет: «Как противоположно проявляется темперамент во взаимоотношении с любимым или нелюбимым объектом! Бесконечное терпение матери к ребенку, врача к больному является мерой их любви или сознанием долга, а не его темперамента. Наоборот, мы постоянно наблюдаем, как люди, обнаруживая нетерпеливость (а подчас и непонятливость), выражают этим нежелание сдержаться или понять, которое в свою очередь проистекает из отрицательного или враждебного отношения к лицу, с которым они имеют дело. Нетерпение является мерой антипатии, чрезмерного интереса или отсутствия его».

Основная идея В.Н. Мясищева заключается в том, что такие фундаментальные потребности человека, как потребность в труде и потребность в общении, а также такие его личностные свойства, как характер и, в определенной степени, склонности и способности, активно проявляются и развиваются не столько в одностороннем воздействии человека на природу, на вещи и предметы, сколько в двухстороннем взаимодействии людей, накладывающем неизгладимый отпечаток на все стороны формирующейся личности. Одновременно он пытался решить и более трудную научную задачу – вскрыть зависимости между общением и психическими процессами участвующих в общении людей. Исследуя эти зависимости на примере больных неврозами, он ярко описал социально-психологические и дифференциально-психологические механизмы воздействия условий общения на активность, продуктивность и динамику перцептивных, интеллектуальных, мнемических и эмоциональных процессов человека. Ход его рассуждений был таким: при возникновении отклонений во внутренней субъективной основе общения, какой являются отношения, у человека появляется более или менее сильное и устойчивое состояние внутреннего напряжения, которое у разных людей хотя и не одинаково, но обязательно влияет на их восприятие и память, на их мышление и внимание и на их аффективно-волевую сферу [6].

В процессе взаимодействия люди оказывают влияние друг на друга, что отражается на результате совместной деятельности. В настоящее время описывают следующие феномены, возникающие в процессе взаимодействия: социальная фасилитация, социальная ингибиция и эффект Рингельмана.

Д. Майерс рассматривает социальную фасилитацию как тенденцию, побуждающую людей лучше выполнять простые или хорошо знакомые задачи в присутствии других, и как усиление доминантных реакций в присутствии других людей [6]. В переводе с английского facilitate означает «облегчать», «помогать», «способствовать». Фасилитация возникает на основе положительных чувств субъектов взаимодействия по отношению друг к другу и к осуществлению совместной деятельности. Фасилитатором называют человека, положительно влияющего на общий настрой группы и способствующего эффективной деятельности каждого субъекта.

Социальная ингибиция описана Е.В. Андриенко как тормозящее, негативное влияние социальных факторов или конкретного человека на мысли, чувства, активность человека или группы [3]. Данный феномен возникает обычно в условиях негативного отношения субъектов взаимодействия друг к другу. Сопровождается развитием патогенных психических состояний у одного или нескольких взаимодействующих и коммуникативными барьерами. Явление, противоположное фасилитации.

Эффект Рингельмана представлен в трудах С.С. Степанова и заключается в зависимости размера индивидуального вклада в общее дело от количества участников: чем больше людей участвует в совместной деятельности, тем меньше индивидуальный вклад каждого отдельного участника [9].

Какой бы профессией человек ни обладал, он должен понимать людей и уметь к каждому из них подойти. Одним из условий получения именно такого результата является

глубокое знание психологии другого человека - прежде всего его ценностных ориентаций, которые находят выражение в его идеалах, потребностях и интересах, в уровне его притязаний.

Студенческая группа является первой и основной ячейкой, где формируется личность будущего специалиста. Мощное социализирующее воздействие на личность студента оказывает сама студенческая среда, особенности группы, в которой учится студент, особенности других групп и курсов, имеющихся в учебном заведении. В студенческой группе происходят динамичные процессы структурирования, формирования и изменения межличностных, эмоциональных и деловых взаимоотношений, распределения групповых ролей и выдвижения лидеров, и все эти процессы оказывают сильное влияние на успешность студента в учебной деятельности и поведение.

Такие особенности студенческой группы, как однородность возрастного состава (разница в возрасте обычно не более 5 лет), обуславливают возрастное сходство интересов, целей, психологических особенностей, способствуют сплочению группы. Основной вид деятельности студенческой группы — учение, а факторы учебного сплочения слабее, чем производственные, поэтому порой сплоченный коллектив не складывается: каждый сам по себе.

Студенческие группы функционируют как на основе самоуправления через систему формальных и неформальных лидеров, так и подвергаются определенным управляющим воздействиям со стороны преподавателя. Здесь проявляются такие социально-психологические явления, как:

-«коллективные переживания и настроения» − эмоциональная реакция коллектива на события в коллективе, в окружающем мире; коллективное настроение может стимулировать или угнетать деятельность коллектива, приводя к конфликтам, может возникать настроение оптимистическое, безразличное или неудовлетворенности;

-«коллективные мнения» − сходство суждений, взглядов по вопросам коллективной жизни, одобрение или порицание тех или иных событий, поступков членов группы;

-явления подражания, внушаемости или конформизма, явления соревнования — форма взаимодействия людей, которые эмоционально ревностно относятся к результатам своей деятельности, стремятся добиться успеха.

Межличностные отношения связывают, прежде всего, студентов с друг другом. Отношения типа «студент-студент» в вузовской среде относиться к горизонтальному уровню взаимодействия, которое характеризуется интенсивностью неформального общения, удовлетворением психологических потребностей, формированием черт характера и свойств личности.

По данным Е.Е. Сапоговой, общение со сверстниками в студенческом возрасте продолжает выступать средством усвоения молодыми людьми статусов и ролей, отработки коммуникативных навыков и стилей общения в новой социальной среде. Важно также и то, что данное общение выступает разновидностью эмоционального контакта, способствующей осознанию группой своей принадлежности, автономия, эмоционального благополучия и устойчивости [8].

Среди особенностей студенческой группы, влияющих на устанавливаемые в ней межличностные отношения можно выделить следующие:

- цель, состоящая из овладения знаниями, умениями, навыками и подготовки к профессиональной деятельности;
- учеба как основной вид деятельности;
- индивидуальные формы труда;
- отсутствие отношений «по вертикали»;
- относительная возрастная однородность;
- ограниченность периода существования.

Общение со сверстниками в студенческом возрасте продолжает выступать средством усвоения статусов и ролей, отработки коммуникативных навыков и стилей общения в новой социальной среде. Данное взаимодействие выступает разновидностью эмоционального контакта, способствующей осознанию эмоционального благополучия и устойчивости.

Межличностные отношения в группе можно рассматривать в статике, в том виде, в каком они сформировались на данный момент времени, и в динамике, т.е. в процессе развития. В первом случае анализируются особенности существующей системы отношений, во втором – законы их преобразования и развития. Эти два подхода взаимно дополняют друг друга.

Эффективность общения в группе зависит от индивидуально-личностных и социально-психологических условий и предпосылок. К ним в психологии относят: ясное понимание целей общения; наличие соответствующих мотивов; владение средствами общения; сформи-

рованность у студентов навыков и знаний коммуникации.

Важным моментом во взаимодействии, особенно это касается медицинских работников или клинических психологов и пациентов, является развитие эмпатии – способности постижения эмоционального состояния, проникновения – вчувствования в переживания другого человека. Поскольку эмпатия – это не только способ бытия с другими, как отмечает Роджерс, но также и коммуникативный навык, необходимо понимание технологии этого навыка. Базовая эмпатия включает в себя внимательное слушание пациента и последующее сообщение понимания чувств, а также лежащих в их основании переживаний и поведения.

Симпатии и антипатии как важный психологический элемент межличностных отношений действуют на психологический климат группы, особенно, если они возникают между лидерами микрогрупп. Не менее существенно на характер межличностных взаимоотношений влияет положение личности в системе групповых отношений, что характеризуется, прежде всего, ее статусом и выполняемыми ролями.

Изучение микрогрупп в студенческой группе, умение их различать являются неотъемлемой частью работы куратора. Внутри микрогруппы устанавливаются свои нормы и правила групповой жизни, и именно микрогруппа чаще всего выступает инициатором изменения этих групп. Студент, попадающий в новую группу, прежде всего стоит перед выбором микрогруппы, которая бы приняла его и одобрила поведение. Преподаватель в своей работе должен действовать, учитывая реакцию микрогруппы, особенно тех из них, которые занимают главенствующие позиции.

Студенческий возраст, в котором пребывают члены группы — это пора достижений, стремительного накапливания знаний, умений, становления нравственности, обретение новой социальной позиции. В это же время, юношеский возраст характеризуется потерей детского мироощущения и наступает пора сомнений в собственных силах, возможностях, утверждение собственного «Я» в обществе, и взаимоотношений с окружением. На этой почве отношение к коллективу меняется по сравнению со школьными годами, наблюдается избирательность в межличностном общении, критичность по отношению к коллективу. Активность и процесс утверждения своего «Я» среди сверстников затрудняется тем, что он осуществляется на основе однотипных профессиональных интересов.

При исследовании уровня эмпатии у студентов – будущих психологов по методике В.В. Бойко выявлено, что очень высоким уровнем эмпатии обладают 10% респондентов, средним уровнем эмпатии – 60%, заниженным уровнем – 30% респондентов. В основном, студенты способны проникнуть в мир другого человека с сохранением смысловых оттенков и поставить себя на его место, чувствительны к изменениям настроения других. Глубокое и точное понимание другого человека, ощущение его переживаний как собственных, глубокий такт, облегчающий осознание одновременно и своих проблем, несомненно, отразится на личности.

Проведённый опрос о взаимоотношениях в учебной группе показал следующее: 60% респондентов в целом удовлетворены своей группой и сложившимися в ней отношениями, 40% пожелали что-то изменить в отношениях. У 35% завязались дружеские отношения с одногруппниками, 65% общаются со всеми членами группы одинаково, не так близко, но и не отстранённо.

Представим некоторые высказывания респондентов о характере воздействия на них членов группы: «Общаясь со своими одногруппницами, я стала более проницательной. Это помогает мне увидеть истинные эмоции человека»; «Общение с одногруппницей, которая на много лет старше меня, помогло мне развить уважительное отношение к окружающим и к себе. Вне зависимости от званий, статусов, положения и возраста – уважительно относиться нужно ко всем»; «Общение с веселыми членами группы развило во мне умение оптимистично смотреть на многие жизненные ситуации»; «Благодаря своей группе, я научилась слушать и слышать других людей, стала терпимее относится к недостаткам других»; «Общение с группой помогло мне разобраться в себе, открыть для себя то, о чем не догадывалась».

Часть студентов заявила о том, что разочаровалась в людях, увидев их теневую часть, что отразилось на доверительности в отношениях к другим и сформировало презрение к людям, индивидуализм, нежелание проявлять инициативу.

Отметим также, что общение с «конфликтными» студентами из группы привело некоторых респондентов к необходимости развить в себе умение разрешения «сложностей» в общении, а именно: способность видеть ситуацию глазами другого человека, способность доносить свои идеи и быть понятной

другим человеком, умение оценивать ситуацию без эмоций.

Не будем забывать о том, что от характера, особенностей, успешности межличностного взаимодействия зависит самочувствие, психическое здоровье, продуктивность учебной и будущей профессиональной деятельности, степень самореализации студента. Исследование показывает, что в вузе необходимо создавать благоприятный психологический климат, способствующий формированию комфортных отношений в студенческой группе; проводить мероприятия на сплочение студентов, ведь только в коллективе как группе высокого уровня развития создаются наиболее благоприятные возможности для становления лучших черт характера.

Литература:

1. Ананьев Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность. – М.: Директмедиа Паблишинг, 2008.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для вузов. – М., 2003.
3. Андриенко Е.В. Социальная психология. – М., 2000.
4. Белялова М.А., Деды А.А. Теоретическое обоснование коммуникативной компетентности // международный журнал экспериментального образования. 2015.
5. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. – М., 2012.
6. Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. – СПб.: Питер, 2011.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные психологические труды // под ред. А.А. Бодалева. – М., 1995.
8. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. Учебное пособие. – М.: Аспект Пресс, 2005.
9. Степанов С.С. Живая психология. Уроки классических экспериментов. – М., 2004.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Морозова Г.А., Ищенко О.Ю., Ильченко Г.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

По данным ВОЗ ведущее место в патологии детского возраста занимают острые кишечные инфекции (ОКИ). Каждую минуту от них в мире погибает 10 детей, часть из которых умирают от некачественного ухода и ежегодно регистрируется в мире до 1,2 млрд. кишечных заболеваний. Поэтому от эффективности организации работы при уходе за детьми с острыми кишечными инфекциями средним медицинским персоналом при своевременной постановки диагноза зависит исход заболевания.

Цель работы - изучение теоретических и практических аспектов сестринской деятельности при уходе за детьми с острыми кишечными инфекциями.

Исходя из поставленной цели, вытекают следующие задачи:

1. Определить и охарактеризовать основные виды острых кишечных инфекций у детей;
2. Изучить особенности ухода и наблюдения за детьми с ОКИ.
3. Систематизировать основные принципы работы медицинских сестер отделения воздушно-капельных инфекций ДИБ города Краснодара.
4. Проанкетировать родителей этих детей на предмет знаний особенностей ухода у данной категории пациентов.
5. Исследовать мнение медицинских сестер о необходимости создания памятки по уходу за детьми с ОКИ.
6. Сделать выводы и предложения по теме исследования.

Исследование показало, что в ЦРБ продолжает увеличиваться количество исследований на возбудителей острых кишечных инфекций в 1,3 раза или на 33%, по сравнению с 2011 годом.

Из проведенных лабораторных исследований по количеству выделенных культур неизменными лидерами остаются сальмонеллы и различные энтеропатогенные кишечные палочки, которые представлены. Как видно, в общее количество выделенных патогенных микроорганизмов изменилось не значительно, увеличение было лишь на 3,5%. В динамике рост превалирует у ЭТЭ и ЭИЭ. Особенно их количество сильно увеличились в 2012 году на 114% по сравнению с 2011 г. И сальмонеллез в 2014 г. примерно на 42,1%, кампилобактерии – на 216,7% по сравнению с 2011 г.

Как видно из приведённых данных большинство составляют Salm. гр. D 82%, 80% и 67% за три года.

Серологическая группа D оказалась доминирующей и была представлена только одним серологическим вариантом – Salmonella

enteritidis. Частоту регистрации сальмонеллеза, в группе детей можно объяснить тесным общением детей этой возрастной группы в организованных коллективах и их низкой самоорганизацией. Заболевание протекает в локальной форме гастроэнтерита, ведущий синдром - диарейный.

Анализ нормативно – правовой базы деятельности ЦРБ и экономические показатели деятельности больницы показали, что поступления средств в 2014 году увеличились на 9% по субсидиям на выполнение государственного задания, а также на 15% увеличились доходы от оказания платных услуг, при этом целевые субсидии уменьшились на 74% - в связи с окончанием участия в программе «Модернизация здравоохранения».

Для проведения эмпирического исследования были выбраны два отделения инфекционное и педиатрическое. Мощность инфекционного отделения для взрослых -10 коек, а для детей -20, в педиатрическом отделении – 25 коек. Полученные данные говорят о большом потоке больных в данных отделениях. При этом показатель работы койки во взрослом инфекционном отделении соответствует норме, а показатель в детском и педиатрическом отделении – выше. Что говорит о повышенной нагрузке на мед. персонал и можно объяснить нехваткой коек для данного контингента пациентов.

Укомплектованность инфекционного отделения средним медперсоналом составляет 55%, младшим медперсоналом составляет 51,8%. Укомплектованность средним медперсоналом педиатрического отделения составляет 84%, младшим медицинским персоналом 91,3%. Укомплектованность врачами составляет 80,9%. В структуре преобладают высшая и первая категории, что показывает высокий профессионализм мед. персонала и значит высокое качество предоставляемых услуг.

Большинство респондентов медработников, участвующих в исследовании, в возрасте от 20 до 40 лет – 80%. При этом повышают свою квалификацию самостоятельно 70% сотрудников, путем чтения медицинской литературы: используя журналы «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Здравоохранение». У 30% причиной отсутствия тяги к знаниям названна причина «недостаток новых изданий по уходу за детьми с инфекционной патологией». Поэтому можно заключить, о необходимости создания памяток для медицинских сестер по уходу за больными. И с этим согласны 90% сотрудников.

С целью изучения проблем пациентов детского инфекционного отделения было проведено сплошное исследование на базе Усть-Лабинской РЦБ родителей детей находящихся в детском и инфекционном отделении. В анкетировании (анонимно) приняли участие n= 30 родителей детей.

Большинство детей респондентов, лежащих в отделениях, соответствуют возрасту от 1 года до трёх – 56,7% и дети первого года – 36,7%. По составу семьи: у 18 человек семья полная – 60%, остальных воспитывали один родитель или опекун. По условиям жилья: большинство 16 семей – 53,3% проживают в отдельной квартире остальные в коммунальной или общей квартире.

Проблему с тошнотой и рвотой имеют большинство детей 30 человек, из них 28 человек имеют сопутствующую лихорадку и 37 диарею. При этом страх и слабость испытывают 23 человека. Большинство 21 испытывают дискомфорт.

Опрошенные – 90%, удовлетворены уходом и мед. помощью которую им предоставляют в отделение. Этот показатель так же говорит о хорошем качестве предоставляемых услуг.

Проблему связанные со стрессом, дефицитом знаний о заболеваемости, и уходом за ребенком отметили большинство – 26 человек.

В результате проведённого исследования полученные следующие результаты:

Анализ двадцати современных источников литературы выявил, что в настоящее время заболеваемость кишечными инфекциями в России остается достаточно высокой. Острые кишечные инфекции занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости, особенно среди пациентов детского возраста.

Особенности ухода и наблюдения за детьми с острыми кишечными инфекциями влияют на сестринский процесс в детском инфекционном отделении медицинская сестра должна знать анатомо - физиологические и психологические особенности детей, универсальные потребности ребенка в различные периоды детства, проблемы, возникающие при заражении кишечными инфекциями, и основные симптомы и синдромы, сопровождающие заболевание.

Систематизация основных принципов работы медицинских сестер отделения, проведённое исследование проблем пациентов с острыми кишечными инфекциями путем анкетирования родителей, мнения медицинских сестер позволило выявить, что основными

особенностями сестринского ухода у детей с острыми кишечными инфекциями являются:

- строгое выполнение врачебных назначений;
- необходимая подготовка к лабораторным и инструментальным методам исследования;
- разъяснение и убеждение в необходимости проведения исследований;
- соблюдения всех врачебных назначений и динамическое наблюдение за ребенком;
- соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении: обеспечение инфекционной безопасности для родителей, персонала пациентов;
- оценка состояния ребенка при каждом контрольном посещении и поддержание его положительного эмоционального состояния;
- установление с ребенком и его родителями доверительных отношений;
- поддержка родителей на всех стадиях развития заболевания
- восполнение дефицита знаний родителей о причинах заболевания, факторах риска, особенностях течения и др.
- обучение родителей приемам профилактики кишечных инфекций формирование здоровых привычек не только ребенка, но и всей семьи.

Предложения:

Для улучшения качества оказываемой сестринской помощи необходимо ввести в штатное расписание отделения острых кишечных инфекций 4,5 ставки медицинской сестры процедурного кабинета.

Обеспечить отделение перфузорами для проведения инфузионной терапии с целью дозированного введения инфузионных растворов и соблюдения скорости инфузии.

Создать методические рекомендации с актуальными результатами исследований по проблеме ухода за пациентами детского возраста в инфекционном отделении.

Литература:

1. Двойников С.И., Жилина Л.С. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ - инфекции и эпидемиологии: Учебное пособие. - М.: АНМИ, 2012. - 284 с.
2. Детские болезни: Учебник /Под ред. А.А. Баранова и Г.А. Лыскиной/. - М.: Медицина, 2010. год 529 - 535 с.
3. Ищенко О.Ю., Савощенко И.В. Оценка эффективности деятельности нефрологического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения [Журнал] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М.: Медицина, 2014 г. - № 1. С. 29-32.
4. Справочник медицинской сестры. - М.: Издательство Эксмо, 2012. - 896 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КУРСАНТОВ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Науменко Н.П.
ФГКВОУ ВО "Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков"
Краснодар, Россия

В связи с реформированием высшего профессионального образования в настоящее время разрабатываются новые подходы к подготовке специалистов различных областей, в том числе и в высших военных образовательных учреждениях.

Огромную роль в этом вопросе играет организация самостоятельной работы курсантов под руководством преподавателя как во внеурочное время (в часы самоподготовки), так и во время занятий.

Будущий специалист должен быть способен к коммуникации на английском языке и работе в международной среде. А это, как отмечает Зимняя И.А., «не просто накапливание языкового материала в результате подбора лексических единиц, ситуаций и усвоения грамматических структур, а перестройка речевых механизмов человека для взаимодействия и параллельного использования двух языковых систем, что на первых порах требует формирования навыка переключения с языка на язык. Таким образом, овладение иностранным языком – это специальная отработка нового способа ориентации с учетом достигнутого уровня всех речевых механизмов и психических функций». [1, с.17]

Прежде всего, преподаватель должен отдавать себе отчет в том, что каждый курсант сугубо индивидуальная личность. Каждый из них приходит на занятия со своим собственным жизненным опытом, обусловливающим его интерес к изучению языка. Каждый обучаемый пересматривает на свой лад тот материал, которому его обучают. Он соотносит его с тем, что ему давно известно, делает свои, только ему одному понятные выводы. У него уже существует своя стратегия усвоения материала. И час-

то эта стратегия не способствует успешности обучения. Поэтому совершенно необходимо под строгим контролем преподавателя формировать у него иную стратегию, позволяющую осознать, что именно она позволит ему достичь намеченной цели.

Очень важную роль здесь играют мини беседы «Как лучше усвоить иностранное слово», «Виды памяти», усвоение алгоритмов действия при анализе английского предложения либо алгоритма построения речевой фразы и т.п., что, несомненно, поможет при выполнении заданий во время самостоятельной работы.

Особую трудность для преподавателя представляет неоднородность группы. Естественно, с самого начала особое внимание следует уделять слабоуспевающим и ранее не изучавшим иностранный язык курсантам.

В качестве эксперимента в решении данной проблемы на кафедре иностранных языков был создан и опробован начальный фонетический курс из шести лабораторных работ для выполнения курсантами в часы самоподготовки самостоятельно с консультацией преподавателя.

Каждая лабораторная работа состоит из введения, нового материала, упражнений на активизацию его и контрольных заданий. Курсанты работают самостоятельно в лингафонном кабинете, в случае затруднения консультируясь с преподавателем и отчитываясь ему о выполнении. Таким образом, с самого начала курсанты приучаются работать самостоятельно, планируя время, выделяемое для консультаций, использовать элементы самоконтроля. На практических же занятиях тем самым высвобождается время для работы над другими аспектами языка согласно плану урока. Как показала практика, такой вид самостоятельной внеаудиторной работы дает положительные результаты.

Самостоятельная работа курсантов на занятии должна планироваться преподавателем для каждого занятия, исходя из уровня знаний каждого в опоре на специальную справочную литературу, а также на четкие записи-инструкции в тетради, помогающие пошагово разбираться в поставленной языковой проблеме.

Например, при подготовке к работе над изучающим чтением основной целью является научить курсантов полному и точному пониманию при чтении предложений любой сложности на основе лексико-грамматического анализа и при необходимости с использованием словаря, чему также необходимо обучать. Следовательно, в центре внимания преподавателя и курсантов находится предложение иностранного языка, представленное во всем многообразии форм и структур. Искомым служит его смысловое содержание, переданное средствами русского языка в нормативном варианте. Эта цель должна быть доведена до курсантов, и её достижение должно преследоваться на каждом занятии при усвоении новой порции лексического и грамматического материала.

Системно-деятельностный подход в изучающем чтении предполагает овладение курсантами методом системного анализа предложения в двух его вариантах – линейный (частичный) и полный в зависимости от сложности воспринимаемой структуры. Этим обуславливается и организация языкового материала в тематическом плане: сначала курсанты осваивают принцип анализа и обобщенную ориентировочную основу деятельности чтения на уровне простого предложения, а затем знакомятся с действиями и операциями при усвоении конкретных грамматических явлений. При этом осваивается метод самостоятельного поиска и анализа смыслового ядра (главные члены предложения), затем – все виды определителей (второстепенные члены предложения) и специфические грамматические структуры, осложняющие предложение. Кроме того, уделяется особое внимание словообразованию и навыкам работы со словарем. При этом завершается становление умений самостоятельного использования лексико-грамматического анализа предложения как метода проникновения в его смысловое содержание.

Особую роль здесь играет правильная организация контроля, который должен быть адекватен формируемым механизмам чтения. Так, грамматические явления контролируются не словесным описанием форм и их значений в изолированном виде, а в виде обобщенных схем с маркированными признаками явлений. Вербально описываются только действия и их последовательность на начальном этапе усвоения и в случае затруднений при чтении. Такой контроль помогает сформировать умения самоконтроля. Поскольку курсанты не любят устноречевое проговаривание шагов анализа, рекомендуется использование приемов парной или групповой работы, при которой они поставлены перед необходимостью объяснять материал друг другу, а также поручать взаимопроверку самостоятельных работ на занятии с пояснением ошибок.

Очень важную роль в стимулировании индивидуальной самостоятельной работы курсантов играет организация работы с текстом при контроле задания на самоподготовку. Гораздо эффективнее не традиционный перевод

всего текста по предложениям, что утомляет своей монотонностью и однообразием, а идти от анализа тех фрагментов, которые были трудными. Преподаватель при подготовке к занятию прогнозирует трудности, акцентирует на них внимание, таким образом экономит время для практики, а курсанты приучаются быть не пассивной стороной в учебном процессе, а субъектом это процесса.

Виды и формы контроля и самостоятельной работы могут быть разнообразными. Важно, чтобы промежуточный контроль видов речевой деятельности (аудирование, говорение, чтение) с неотсроченным анализом результатов проводился на каждом занятии. Это стимулирует работу курсантов по улучшению успеваемости на последних занятиях по теме.

В конце каждой темы курсант получает оценки по всем объектам контроля, итоговую оценку по теме, зачет по внеаудиторному чтению.

Целью заключительного занятия по теме является:

– анализ и самостоятельная доработка слабо усвоенного материала и сдача его преподавателю на этом же занятии;

– усвоение нового материала, специально подобранного преподавателем для этого занятия, с целью переноса общелогических принципов анализа на новое явление или с целью усвоения более легкого материала, чтобы на основных занятиях больше уделить внимания существенно важным явлениям иностранного языка;

– усвоение нового материала, который был пропущен по уважительной причине (наряд, болезнь);

– практика в чтении с индивидуальным заданием (сильным – на перспективу, например, военно-научное общество курсантов, слабым – доработка материала темы, повторное выполнение контрольной работы/текста и т.п.).

Для более эффективной работы следует использовать раздаточный материал, упражнения с ключами для самоконтроля, тексты с обозначенными критериями оценки, привлечение к проверке работ и консультациям сильных курсантов. При этом преподаватель может консультировать в случае затруднений своих «консультантов», а они, в свою очередь, объясняют слабым их ошибки.

В методическом плане самостоятельная работа на занятии является наиболее сложным приемом, т.к. здесь пересекаются разные параметры работы, в том числе и временные с учетом индивидуальных особенностей курсантов. Важно то, что если работа каждого курсанта по усвоению или доработке нового материала не будет оценена преподавателем, занятия потеряют смысл.

При правильной организации самостоятельной работы на занятии воспитательное воздействие преподавателя на недисциплинированных и слабоуспевающих курсантов будет также достаточно эффективным без применения специальных воспитательных средств, а число неуспевающих курсантов будет сведено до минимума.

Литература:

1. Зимняя И.А. Психологические аспекты обучения говорению на иностранном языке. – М.: «Просвещение», 1978.
2. Особенности организации учебного процесса в российских и зарубежных вузах в свете текущей реформы ВПО. Аналитическая записка, – РГТУ, 2006.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИИ КУРСАНТОВ ВОЕННЫХ ВУЗОВ

Новоселецкая Д.И.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

Важными в деятельности будущего офицера становятся не только собственно специальные знания, но и общая составляющая коммуникативной организации профессиональной деятельности в новых условиях современного социума. Поскольку коммуникативный аспект в профессиональной деятельности, будущих офицеров становится все более значимым, актуализируется и проблема формирования профессионально-коммуникативной компетенции курсантов военных вузов. Это позволяет выделить профессионально-коммуникативную компетенцию как одну из важных качеств образования будущего офицера. Мы определяем это качество, как общую способность, основанную на знаниях, умениях и навыках, которые приобретены в процессе профессионального образования и рассматриваются как возможность установления связи между знанием и профессиональной ситуацией, то есть способность, позволяющая найти возможные практические вари-

анты для решения конкретной задачи в сфере деятельности военного специалиста.

Современный офицер российской армии должен многое уметь и знать. К специалисту предъявляются все новые требования личностного качества: разносторонняя эрудиция, способность соответствовать новым требованиям деятельности, перспективно мыслить. В связи с этим возникла потребность в разрешении имеющихся противоречий, типичных для современной системы образования и подготовки курсантов военных вузов: прежде всего между потребностями в образовании самой личности и общественными ожиданиями, потребностью в высококвалифицированных специалистах и системой обучения этих специалистов. В педагогической науке для решения проблем формирования профессионально-коммуникативной компетенции у курсантов военных вузов необходимо решить ряд вопросов, связанных с формированием у будущих офицеров целостного и адекватного современным условиям представления о сфере профессиональной деятельности, адаптированной к современным социальным, экономическим и межкультурным формам службы.

Востребованность военных специалистов по защите информации предусматривает и конкретизирует задачи, связанные с дальнейшим развитием профессионально-коммуникативной направленности подготовки будущих офицеров. Система образования в области овладения иностранным языком в процессе обучения в военном вузе – интегрированный процесс, анализ которого показывает, что система формирования коммуникативной компетенции на основе изучения иностранного языка, находится в тесной связи со средой, в которой она существует и решается. Изменения социально-экономических условий неизбежно определяют изменения требований к системе формирования коммуникативной компетенции на основе изучения иностранного языка, к ее основным составляющим, к характеру отношений к ней. Прежде всего, это проявляется в отношении профессиональной сферы к изучению иностранного языка. Отмечена прямая зависимость: чем выше в обществе потребности в новых профессиональных, личностный, культурный, научных, коммуникативных контактах, чем реальнее возможности реализации указанных качеств, тем выше необходимость в освоении иностранного языка как средства общения, взаимопонимания, профессионального взаимодействия.

Государственные образовательные стандарты Высшего профессионального образования по специальности 10.05.03 – «Информационная безопасность автоматизированных систем» ориентируют на осуществление процесса обучения будущих офицеров в русле целостной культуры во взаимодействии гуманитарных, естественнонаучных и технических составляющих. Они определяют не только общие требования к содержанию высшего образования, но и требования к уровню коммуникативной компетенции курсантов.

Современное обучение иностранным языкам в отечественной науке рассматривается в нескольких аспектах:

– прагматический аспект связан с формированием определенного комплекса знаний, умений и навыков, совокупность которых позволяет успешно осуществлять межкультурную коммуникацию, иноязычное общение;

– когнитивный аспект входит с сферу таких категорий, как знания, мышление и процессы понимания, задействованные в ходе приобщения к межкультурному взаимодействию, и рассматривается как развивающий аспект обучения;

– общеобразовательный аспект означает рассмотрение обучения иностранному языку с позиции его образовательного воздействия на личность обучаемого [1].

Процесс формирования профессионально-коммуникативной компетенции курсантов военных вузов рассматривается в контексте указанных составляющих, так как в нем участвуют знания, умения и навыки коммуникации, процессы понимания, психические процессы, способности личности курсантов к профессионально-коммуникативной деятельности, к саморазвитию и самосовершенствованию, к приобретению новых знаний и их использованию в профессиональной деятельности.

Требования компетентностного подхода к подготовке военных специалистов по защите информации определяются не только особенностями экономического перераспределения ресурсов и зон влияния, обеспечивающих подготовку военных кадров, но и необходимостью поиска путей, которые направлены на изменение всей системы. Сущность термина «компетентность» рассматривается как обладание компетенцией; обладание знаниями, позволяющими судить о чем-либо [2]. В отечественной педагогике только в последней четверти XX века это понятие начинает использоваться в качестве термина, описывающего какой-либо конечный результат. Суще-

ствует множество определений этого понятия. Так, компетентность определяется как «качество личности, предполагающее, что человек владеет определенной компетенцией»[3]. Как правило, авторы отмечают, что средством «нового подхода к оценке качества профессиональной подготовки специалиста выступила компетентность как интегральная характеристика, определяющая его способность решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности с использованием знаний, жизненного опыта, ценностей» [4].

Решая проблемы формирования профессионально-коммуникативной компетенции курсантов военных вузов в процессе изучения иностранного языка, нам близка точка зрения Э.Ф. Зеера, который утверждает, что компетентность – это содержательные обобщения теоретических и эмпирических знаний, представленных в форме понятий, принципов, смыслообразующих положений. Автор делит компетентности на два уровня: компетентности теоретического уровня, где находят обобщения внутренних связей и отношений предметов и явлений действительности. Их конкретизация выражается в понятиях, законах, принципах. Второй уровень – эмпирические компетентности, отражает внешние свойства предметов и явлений. Они имеют прикладной, действенный характер. Конкретизация этого уровня обобщения состоит в словах-терминах, символах, знаках, процессуальных знаниях, иллюстрациях, примерах [5].

Исследователями в области компетентностного подхода в образовании определено, что компетентность имеет структуру, которая включает: 1) готовность к появлению компетентности; 2) владение знанием и содержанием компетентности; 3) опыт проявления компетентности в разнообразных стандартных и нестандартных ситуациях; 4) отношение к содержанию компетентности и объекту ее приложения; 5) эмоционально-волевая регуляция процесса и результата проявления компетентности [6].

Рассматривая компетентный подход в формировании профессионально-коммуникативного содержания обучения иностранным языкам, учтено, что в психологическом аспекте в структуре компетентности выделяют потребностно-мотивационный, когнитивный, практически-деятельностный, эмоционально-волевой и ценностно-смысловой компоненты [7]. Последний компонент имеет особое значение, так как: если знания, значения имеют общественную, социальную природу, то ценностные ориентации и смыслы индивидуальны, что отличает компетентность от простой грамотности или образованности (там же). В этой связи сформированность компетентности как образовательного результата процесса изучения иностранного языка курсантами военных вузов имеет существенные характеристики, которые включают: 1) осознанность (степень осмысления); 2) устойчивость (степень постоянства); 3) результативность (завершенность деятельности); 4) полнота (представленность всех компонентов); 5) системность (взаимосвязь между компонентами); 6) действенность (произвольность целенаправленной активности); 7) эмотивность (динамика эмоций) (там же).

А.В. Хуторской, обобщая результаты теоретико-методологического анализа психолого-педагогического содержания понятия «компетентность», считает что она: характеризует способность и готовность личности выступать в качестве целостного совместного субъекта саморазвития системы «человек-мир»; отражает субъективную позицию обучающегося в обучении, обеспечивает реализацию личностных смыслов; имеет метапредметный характер; реализует дидактический принцип связи обучения с жизнью через обогащение витагенного опыта выявления и решения проблем; проявляется и контролируется в процессе практического осуществления деятельности [8, 54].

Следовательно, профессионально-коммуникативная компетенция, как и другая компетенция, является системной характеристикой личностно-ориентированного обучения, поскольку относится исключительно к личности обучаемого и проявляется в процессе выполнения им комплекса действий. Поэтому проблема формирования профессионально-коммуникативной компетенции в наибольшей мере решается в процессе реализации личностно-ориентированного образования.

Литература

1. Гречко В.А. Теория языкознания: учеб. пособие / В.А. Гречко. – М.: Высшая школа, 2003. – 375 с.
2. Словарь иностранных слов [Электронный ресурс] / http://www.onlinedics.ru/ slovar/ inyaz. html. С. 241.

3. Краевский, В.В. Методология педагогических исследований / В.В. Краевский. - Самара, 1994. – С. 34
4. Вершиловский, С.Г. Теоретические и организационные проблемы постдипломного педагогического образования / С.Г. Вершиловский. – СПб.: Педагогика – 2010. – С. 108.
5. Зеер, Э.Ф. Профессионально-образовательное пространство личности / Э.Ф. Зеер. – Екатеринбург, 2002. – С. 14.
6. Зимняя, Н.А. Педагогическая психология: учебник для вузов / Н.А. Зимняя. – 2-е изд., доп., испр. и перераб. – М.: Логос, 2005. – С. 88.
7. Ермаков, Д.С. Компетентностный подход в образовании / Д.С. Ермаков // Педагогика. – 2011. – № 4. – С. 13.
8. Хуторской, А.В. Педагогическая инноватика / А.В. Хуторской. - М.: Изд. центр «Академия», 2008.

СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СЛИЗИТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУКДА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Пархоменко Ю.В., Борисов Ю.Ю.
МАОУ ВО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия

Актуальность. Серотониновым структурам принадлежит важная роль в регуляции фундаментальных функций органов пищеварения: трофики, моторики, кровообращения. Вместе с тем данные литературы о влиянии серотонина на продукцию основных компонетов желудочного секрета скудны и весьма противоречивы. Проблему актуализируют полярные мнения о роли серотонина в процессе язвообразования. Одни авторы относят этот амин к активным ульцерогенным агентам, другие исследователи такой эффект отрицают, а третьи описывают даже положительное влияние серотонина на течение язвенной болезни [1, 3-8] Вопрос об участии серотониновых структур в регуляции упруговязких (реологических) свойств пристеночной слизи, которые в значительной мере определяют циторотективный потенциал слизистой оболочки желудка, до сих пор вообще не рассматривался. Поэтому целью настоящей работы явилось изучение влияния антисеротонинового средства перитола на количественные и качественные параметры желудочного слизевыделения и оценка возможностей его использования для укрепления слизистого барьера желудка при язвенной болезни.

Материал и методы. Эффект однократной терапевтической дозы перитола (4 мг внутрижелудочно) на секреторную деятельность желудка изучали у 56 больных дуоденальной язвой (44 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 17 до 56 лет. В их числе было 39 человек с неосложненной формой заболевания и 17 – с геморрагическими осложнениями (в анамнезе). Контрольную группу составили 23 практически здоровых лица (12 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 48 лет.

Секреторную деятельность желудка исследовали утром натощак после 12-14 часового голодания и через 24-48 часов после отмены медикаментозных средств. У каждого больного было получено письменное согласие на проведение исследования. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра "RHEOTEST-2" (Германия); при этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см^2) и два значения эффективной вязкости: при низкой скорости сдвига (D=11,1 с$^{-1}$), когда структура геля остается интактной (ЭВ$_1$, сП), а также при высокой скорости сдвигового течения (D=4860 с$^{-1}$), когда структура геля полностью разрушается (ЭВ$_2$, сП) [2]. Кроме того, в желудочном соке определяли общий объем секрета, кислотность, активность пепсина, содержание общего и непепсинного белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи, а также рассчитывали выработку упомянутых ингредиентов за 1 час.

Результаты. Установлено, что у больных дуоденальной язвой существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи: ПУ - в среднем в 1,6 раза (336±19,6 дин/см^2 против 544±27,1 дин/см^2 у здоровых), ЭВ$_1$ - в 1.8 раза (1756±126,3 сП против 3234±162,2 сП у здоровых), ЭВ$_2$ - в 1,5 раза (12,1±0,5 сП против 17,9±1,2 сП у здоровых: здесь и далее приведены только статистически значимые сдвиги, $p<0,05$).

Статистический анализ полученных материалов свидетельствует, что блокада серотониновых рецепторов перитолом у больных дуоденальной язвой сопровождается выраженным увеличением упруговязких свойств желудочной слизи: ПУ возрастает в среднем на 95,8%, (с 336±19,6 дин/см^2 до 658±22,8 дин/см^2), ЭВ$_1$ - на 70,0% (с 1756±126,3 сП до 2986±169,5 сП), а ЭВ$_2$ - на 45,5% (с 12,1±0,50 сП до 17,6±0,53 сП). При этом сниженные в исходном состоя-

нии реологические параметры слизи после приема препарата достигают нормальных значений у подавляющего большинства больных. Так, ПУ в базальном состоянии был ниже нижней границы нормы (300 дин/см^2) у 32 (57%) больных, а после воздействия перитолом – только у 5 (9%). $ЭВ_1$ не достигала нижней границы нормы (1800 сП) у 37 (66%), а после приема препарата – лишь у 7 (12%) пациентов. $ЭВ_2$ превысила нижнюю границу нормы (8 сП) у всех 7 больных, у которых она в исходном состоянии была снижена. Небольшое снижение упруговязких свойств желудочной слизи наблюдалось только у 2 (4%) из 56 больных.

Кроме того, перитол статистически достоверно снижает общий объем секрета (в среднем на 29,9%), базальную выработку кислоты (в среднем на 23,4%), пепсина (в среднем на 16,4%) и непепсинного белка (в среднем на 47,4%).

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что посредством серотониновых рецепторов контролируется выделение мукоцитами желудка низкомолекулярных гликопротеинов, обладающих недостаточными вязкостными и гельформирующими свойствами, которые не обеспечивают адекватную защиту слизистой оболочки от повреждающего действия агрессивного желудочного секрета. Блокатор серотониновых рецепторов D-типа перитол оказывает коррегирующее действие на патологически измененные упруговязкие параметры желудочной слизи, снижает базальную продукцию кислоты, пепсина, непепсинного белка и, следовательно, может использоваться для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Влияние перитола на слизевыделительную деятельность желудка при язвенной болезни // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2013. № 2. С. 4.
2. Борисов Ю.Ю. Состояние слизистого защитного барьера желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 317.
3. Борисов Ю.Ю., Кгузенко И.В. Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных фазах заболевания // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014. № 2 (102). С. 42а.
4. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-7. С. 1325-1328.
5. Николаева А.А., Королёва С.В., Ашмарин И.П. Дофамин - серотонин - соматостатин: изучение взаимодействий в этой системе обещает новые перспективы в теории и практике // Экспер. и клин. фармакология. – 2009. – Т.72, № 2. – С. 60–64.
6. Толстых М.П., Будневский С.В., Гаджиев А.И. и др. Теоретическое обоснование применения серотонина в клинической практике // Альманах клинической медицины. Актуальные вопросы экстренной хирургии. – М., 2006. – Т. XI. – С. 133–138.
7. Шур В.Ю. , Самотруева М.А., Мажитова М.В., Тризно Н.Н., Файзиев Р.М., Петренко Л.В., Шур Ю.В. Серотонин: биологические свойства и перспективы клинического применения // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7 (часть 3) – С. 621-629
8. Coffman J D., Cohen R.A. Serotonergic vasoconstriction in human finders during reflex sympathetic responce to cooling // Am. J. Phisiol. - 1988. - Vol. 254. - № 5 - P. 889-893

ЕВГЕНИКА -ЭТО НАУКА ПРОШЛОГО ИЛИ БУДУЩЕГО?

Пашкова А. Е., Костюкова Д. Л.,
Григорян М.Э.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность: В настоящее время, по последним социологическим данным, в мире рождается до 10% больных детей с генетическими отклонениями. Встает вопрос, о том на каком уровне решения находится данная проблема, какие пути решения и выхода из данной ситуации видит перед собой медицина и мировое сообщество. Некоторые ученные придерживаются мнения, ч-то проблему нужно искоренить до ее появления и решение находят в Евгенике, в науке прошлого или будущего.

Еще во времена правления Платона, около 2400 лет назад государственные планировщики публично объявили о своём желании включить детальный контроль в жизни человека. Вспомним теорию «Идеального государства» и о том, как устраняли не здоровых детей в Древней Спарте. Эта тёмная мечта

прошла через тысячелетия до наших дней. Евгеника это наука об учреждении социального контроля, которая улучшает или ухудшает расовые качества будущих поколений, возможно физически или ментально.

Научная рациональность раннее всегда была привлекательна, потому что создаёт удобное оправдание за обращение со своими собратьями хуже, чем с животными. Роберт Томас Мальтус известный за фразу, что продовольственный коллапс мог бы помочь решить проблему очистки Земли от бедняков. Его сценарий позже был назван Мальтуской катастрофой. Идеи Т. Мальтуса привели к становлению новой научной области, которая царила над курсом человеческой истории в последующие 200 и более лет. Чарльз Дарвин являлся почитателем модели Мальтуса, а также вдохновителем учения о естественном отборе. С помощью Томаса Генри Гексли, известного как «бульдог Дарвина» за поддержку взглядов учёного. Теории Дарвина были широко одобрены в среде высших научных кругов Англии, а затем и остального мира. Кузен Дарвина Френсис Гальтон, считающийся отцом евгеники видел возможности прогресса человеческого рода через доминирование эволюционной теории Дарвина и прикладных социальных принципов для развития социального дарвинизма. Семейство Дарвинов, Гальтонов, Акселев и Веджвудов были так проникнуты проектом своей новой асоциальной теорией, что их семьи поручились вступать в брачные связи исключительно между собой. Они ложно предположили, что всего через несколько поколений их фамилии приведут в свет супер людей. Находящаяся в стадии становления наука систематизировала практику родственного скрещивания, раннее популярного в элитных сферах золотых веков. Эксперимент четырёх семейств закончился катастрофой. Всего за два поколения меж родственного скрещивания около 90 % их потомства или умерли при рождении или появлялись серьёзные физические или психические недостатки. Голубая кровь планеты, особенно королевские семейства, которые уже были охвачены подобным размножением и испытывали презрение к низшим слоям, ухватились за новую науку и стали энергично воплощать в жизнь её цели. Биометрия, новая наука фактически была разработана Гальтоном в 1870 для прослеживания расовых черт, генетического учёта и как путь к отборному размножению. В 1904 под управлением евгеника Чарльза Давенпорт в США началась научная исследовательская программа финансированная знаменитыми магнатами и политиками Карнеги, Рокфеллером и Харриманом. В 1907 в США вступили в силу первые законы по стерилизации. Граждане с уродством или низкими тестовыми оценками в их персональных карточках были арестованы и насильно стерилизованы. В 1910 был основан архив Евгенической службы США. К этому времени британцы произвели одну из первых сетей общественных работников для слежки и продвижения в жизнь культа евгеники, что быстро захватило контроль над западным социумом. Общественные работники пренимали решения, у кого можно отобрать младенцев, кого можно стерилизовать, а иногда даже и бесшумно убить.

В 1911 семейство Рокфеллеров экспортировала евгенику в Германию, финансировал институт Кайзера Вильгельма, который потом создал центральный столб Третьего Рейха. В 1912 после международной конференции по евгенике, в Лондоне эта наука получает статус повального помешательства и сверхпопулярность. Футурист и автор научно- фантастических бестселлеров Герберт Уэллс изучал биологию по учениям известных евгенистов, пропагандируя затем новую веру по всему миру. В 1916 возлюбленная Уэллса Маргарет Сенгер открывает своё дело по распространению евгеники в США, а в 1923 году Ив Сенгер обретает финансирование от семейства Ракфеллеров. Сенгер писала своему соратнику-евгенисту Клеранс Кембл о нужде вербовки чёрных лидеров как движущей силы в программах по стерилизации в негритянских общинах. В 1924 в книге «Моя борьба» Гитлер сообщает, что евгеника в США его вдохновение. Гитлер даже написал фанатичное письмо американскому евгенику и консерватору Мэдисону Гранту, именуя его тематическую книгу «Путь великой расы» своей библией. Благодаря Гранту, Гитлер создал план массового истребления евреев и тех, кого называл подрасой, а так же инвалидов. К 1927 евгеника захватила ведущие позиции. Эта наука уверено просачивалась в школы, церкви, государственные организации. Церкви соперничали за приобретение крупного финансового приза, обещанного тем, кто как можно лучше введет евгенику в свои проповеди. Основные ветви христианства убеждали американцев, что Иисус был за взгляды евгеники. В этот же год более 25 штатов приняли законы о стерилизации, и верховный суд производил решения о жесткости стерилизации населения. В 1933 Гитлер пришёл к власти, и первое его действие было формирование на-

циональных законов евгеники по модели законов США. В 1936 Германия оказалась мировым лидером в евгенике, принимая действенные методы по стерилизации и уничтожению сотен тысяч людей. Три крупных американских евгеника Девенпорт, Лофлан и Гоуф были отправлены Рокфеллерами в Германию, где они проводили консультации нацистам по точной настройке своей системы массового уничтожения. При решительном содействии США и Англии, Германия предстала на ступени платой, за которой стали десятки миллионов жизни. По завершению войны союзники заступились за нацистских учёных, которые издевались до смерти над тысячами людей. Нацистское клеймо над евгеникой волновало элиту, но все же они не готовились отрекаться от своих планов. Союзники буквально бились за право обладания высшими нацистскими евгениками и не важно, что врачи СС замучили до смерти десятки тысяч людей, после войны они попали на свободу. Евгенисты были злы, что их «грандиозное» дело попали на показ, они взялись немедленно скрывать свои планы. Журнал «Евгеника» преобразовался в «Социальную биологию», а «Американская лига ограничения рождаемости» в «Планирование семьи». Появились новые термины: трансгуманизм, контроль населения, выживаемость, консервация. Они сменили расовую гигиену в социальный дарвинизм. Союзники начали контрабандный вывоз тысяч нацистских учёных из Германии и размещение их на основных научных позициях военно-промышленного комплекса. Начиная с разработки биооружия, заканчивая ракетными технологиями. Основоположником IBM был единомышленник Гитлера. Томас Джей Вотсон оставлял нацистам свои компьютеры и перфокарты у техников IBM для использования их в концлагерях. Татуировки жертв лагерей были индефикационными номерами, которые заносились в данные компьютеры. Ранее в 1928 году IBM применяло подобное изобретение для изучения смешение рас на Ямайке. Одни из первых компьютеров были созданы евгениками для евгеники.

Нобелевский лауреат Расселл развернуто писал о том, как ртуть содержащие прививки и другие вещества, повреждающие участки мозга и создающие частичные химические лоботомии развивают у людей рабское подчинение. «Питание, инъекции и запреты с самого раннего возраста будут формировать и создавать такой тип людей, такой тип убеждений, которые будут желанны власти и любая серьезная критика власть имущих станет психологически просто невозможна», - Бертранд Расселл. Более 100 лет назад сторонники евгеники говорили о применении изменяющих сознание медикаментов для управления и подчинения населения. Не секрет,что к 2010 году более 20% американского населения находилось на разных антидепрессантах. Сейчас уже доказано, что в секторе государственного приюта 2/3 детей принудительно принимали коктейли, содержащие как минимум от 3-х до 7-ми психотропных веществ. Председатель общества психиатров Джо Баркер выступил перед специальным комитетом государственной резиденции с заявлением, об использовании психотропных медикаментов в детских приютах, шокировав общественность, что почти 66% процентов бездомных детей в штате Техас были посажены на психотропные препараты, потому что якобы они страдали от очень плохого генофонда.

Несмотря на это, развитие генетики выдвинуло евгенику на передний план возможности если не «улучшения человека», то, по крайней мере, предупреждения ряда генетических заболеваний и получения здорового потомства. Не секрет, что именно принципы евгеники реализуется в рекомендациях по желательной или нежелательной беременности, а во многих странах уже доступна дородовая диагностика эмбриона, развивающегося в результате искусственного оплодотворения. При этом определяется около 5000 наследственных заболеваний, после чего и решается вопрос о том , целесообразно ли имплантация эмбриона в матку. Сейчас любая семейная пара может позволить себе иметь собственного ребенка и не рисковать тем, что может родиться он с генетическими заболеваниями. Современная медицина развивается очень быстрыми темпами, разрабатываются эффективные методы улучшения генома различных организмов. Но есть и негативная сторона этой проблемы, когда у человека появится возможность целенаправленного изменения любого отдельно взятого генома, позитивная евгеника полностью потеряет смысл. Итак, перед нами встает вопрос: «Евгеника это улучшение наследственности или выталкивание человека на помойку эволюции, чтобы сделать более управляемым?!» Какую сторону выбираете Вы?

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ПЕРСОНАЛОМ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Петриченко О.О., Бондаренко П.П.
Научно-медицинский реабилитационный центр эстетической и реконструктивно-восстановительной комбустиологии ООО «Ваш Докторъ», МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия

В настоящее время во всех индустриально развитых странах отмечается постоянный рост ожогового травматизма. [1] При этом в большинстве случаев термические травмы сопровождаются развитием ожоговой болезни, что значительно осложняет прогноз и требует от сотрудников бригад скорой помощи основательных знаний и навыков в диагностике и лечении ожогового шока [2]. Со времени открытия в Краснодаре ожогового отделения на базе краевой клинической больницы №1 произошли положительные изменения в тактике и преемственности лечения больных с термическими поражениями. Современные стандарты и алгоритмы оказания помощи обожжённым успешно используются в условиях стационара. В то же время сотрудники бригад скорой помощи, постоянно находящиеся в условиях дефицита времени, зачастую действуют непоследовательно, при оказании первой врачебной помощи ограничиваются внутримышечным введением наркотических или ненаркотических анальгетиков, наложением повязок, в лучшем случае с антисептиками, и быстрой доставкой пострадавших в ожоговое отделение. В связи с резким увеличением транспортных потоков на улицах города, сроки доставки пациента в ожоговый центр за последние 20 лет возросли с 40-50 мин. до 1,5 – 2 часов от момента получения травмы, что, естественно, потребовало значительного расширения объема помощи данной категории больных на догоспитальном этапе.

С появлением травматологических бригад, на центральной подстанции стали проводится занятия с врачами и фельдшерами, и качество лечения на догоспитальном этапе несколько улучшилось. Однако, в настоящее время, диагностикой площади и глубины ожогов владеют не все врачи и фельдшера, поэтому говорить о хорошем качестве лечения пациентов с ожогами на догоспитальном этапе весьма сложно. Для оптимизации результатов лечения больных бригадами скорой помощи предложен алгоритм работы: тяжесть ожогового шока определяли по индексу Франка (ИФ). Площадь ожоговой поверхности рассчитывалась по методу А.Уоллеса (правило «девяток»). Глубину ожога ориентировочно оценивали по данным анамнеза и визуальной оценки ожоговой поверхности. По результатам вычисления ИФ выделяли 4 степени тяжести шока: легкую, средней тяжести, тяжёлую и крайне тяжелую.

Неотложные мероприятия проводились в определённой последовательности:

1. Парентеральное введение наркотических или ненаркотических анальгетиков (кеторолак, кетонал). Хорошо зарекомендовало себя у обожжённых больных внутривенное введение натрия оксибутирата в дозировке 100 мг/кг, дроперидола 2-3мл.

2. Катетеризация магистральной вены, при необходимости через обожжённую поверхность, начало инфузионной терапии.

3. Наложение повязок с анальгезирующими мазями типа левосин, 0,5% растворами новокаина или лидокаина с антисептиками при ограниченных ожогах, и особенно важно это у детей. Обертывание стерильной простыней при обширных ожогах.

4. Инфузионная терапия проводилась из расчета 10-15 мл/кг массы тела. Использовалось сочетание коллоидных, кристаллоидных растворов и растворов глюкозы с инсулином. Из коллоидов предпочтение отдавалось реополиглюкину, из кристаллоидов – полиионным растворам типа Хартмана. Коррекцию ацидоза проводили вливанием 5% р-ра соды от 150 до 300 мл в зависимости от тяжести шока. В случае тяжелого шока в мочевой пузырь устанавливался катетер с целью контроля функции почек и эффективности проводимой инфузионной терапии.

5. Медикаментозное лечение включало: в/венное введение эуфиллина (2.4% 10 мл), преднизолона или дексаметазона в терапевтических дозах.

6. Постоянно проводился мониторинг работы сердечно-сосудистой и дыхательных систем. Кислородотерапия осуществлялась всем пострадавшим. В случае декомпенсации дыхания пострадавшие переводились на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ).

7. Диспетчер подстанции скорой помощи информировался по рации о транспортировке тяжелого больного с просьбой передать информацию в ожоговый стационар, по мобильной связи информация передавалась дежур-

ному комбустиологу. Пациенты госпитализировались в реанимационное отделение ожогового центра, минуя приёмное отделение, что особенно актуально при массовом поступлении пациентов с ожогами.

Совершенствование тактики, отработка алгоритма оказания помощи на догоспитальном этапе, выработка преемственности положительно сказались на результатах лечения пострадавших с ожоговой травмой в Краснодарском ожоговом центре:

1.Значительно снизилась летальность

2.Сократилась длительность и уменьшилась тяжесть ожоговой болезни

3.Появилась возможность выполнять высокотехнологичные операции у данной категории больных в ранние сроки после ожоговой травмы.

Литература:

1. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей: Пер. с англ.-М.: Медицина, 1990, 512 с.:
2. Руководство по лечению обожженных на этапах медицинской эвакуации /Под ред. В.К. Сологуба. – М., 1979.-292 с.

ВОЕННО-НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КУРСАНТОВ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В ВОЕННЫХ ВУЗАХ

Петрова Т.В.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М.Штеменко
Краснодар, Россия

Жизнь и учебная деятельность курсантов военных вузов строго подчинены дисциплине и распорядку дня. Обучение в военных учебных заведениях организовано по закрытому типу. Курс обучения проходит параллельно с военной службой: несением нарядов, караулов, дежурств, строевой подготовкой, выездом на стрельбы. Данными факторами обусловлено минимальное количество часов на обучение, от которого, как известно, зависит результативность процесса образования. К тому же, в условиях неязыкового вуза курсанты часто уделяют меньше внимания гуманитарным кафедрам, в сравнении со специальными.

Особенностью военных вузов является такая организация учебного процесса, которая характеризуется наличием специфической формы внеаудиторной подготовки курсантов – самостоятельной подготовки (самоподготовки). «Внеаудиторная самостоятельная работа продолжает и дополняет обучение на занятиях и организуется в соответствии с теми же закономерностями, принципами и требованиями, что и учебный процесс» [1:62]. На самостоятельной подготовке курсанты подготавливаются к занятиям, учат лекции, выполняют письменные задания, самостоятельно изучают дополнительные материалы по дисциплинам. Основной характерной особенностью внеаудиторной работы является личная заинтересованность, инициативность курсантов, её самостоятельность, добровольное желание и стремление.

В настоящее время на кафедрах иностранных языков большое значение придаётся самостоятельной работе курсантов в процессе приобретения ими знаний. Многое в процессе изучения иностранного языка зависит непосредственно от самого человека, от его желания и усердия.

На современном этапе российской армии «необходимы специалисты, умеющие самостоятельно, активно, творчески подходить к выполнению работы» [2:20].Поэтому благодаря внеаудиторной работе развиваются творческие, профессиональные и интеллектуальные качества курсантов.

Одной из самых эффективных и неотъемлемых форм организации самостоятельной работы в военных вузах являются военно-научные кружки по интересам курсантов. Они помогают расширить кругозор, привить интерес к предмету, углубить знания, полученные на занятиях, формировать и совершенствовать практические навыки и умения по тому или иному учебному предмету.

Деятельность Военно-научного общества курсантов (ВНОК) организована и ведется в соответствии с Положением о военно-научном обществе курсантов на основании Приказа Министра Обороны Российской Федерации № 670 от 15 сентября 2014 года (с изменениями на 18 января 2016 года). Согласно Приказу, «основными задачами военно-научной работы слушателей и курсантов являются:

1) формирование у слушателей и курсантов интереса к военно-научному творчеству, обучение методике и способам самостоятельного решения научно-технических задач и навыкам работы в научных коллективах;

2) развитие у слушателей и курсантов творческого мышления и самостоятельности, углубление и закрепление полученных при обучении знаний;

3) выявление наиболее одаренных и талантливых слушателей и курсантов, использование

их творческого и интеллектуального потенциала для решения актуальных задач военной науки;

4) подготовка из числа наиболее способных и успевающих слушателей и курсантов резерва научно-педагогических и научных кадров» [3:47].

На кафедре иностранных языков КВВУ им.С.М.Штеменко курсанты проявляют активное желание для участия во ВНОК. Обучающиеся добровольно записываются в кружок, занимаются сбором материала, изучением интересующей их проблемы, написанием докладов, подготавливают презентации, консультируются с преподавателями.Курсанты – члены ВНОК успешно принимают участие в различных городских и всероссийских конкурсах, проводимых среди студентов высших учебных заведений. Работа кружка на кафедре проходит два раза еженедельно (2-3 часа) в согласовании с командирами подразделений, рот. Так, в 2015-2016 учебном году на кафедре иностранных языковоколо 93 обучающихся среди 1-3 курсов проявили активное желание для участия в кружке. Среди докладчиков-курсантов первого курса выступили Яковлев Н.А. с темой доклада «The history of the literary English», Прибытков В.С. «Robots displace workers», Романенко С.Г.«Warfare in Siria», Филончук А.В.«Lakesin Russia», Радинский А.Р. «St.Paul's Cathedral» , курсанты Редькин А.О. и Поповкин А.А. «Full Immersion to Virtual Reality», Фоменко А.А., Нестеренко Н.Н. «Why do people make war?», Суворов Д.А. «NATO» и многие другие. Темы докладов разнообразны: от военных, об истории армии и флота до актуальных тем мирового масштаба, о компьютерных технологиях и современных девайсах, робототехнике и др. Большое значение многие курсанты уделяют культурестраны изучаемого языкаи нашей Родины. Выступления проходят в строго назначенное время, с презентацией на иностранном языке. По результату ВНОК, в соответствии с голосованием всех присутствующих, курсанты с лучшими докладами и выступлениями занимают призовые места, награждаются грамотами и сувенирами.

Таким образом, военно-научное общество по иностранному языку приносит большую пользу для привлечения курсантов к изучению данной дисциплины, вызывает заинтересованность в предмете, расширяет кругозор, помогает улучшить творческие способности и знания по иностранному языку, что оказывает положительное влияние для дальнейшего изучения языка и использования его в жизни.

Литература:

1. Муртазина, Е.П.Внеаудиторная работа с курсантами военно-инженерного института / Е.П.Муртазина // Пермь, 2013. – С.62.
2. Полубоярцев, Т.Н. Самостоятельная работа курсантов как одна из форм организации учебной деятельности в военно-морском вузе // Вологдинские чтения, 2007. – № 63. - С.20-22.
3. Приказ Министра Обороны Российской Федерации от 15 сентября 2014 года № 670 «О мерах по реализации отдельных положений статьи 81 федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"(Приложение № 2 «Особенности организации и осуществления образовательной, методической и научной (научно-исследовательской) деятельности в области подготовки кадров в интересах обороны государства, а также деятельности федеральных государственных военных профессиональных образовательных организаций и военных образовательных организаций высшего образования Министерства обороны Российской Федерации (с изменениями на 18 января 2016 года)», М., 2016. – п.47.

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПРОВИЗОРНЫХ КОРОНОК ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ИМПЛАНТАТЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ФОРМИРОВАНИЕМ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Петросян А. А., Добровольская П. Э.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Протезирование – один из наиболее востребованных методов лечения в стоматологии. Существуют разные виды, у каждого свои преимущества. Провизорная коронка является промежуточным звеном в данном лечении, ее используют на тот период, когда изготавливают настоящую (металлическую, металлокерамическую, керамическую). Ее могут одевать на зуб или имплант.

Конечно, зуб можно попытаться запломбировать, восстановить её до изначальной анатомической формы, но пломба не может выдерживать высокие нагрузки и давление при жевание, и в скором времени она раскрошится, а оставшиеся тонкие стенки зуба могут сколоться. Но создать постоянный протез – дело небыстрое. Поэтому пока его будут изготавливать, на место отсутствующего зуба можно вставить временный, которым пациент будет

пользоваться на всех этапах ортопедического лечения. Использование провизорных коронок имеет ряд существенных преимуществ:

- помогают избавиться от боли, т.к нет давления на опорный зуб;
- предохраняет от того, чтобы десна не нарастала на зуб;
- защищает препарированный зуб от бактерий, которые обитают во рту;
- фиксирует зуб и позволяет ему не сдвигаться в стороны;
- возможность привыкания к искусственным коронкам;
- восстанавливают функцию пережёвывания пищи.
- обеспечивают нормальное звукоизвлечение [1,2,3]

Хоть операции с применением имплантов получили широкое распространение во всем мире, и все большое число стоматологов применяет их в своей практике, этот вид протезирования тоже не обходится без изготовления временных коронок. Технология оправдала надежды в полной мере и стала наиболее применяемой среди различных слоев населения. Имплантация зубов стала самостоятельной и довольно быстро развивающаяся отраслью в стоматологии. Выделяют две основные методики дентальной имплантации – одноэтапную и двухэтапную. В зависимости от сроков установки имплантатов различают непосредственную имплантацию и отсроченную имплантацию.

При одноэтапной методике имплантаты помещаются в сформированное костное ложе таким образом, что головка имплантата находится в полости рта, вокруг нее слизистая оболочка ушивается. Благодаря чему сразу формируется десневой контур. К протезирование начинается через несколько дней после установки имплантатов или через 4–6 месяцев. Двухэтапная методика имплантации предусматривает на первом этапе установку только корневой части имплантата, после чего слизистая над ним ушивается.[2,3]

Ко второму этапу – этапу протезирования приступают через несколько месяцев (через 2–3 месяца при имплантации зубов на нижней челюсти и через 4–6 месяцев – на верхней), когда устанавливается коронковая часть имплантата. При использовании методики непосредственной имплантации корневая часть имплантата помещается в лунку зуба сразу же после его удаления.

Лечение с использованием имплантатов может длиться около года . Одним из условий пациентов является то, что они не приемлют нарушения эстетической нормы зубного ряда на период лечения.

Для того чтобы на всём протяжении не самого быстро лечебного процесса пациент не чувствовал дискомфорт и стеснения, сохранял эстетическую красоту улыбки, обширно стали применяться временные ортопедические конструкции. Независимо от того, что в настоящее время существует множество высокотехнологичных презентаций предстоящего лечения и дизайна зубных протезов, изготовление восковых моделей, компьютерное моделирование, обсуждение с пациентом различных нюансов , только после стабилизации провизорных протезов в самой в полости рта пациент может увидеть, как эстетично выглядит протез, как соотносится с зубами антагонистами, и, вообще, удовлетворён ли пациент предложенные зубы. Даже если сразу пациент не заметил каких-либо недостатков, это не значит, что через некоторое время он будет так же доволен. Его могут не устроить внешний вид, неудобство при жевании, изменение звукопроизношения и т.д. Временные реставрации – наиболее подходящий вариант протезирования, т.к. изменение цвета и формы на временных коронках не является тяжелой и дорогой процедурой. После совместного согласования окончательной формы надо получить слепок с провизорных протезов и передать в зуботехническую лабораторию, где одной из главных задач зубных техников будет являться повторить обговоренную форму и цвет в долговременной конструкции. Заблаговременно показав пациенту в полости рта предполагаемый протез, можно снизить вероятность неблагоприятных ситуаций в день наложения и стабилизации протеза или коронки.[1,3]

В настоящее время требования к лечению с использованием методов дентальной имплантации требует использование провизорных коронок практически на всех этапах, начиная с экстракция, периода сращения и вплоть до установки долгосрочных коронок (согласно Стандарту «Протокол ведения больных с частичным отсутствие зубов»). Конструкции временных протезов при имплантации могут быть как съемными, так и несъемными. В ситуациях, когда соседние зубы интактны или отсутствует возможность изготовления мостовидного протеза (концевой дефект, большая протяженность дефекта), широко применяются временные съемные зубные протезы. Съемные протезы легко реставрируются, обеспечивают примитивный гигиенический уход. Но пациенты, в

большинстве случаев, относятся далек не позитивно.

Временные несъемные конструкции на имплантатах могут состоять из двух отдельных частей (индивидуальный абатмент и коронка) или одной, где временная коронка соединена с индивидуальным абатментом. При одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой, кто-то говорит формирователь не устанавливать, а использовать временные индивидуальные абатменты и коронки. Другие, рекомендуют применение прикручиваемых провизорных конструкций, изготовленных из пластмассы или композитного материала на интегрированные внутрикостные дентальные имплантаты.

Выбор метода изготовления провизорных коронок зависит от клинической ситуации, а также от того, насколько оснащена клиника и зуботехническая лаборатория и от квалификации врача-стоматолога-ортопеда. Существенно увеличились требования и к качеству провизорных коронок. Провизорные коронки должны быть индивидуальной анатомической формы пациента, в которой особенно важны контакты с зубами антагонистами, выраженность экватора, соответствие пришеечному уступу культи препарированного зуба. [3]

Сущность метода заключается в дублировании формы коронки зуба, который планируется препарировать под искусственную коронку, при помощислека, который получают с него до препарирования и используют в качестве формы для конструкционного полимерного материала после препарирования зуба, внутренняя поверхность коронки при этом формируется самой культей препарированного зуба. Методику удалось упростить и удешевить при помощи термопластического оттискного материала Luxa-Form® фирмы DMG предназначенного для получения небольших частичных оттисков для изготовления временных коронок. Полные оттиски из силиконового материала рационально применять при изготовлении только мостовидных протезов или капп, охватывающих большой участок зубов. Термопластический материал Luxa-Form® выпускается в виде небольших удобных в применении дисков.

Этот материал размягчается в воде при температуре 70°С в течение 1 минуты, поле охлаждения в полости рта он быстро приобретает твердость. LuxaForm® предпочтительно сочетать с бис-акриловым композитом для временных коронок Luxa-temp® того же производителя, поскольку бис-акриловые материалы не нагреваются во время полимеризации и не размягчают термопластичную оттискную массу. По данным литературы, материал Luxa-temp® наиболее прочный при изгибе и упругий по сравнению с другими материалами для изготовления временных коронок. Перед применением термопластичного оттискного материала для получения провизорных коронок, зуб, на который планируется изготовить данную коронку, необходимо восстановить пломбировочным материалом, уделяя особое внимание восстановлению контактных пунктов с проксимальной стороны, выраженности экватора и нормализации жевательной поверхности. Так как восковое моделирование этих образований на гипсовой модели не подходит для данного материала, участки воскового моделирования могут изменить свою конфигурацию под действием температуры термопластичного оттискного материала при попытке получения оттиска с гипсовой модели. Кроме того, если изготавливать восковую модель, то это обязывает дважды снимать слепок и отливать гипсовую модель.[2]

Литература:

1. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология 2010г.
2. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология 2010г.
3. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология 2012г.

ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ КОРОНОК ПО БЕЛКИНУ И ПОГОДИНУ

Петросян А.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Коронки с пластмассовой облицовкой в основном изготавливают на фронтальную группу зубов, а также премоляры, из эстетических пониманий в том числе если использование пластмассовых и фарфоровых связано с какими-либо сложностями или они неэффективны. Выбор той или иной конструкции обусловлен рамками решаемой задачи, особенностями клинического случая, технологическими возможностями и другими аспектами.

Комбинированная коронка по Белкину является штампованной коронкой, вестибулярная поверхность которой облицована пластмассой (фасетка).

Показания к применению комбинированной коронки по Белкину:

Аномалии величины, формы, положения фронтальных зубов верхней челюсти.

Дефекты коронковой части фронтальных зубов и премоляров верхней челюсти кариозного и некариозного происхождения.

Для шинирования при заболеваниях пародонта.

Противопоказания к применению комбинированной коронки по Белкину:

Недостаточно высокая коронковая часть зуба.

Как опора под мостовидный протез.

Глубокий прикус.

Зубы с живой пульпой у детей до 16 лет.

Относительным противопоказанием к применению коронки по Белкину являются резцы нижней челюсти.[3]

Недостатки комбинированной коронки по Белкину

Во-первых, это неудовлетворительные эстетические качества. Металлический каркас нередко обнажается. Пластмасса теряет свой первоначальный цвет. Лишь первое время коронки по Белкину соответствуют цвету естественных зубов . Из-за механического способа соединения металла и пластмассы, а также разности коэффициентов их термического расширения, в мелкие щели, образующиеся в местах соединения, проникает ротовая жидкость и остатки пищи. Это приводит к ещё большему расслоению разнородных материалов, а также к изменению цвета облицовки. Пластмасса при контакте с жидкостью ротовой полости со временем начинает разбухать и оказывает давление на десневой край. Возникает локальный гингивит и постепенное разрушение культи зуба. Эти коронки не обладают нужной прочностью. Для их изготовления требуется сошлифовывание немалого слоя твердых тканей с вестибулярной стороны зуба. Данная конструкция оказывается малопригодной в качестве опоры для мостовидного протеза.[2]

Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированной коронки по Белкину

1-й клинический этап. Зуб препарируют под полную штампованную металлическую коронку. Получают оттиски из обеих челюстей слепочной массой. На отпрепарированный зуб изготовливают провизорную коронку.

1-й лабораторный. Обычным методом изготовливается штампованная коронка.

2-й клинический. Припасовка искусственной коронки в полости рта. Опорный зуб доприпасовуется из режущей, губной и контактной поверхности на толщину пластмассовой части коронки(1,0-1,5 мм).

На вестибулярной части поверхности коронки просверливают отверстие, коронку заполняют размягченным воском и пригоняют на опорный зуб. Внутри коронки образуется тонкий оттиск культи зуба. Слой воска, который остался, отвечает толщине твердых тканей зуба для изготовления фасетки. Воск, который остался, выходит через отверстие. Не снимая коронку, получают оттиск из всего зубного ряда. Подбирают цвет фасетки.

2-й лабораторный: изготовление рабочей модели из гипса. Коронку греют, чтобы избавиться от воска, остатки его убирают, коронку отбеливают, полируют. Вестибулярную стенку коронки вырезают бором, оставляя ее в пришеечной области и в участке режущего края шириной 0,5-1 мм. Для лучшей удерживания пластмассы по краям вырезают бором ретенционные пункты, в виде хвоста ласточки.[2,3]

Каркас подготовленной штампованной коронки обезжиривают, маскируют придесневой ободок и другие части края коронки специальным белым изоляционным лаком. Устанавливают на модель, моделируют вестибулярную сторону воском, с учетом расположенных рядом зубов. Вырезают гипсовый блок, гипсуют к нижней части кюветы губной поверхностью наружу. В дальнейшем проводят замену воска на пластмассу по общепринятой методике, полимеризуют, обрабатывают, шлифуют, полируют.

3-й клинический: припасовка коронки в полости рта. Коронка должна соответствовать всем требованиям к полным искусственным коронкам и удовлетворять эстетические требования пациента.[1]

3-й лабораторный: заключительная полировка пластмассовой поверхности коронки.

4-й клинический: закрепление коронки с помощью цемента. Особенность фиксации в том, что цемент подбирается в соответствии с цветом коронки зуба. Необходимо исключить использование органических растворителей (спирт, эфир).

Комбинированная коронка по Погодину

Погодин предложил оставлять от штампованной коронки лишь ту ее часть на оральной поверхности зуба, которая имеет контакт с антагонистами. Пластмассовая облицовка покрывает вестибулярную, значительную часть контактных поверхностей, полностью режущий край, как пластмассовая коронка.

Показания: диастемы и тремы, укороченная верхняя губа, глубокое резцовое перекрытие.

Подготовленный каркас штампованной коронки проверяют на рабочей модели не произошло ли нарушение после выпиливания окна. Коронку обезжиривают, маскируют придесневой ободок и остальные участки края коронки у окна специальным белым изоляционным лаком. После высушивания вновь закрепляют на модели и моделируют воском анатомическую форму вестибулярной поверхности с учетом формы рядом стоящих зубов. Вырезают блок с ближними зубами, гипсуют в кювету вестибулярной поверхностью вверх и после изоляционного покрытия отливают верхнюю часть кюветы. Удаляют воск, пакуют пластмассу выбранного цвета и полимеризуют, шлифуют, полируют.[1,2]

Отличается лёгкостью изготовления, в тоже время имеет ряд минусов: пластмасса теряет изначальный цвет, особенно по краям окна, конструкция ослаблена удаление губной поверхности коронки, почти непригодна для опоры мостовидного протеза.

Литература:
1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей Кабанов Б.Д., Малышев В.А., 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г.,Лукина Г.И. и др./Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматологи, 2010г.

РЕЧЕВЫЕ ФОРМУЛЫ ВЕЖЛИВОСТИ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ: ПОНЯТИЕ, ВИДЫ, КОММУНИКАТИВНАЯ РОЛЬ (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА ФОРМУЛ ОБРАЩЕНИЯ И ПРОСЬБЫ)

Подгорный Д.С.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко
Краснодар, Россия

Вся наша жизнь, с момента рождения и до самой смерти, проходит среди таких же людей, как и мы сами. Личность любого из нас - это продукт общества, с которым мы взаимодействуем, и нашей собственной внутренней работы. Человек - это искаженное субъективным восприятием отражение окружающих его людей, у каждого из которых он невольно заимствуем какую-то черту, привычку или идею, и на их основе, в свою очередь, выстраивает свое поведение.

Представьте хотя бы на миг, насколько колоссально ваше влияние на родных, друзей, однокурсников, которых вы видите каждый день, если даже случайные знакомые, встреча с которыми зачастую является для нас всего лишь кратким эпизодом, способны повлиять на наше настроение, а иногда и задать ритм целого дня.

Каждому из нас приятно слышать добрые слова и видеть улыбки на лицах окружающих людей. Это ободряет, прибавляет уверенности. Человек всегда неосознанно желает находиться рядом с теми, кто хорошо к нему относятся. И в то же время никому из нас не приятна грубость и агрессия. Ввиду этого, человечество давно выработало систему норм и правил поведения в обществе для того, чтобы минимизировать отрицательное воздействие людей друг на друга.

Согласно толковому словарю Д.В. Дмитриева, вежливость - это качество вежливого человека, совокупность хороших манер, умение вести себя в обществе.

Под вежливостью обычно понимают умение уважительно и тактично общаться с людьми, готовность пойти на компромисс и выслушать противоположные точки зрения.

Общение между людьми происходит на двух уровнях – вербальном и невербальном. Невербальный уровень можно определить как язык жестов и различных «сигналов» нашего тела. На вербальном же уровне общение ведется с помощью языковых единиц. В данной работе мы рассмотрим проявление вежливости именно на вербальном уровне.

Язык - это важнейшая знаковая система в человеческой культуре, средство членения, классификации и надындивидуальной фиксации опыта, посредством которого осуществляется речевое общение и понятийное мышление.

Язык без преувеличения можно назвать одним из величайших человеческих изобретений, позволяющим людям делиться своими мыслями, чувствами, эмоциями и идеями друг с другом. Однако не все люди говорят на одном языке, и, соответственно, не все люди могут беспрепятственно друг друга понимать. Так как каждый язык формируется в результате взаимодействия людей, живущих на определенной ограниченной территории, общее число языков в современном мире может варьироваться в интервале от 2,5 до 5-6 тысяч [1,2].

Вежливость - это культурный феномен, и поэтому то, что считается вежливым в одной культуре, может считаться странным или даже грубым в другой. И как следствие, то, что считается вежливым на одном языке,

при дословном переводе на другой язык не всегда оказывается приемлемым. Обычно вежливость позволяет людям чувствовать себя комфортно в обществе друг друга и избегать напряженности в отношениях. Незнание вежливых выражений и формулировок, свойственных определенному языку, распространенному на конкретной территории, может привести человека к весьма сложной ситуации, когда его собеседники могут неправильно понять его намерения.

Цель вежливости – эффективное взаимодействие, успешная реализация коммуникативных намерений.

Функции вежливости:

1) контроль потенциальной агрессии между говорящим и адресатом с целью избежания (потенциально возможного) конфликта;

2) регулятивная – для создания, поддержания и сохранения социального равновесия и дружественных/ партнёрских отношений;

3) защитная или эгоориентированная – работа над своим образом с целью эффективного речевого взаимодействия и защиты себя от негативных оценок;

4) разрешение конфликтов с наименьшим ущербом для лица говорящего и адресата.

Отражением вежливости в языковой системе является речевой этикет.

Речевой этикет - это совокупность специальных слов и выражений, придающих вежливую форму нашей речи, а также правила, согласно которым эти слова и выражения употребляются на практике в различных ситуациях общения.

Возникновение этикета как такового и речевого этикета в частности прочно связывается расслоением общества на классы и с развитием государства как основной регулирующей и управляющей системы общества. Система чинов, рангов, титулов, званий и прочих атрибутов иерархической системы власти в обязательном порядке требует четких норм и правил поведения для урегулирования процесса общения людей, принадлежащих к разным ступеням иерархической пирамиды.

Со временем различия разных социальных слоёв и групп начинают проявляться настолько явно, что коммуникация в государстве и обществе перегружается огромным количеством несистематизированных норм и правил. Всё это ведёт к неразберихе и путанице. С этого момента предписания начинают классифицироваться и систематизироваться, благодаря чему и появляется этикет.

В речевом этикете этические нормы воплощаются в специальных этикетных речевых формулах. Этикетные формулы – это закрепленные в каждом языке способы выражения наиболее частотных и социально значимых коммуникативных намерений. Вежливый человек их соблюдает на протяжении всего разговора, начиная с приветствия и заканчивая прощанием.

В данной статье нас будут интересовать английские и русские этикетные речевые формулы обращения и просьбы.

Императив – это прямой способ выражения просьбы через повелительное наклонение глагола. Если в русском языке императив – наиболее привычный и широко распространенный вид просьбы, то в английском языке ситуации абсолютно иная, и употребление императива для выражения просьбы допускается в очень ограниченных ситуациях и только при неформальном общении с близкими (друзьями, членами семьи). Как правило, он сопровождается модификаторами или конечным формативом:

«Pass me that cannula would you, nurse?» (Не передали бы вы мне иглу, сестра?)

«Hang on a minute, please» (Минуточку, пожалуйста)

«Pass me my handbag, dear» (Подай мне мою сумочку, дорогой)

«Just keep it for me» (Просто оставь это для меня)

Согласно результатам исследования Э. Ринтель, просьба, выраженная императивом, используется в англоязычном обществе при низком уровне вежливости 34,4 %, при среднем уровне на долю таких высказываний приходится всего 3,1 %, а в высоком они вообще отсутствуют.

Существую также отрицательные императивные конструкции, содержащие просьбу к адресату не совершать то или иное действие (Don't smoke, Не курите), они также отличаются пониженной степенью вежливости в английском языке и также чрезвычайно употребительны в русском.

Явно выраженное предпочтение в английской коммуникации отдается косвенным способам выражения просьбы, чего требует английская вежливость. Стоить отметить, что косвенный способ выражения просьбы распространен и в России на среднем и высоком уровне вежливости и культуры людей.

Наиболее распространенным способом выражения просьбы являются вопросительные высказывания с модальными глаголами.

По обобщенным данным Э. Ринтель, вопросительные конструкции являются наиболее частыми при выражении просьбы на всех уровнях вежливости.

Среди вопросительных высказываний выделяются два основных типа:

а) объектно-ориентированные, т. е. ориентированные на слушающего:

Can you give me a lift home?

Ты можешь дать мне ее номер телефона?

б) субъектно-ориентированные, т. е. ориентированные на говорящего:

Can I get a lift home?

Могу я взять твою ручку?

В русском языке существует еще и безличная форма:

Можно (мне) сделать это?/

Можно меню?

В английском языке существует большое разнообразие модальных глаголов, выражающих разную степень вежливости. Среди них стоит выделить:

Can/Could, May/Might (чересчур вежливая форма, практически не употребляется в настоящее время), Will/Would, а также их отрицательные формы.

Will you stop talking, please? Would you give me a hand, please?

Might I come in? May I see Mr. Brown?

Can you help me? Could you help me?

Если человек надеется на более благоприятный ответ, то он может оформить свою просьбу в виде отрицательного вопроса:

Couldn't you give me more information?

Русские отрицательные высказывания, которые, предоставляют адресату возможность ответить отрицательно, являются более вежливыми, чем утвердительные (Вы не могли бы это сделать? – Вы могли бы это сделать?). В английском же языке более вежливыми являются утвердительные высказывания, поскольку в отрицательных содержится большее побуждение дать утвердительный ответ (Could you do that? – Couldn't you do that?). Таким образом, если для английского языка характерны вопросительные утвердительные высказывания, то для русского – вопросительные отрицательные высказывания.

При выражении вопроса-разрешения в русском языке нет такой градации вежливости, которую образуют в английском языке высказывания с модальными глаголами can / could / may / might. В сопоставляемых языках существуют различия не только в моделях вопроса-разрешения и степени передаваемой ими вежливости, но и в частотности их употребления.

В русском и английском языках также существуют развернутые высказывания, однако они не столь многочисленны и употребляются в речи на порядок реже. Это конструкции, выражающие благодарность говорящего в случае выполнения адресатом желанного действия:

«Я был бы очень благодарен, если бы вы сделали это»

«Я был бы очень признателен, если бы вы сделали это»

«I will be grateful, if you could do it»

«It will be very kind for you, if you can help me» (Это было бы очень мило с вашей стороны, если бы вы сделали это)

Стоит также выделить в отдельную группу языковые средства в русском и английском языках, которые употребляются для смягчения просьбы, но сами по себе не несут большой смысловой нагрузки.

Для снижения категоричности высказывания в русском языке также существует целый ряд языковых средств, среди которых стоит выделить:

– маркер вежливости пожалуйста;

– ты / Вы форма;

– ласкательно-уменьшительные формы обращений (сыночек, Анечка, доченька, Мишенька);

– различные минимизаторы, используемые для снижения «социальной цены» предмета просьбы и приуменьшения затрат адресата (чуть-чуть, маленький, капельку, глоточек, секундочку, на минутку и др.);

– удвоение выражения просьбы (Прошу вас, очень прошу).

В английском языке нет такого разнообразия модификаторов. В основном просьбу смягчают такие средства, как:

- конечный форматив (will you, would you, could you, right, all right, OK)

«Pass me that cannula would you, nurse?» ;

-маркер вежливости please;

- could you perhaps (можешь возможно) /could you possibly (можешь по возможности) /could you just (можешь только)/do you think you could (ты думаешь, ты можешь) и т.п.;

-ласкательные формы обращений (dear (дорогой), honey (сладкий), my friend (мой друг) и др.).

Таким образом, в любом человеческом обществе общение между людьми ведется на трех уровнях вежливости - официальном, нейтральном и фамильярном.

Стоит учитывать, что интонация, как и невербальный уровень общения, нами не принимаются в расчет в данной работе. Наше исследование направлено только на изучение способов выражения и роли в межличностном общении речевых формул.

В основе всех различий в употребительности различных форм изъявления вежливости, на мой взгляд, лежит разница между славянской и англо-саксонской культурами, это разница обусловлена разным историческим развитием, создавшим две разные нации.

Согласно известному стереотипу англичане холодны, сдержанны, а потому плохо идут на контакт, не говоря уже о том, чтобы помочь или откликнуться на чью-нибудь просьбу. Это наблюдение верно, если исходить из чисто внешнего поведения: They do no establish eye contact. They in fact look through you – Они не смотрят тебе прямо в глаза. Фактически, он смотрят мимо тебя. Сами англичане объясняют это следующим образом: The Brits are a funny lot. We do not look. We glimpse as we do not want to interfere with you privacy – Британцы – странные создания. Мы не смотрим, мы скользим взглядом, так как не хоти вмешиваться в вашу личную жизнь.

Что касается русских людей, то в раннем детстве родители учат детей правилам, принятым в русском обществе, как обращаться к старшим, как вести себя за столом, но важнейший урок, который дети учат наизусть, прежде чем пойти куда-то в одиночку – не разговаривать с незнакомыми людьми. Именно в этом, я считаю, кроется причина более широко распространения выражений, свойственных фамильярному уровню вежливости. В английском же языке, напротив, бóльшее внимание уделяется разным формам выражения вежливости на нейтральном и официальном уровнях. Подобное соотношение речевых этикетных формулировок, принадлежащих к разным уровням вежливости, так же указывает нам на особенности общества, где они используются.

Литература

1.Арова Э.В. Будьте добры. - Издательство: Полымя, 1985 г.

2.Ларина Т.Я. Категория вежливости и стиль коммуникации: Сопоставление английских и русских лингво-культурных традиций. - монография. М.: Изд-во РУДН, 2003 г.

СКАЗКА И МИФ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Прищеп Л.В., Бекетова Е.А.

МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования». Краснодар, Россия.

В последнее время наблюдается рост количества детей дошкольного возраста, с , психологическими трудностями в развитии. Это обстоятельство требует создания надежных диагностических и коррекционных методов, которые будут аптированны к содержанию типичных проблем детей этого возраста. В последние годы в практической деятельности психологов и психотерапевтов все чаще применяются методы сочинения рассказов или сказочных историй. Этот метод в работе с дошкольниками признан Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевым, И.В. Бачковым весьма авторитетным и обладает большими достоинствами (способствует установлению эмоционального контакта, не вызывает сопротивления, не требует специально разработанных технических средств, оказывает коррекционное воздействие уже в процессе диагностики). Однако, несмотря на широкое использование данного метода, область его применения до сих пор не подвергалась теоретическому изучению.

Особое сочетание приемов при сочинении историй в сказкотерапии обеспечивает высокую эффективность метода: сопереживая персонажам, ребенок легко погружается в свой внутренний мир, создать который помогает терапевт посредством сказочного зачина, представляющего сложное сплетение наблюдений, обучающих навыков, интуитивных подсказок и целеполаганий. В результате ребенок получает ценный и важный посыл, стимулирующий его ассоциации и переживания, что дает ему возможность справиться с психологическими трудностями [3]. Обращенность воздействия одновременно к сознанию и бессознательному ребенка обусловлена применением психологической метафоры - образа, символически моделирующего некоторые аспекты проблемной ситуации ребенка.

Метод сказкотерапии используется в психологической практике по оказанию помощи взрослым и детям в отечественной и зарубежной психотерапии [1]. Отечественные специалисты в области сказкотерапии Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, И.В. Бачков, С.К. Нартова-Бочавер, О.В. Защиринская, Д.Ю. Соко-

лов и др. определяют его не просто как одно из направлений психотерапии, а синтез достижений психологии, педагогики, психотерапии и философии разных культур.

Логика мифа специфична, Я.Э. Голосовкер считал, что миф многосмыслен: «Воображаемый мир обладает часто большей жизненностью, чем мир физически данный, ибо воображаемый объект мифа не есть только выдумка, а есть одновременно познанная тайна объективного мира и есть нечто предугаданное в нем. Это обилие внутреннего содержания или бесконечность смысла мифа сохраняет нам мифологические образы на тысячелетия, несмотря на новые научные аспекты и новые понятия нашего разума или на новые реалии нашего бытия» [4]. Логика чудесного в мифе как бы произвольно играет категориями: временем, пространством, количеством, качеством, причинностью, «Играя пространством и временем, чудесное по своему произволу сжимает, растягивая или вовсе их снимает, не выходя при этом из предметной вещности мира» [5].

Основатель психоаналитической теории коллективного бессознательного К.Г. Юнг подчеркивает, что «благодаря: сказкам можно лучше всего научиться изучать сравнительную анатомию человеческой психики» [6].

Нами было проведено исследование, цель которого выявить степень различий между психологическим портретом ребенка и его сказочным продуктом.

Гипотеза исследования: между психологическим портретом ребенка и его сказочным продуктом отсутствуют статистически значимые различия.

Выборку составили 10 детей 5-6 лет из Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Центр развития ребенка - детский сад № 3 муниципального образования Динской район».

Процедура исследования состояла в следующем:

1. Диагностика десяти детей дошкольного возраста с использованием сказочного зачина "Птенец" из набора сказок Л. Дюсс, составленного Б.Шелби. а также анализ полученного сказочного материала группой из трех экспертов-психологов.

2. Составление совместно с воспитателями социально-психологического анамнеза дошкольников, включающего описание семейной ситуации, а также оценка воспитателями характерных психологических особенностей ребенка.

3. Сопоставление двух эмпирических рядов данных (психологических особенностей опрошенных детей и психологического содержания их сказочных историй, оцененного экспертами).

В ходе исследования был использовали тест «Сказка» Л.Дюсс, который позволяет выявить эмоционально-личностные особенности и проблемы детей 4-10 лет. Указанный тест ставит целью выявить наличие спонтанных эмоциональных реакций в поведении ребенка при его идентификации с героем сказки. Из сказок Л.Дюсс, объединенных Б.Шелби, была выбрана сказка «Птенец», цель которой – выявить степень зависимости ребенка от родителей. Ниже приведен текст сказки.

"В гнездышке на дереве спят птички: папа, мама и маленький птенец. Вдруг налетел сильный ветер, ветка сломалась, и гнездышко упало вниз – все оказались на земле. Папа летит и садится на одну ветку, мама садится на другую. Что делать птенцу?"

Данная сказка моделирует архетитипическую ситуацию катастрофы, которую переживает в своей жизни каждый ребенок (она может соответствовать реально переживаемым событиям: ситуации развода родителей, сепарации, одиночества, госпитализации и т.п.), причем ребенок, как правило, идентифицирует себя с персонажем птенца; дерево представляет собой модель дома, семьи, птицы - естественно, родителей героя. Типичные возможные нормальные ответы: «Он тоже полетит и сядет на какую-нибудь ветку»; «Полетит к папе – он сильный»; «Полетит к маме – испугался»; «Останется на земле – не умеет летать, но будет звать на помощь, и папа (или мама) подлетит и заберет его». Типичные ответы детей с психологическими проблемами: «Не умеет летать, поэтому останется на земле»; «Попытается улететь, но не сумеет»; «Умрет во время падения»; «Умрет от голода (или дождя, холода и т.п.); «О нем все забудут, и кто-нибудь на него наступит» и т.п.

Ответы опрошенных детей на вопросительную фразу в конце сказки тщательно фиксировались и анализировались. Ответы детей не комментировались. Если ребенок проявлял безразличие, невнимательность, признаки волнения (понижал или повышал голос, краснел или бледнел, покрывался потом, выполнял невротические движения), прерывал сказку, отказывался отвечать на вопросы, настойчиво опережал события, – все это расценивалось как признаки патологической реакции на тест, психологического расстройства, которое необходимо исследовать с помощью других методик.

Все ответы детей были разделены на 3 группы.

Первая группка - нормальные ответы.

Вторая группа - ответы детей, отражающие психологические проблемы (приведены ниже).

Третья группа - ответы детей, в которых отслеживается тема "невмешательства" либо беспомощности родителей.

Мы предположили наличие 3-х основных тенденций внутрисемейного взаимодействия:

1. Эмоциональный контакт, взаимовыручка.
2. Непонимание, невнимание друг к другу, непринятие, отчуждение.
3. Эмоциональная дистанция.

Распределение тенденций поведения в семье (на основании сказочного продукта опрошенных детей) было следующее: 1, 5 % опрошенных детей транслируют в своих сказочных историях налаженный эмоциональный контакт в отношениях между членами семьи, 30 % - эмоциональную дистанцию, 20 % - непринятие членами семьи друг друга.

На этом этапе исследования определялись основные психологические проблемы, которые обнаруживались в метафорической форме в сказочном материале детей.

Мы остановились на тех психологических проблемах детей, которые ярко проявляются в сказочной истории ребенка. К этим психологическим проблемам нами были отнесены: *чувство одиночества, страх, агрессивность, застенчивость и сверхзависимость.* Проблема сверхзависимости и одиночества - основные проблемы, выявляемые сказкой "Птенец".

Эксперты-психологи (3 человека) заполняли анкету на каждого ребенка после изучения его сказочной истории и на основе сказочной продукции определяли присутствие или отсутствие указанных выше психологических трудностей.

Для оценки служила 4-балльная шкала, где 0 - тема отсутствует, 1 - представлена слабо, 2 - представлена наряду с другими, 3 - это основная тема сказки.

Таким образом, каждой из полученных сказочных историй было присвоено 5 оценок каждым из экспертов-психологов. Средние оценки присутствия в каждой из сказочных историй категорий страха, агрессивности, застенчивости, сверхзависимости, одиночества представлены в таблице 2.

Велика роль народной педагогики в реализации сказочных историй в среде детей [2].

Таблица 2

Средние экспертные оценки психологических категорий в сказочных историях опрошенных детей

№ испытуемого	Психологическая категория (тема)				
	Страх	Агрессивность	Застенчивость	Сверхзависимость	Чувство одиночества
1	1,9	0,2	0,2	2,6	1,2
2	1,1	0,6	0,9	2,9	1,5
3	2,6	0,9	2,1	1,3	2,7
4	2,2	1,1	2,1	1,3	2,2
5	2,4	2,1	0,9	1,6	2,7
6	3,0	2,6	1,1	2,8	3,0
7	2,6	2,3	0,9	1.3	2,7
8	2,5	1,8	2,4	2,8	3,0
9	1,9	0,3	1,3	2,2	1,3
10	0,7	0,2	1,9	2,4	1,6

Результаты, полученные в ходе эксперимента, обнаружили совпадения между сказкой, сочиненной ребенком, и его психологическим портретом. В то же время отметим важность использования этого метода только в контексте живой диагностической ситуации, позволяющей задавать уточняющие вопросы.

Таким образом, в предварительном исследовании было замечено отсутствие различий между психологическими особенностями автора и содержанием сочиненной им сказки (его сказочным продуктом). Но в процессе

экспериментальной части обнаружилась неоднозначность установленных связей.

По результатам выполненной работы были сформулированы следующие выводы:

1. Такие особенности и проблемы дошкольников как одиночество и сверхзависимость устойчиво отражаются в их сказочной продукции.

2. Диагностические сказки, используемые в качестве независимых переменных при сочинении детьми собственных историй, обладают различной эффективностью в выявлении психологических трудностей у детей.

Однако отметим небольшой размер выборки и использование в исследовании неполного варианта теста (одна сказка из набора), что, бесспорно, повлияло на степень достоверности полученных результатов. Предположительно, полный вариант теста "Сказка" увеличил бы достоверность картины валидности методики

Литература

1. Бекетова Е.А. Интерактивные методы обучения в подготовке студентов-психологов / Е.А. Бекетова // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы VII Международная научно-практическая: материалы VII Международной заочной научно-практическая конференция.- М.: НИЦ «Аэтерна», 2015
2. Белялова М.А. Воспитание средствами народной педагогики // Международный журнал экспериментального образования. 2015.
3. Гавриченко О.В. Исследование связи между психологическими особенностями субъекта и его сказочным продуктом // Научные труды МПГУ. Серия психолого-педагогические науки, 2004 г.
4. Голосовкер Я.З. Логика мифа. - М., 1987
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практику по сказкотерапии. - СПб., 2001
6. Юнг К.Г. Человек и его символ. - М., 1998

ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ

Рамонова Л.П., Киян И.В., Бондаренко П.П.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В холодное время года резко увеличивается количество респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) у детей [2]. Нередким осложнением ОРВИ среди детей младшей возрастной группы считается острый стенозирующий ларинготрахеит [1]. Цель данной работы – изучение особенностей сестринского процесса у детей с данной патологией.

В реанимационном отделении Майкопской городской инфекционной больницы в течение года находились на лечении 39 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет с диагнозом острый стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп) II – III степени. Тяжёлые сопутствующие заболевания (врождённый порок сердца, правосторонняя пневмония) имелись у 2 детей.

Тяжести крупа оценивали с помощью дифференциально-диагностической таблицы [2].

Клинические симптомы / степень крупа/	Круп II степени (субкомпенсированный)	Круп III степени (декомпенсированный)
Состояние сознания	Беспокойство	Заторможенность
Тахикардия (% возрастной нормы)	До 120%	Более 120%
Характер дыхания	Шумное стридороидное дыхание, «лающий» кашель	Шумное стридорозное дыхание с участием вспомогактельных мышц, втяжением межрёберных промежутков
Одышка (% возрастной нормы)	125-150%	Более 150%
Состояние кожи и слизистых	Бледные с пероральным цианозом	Выражен цианоз. У части больных «мраморный» рисунок кожи, положительный с-м «белого пятна»

При поступлении круп II степени установлен у 32 детей, III степени – у 7. Всем детям в реанимационном отделении санировали носовые ходы после закапывания теплого физ-

раствора и адреномиметиков. Проводили щелочные ультразвуковые ингаляции, а также ингаляции подогретой кислородно-воздушной смеси. Проводилась инфузионная, дезинтоксикационная терапия. Назначались глюкокортикоидные гормоны и антибиотики. Показанием к интубации трахеи служил круп III степени, а также отсутствие положительной динамики при крупе II степени. Эндотрахеальная трубка устанавливалась через рот на срок не более 12-24 часов. Для более продолжительного поддержания проходимости дыхательных путей пользовались назотрахеальной интубацией. Манипуляция проводилась под масочным фторотановым наркозом. Мышечные релаксанты не применялись. В течение первых двух часов проводились ингаляции чистым кислородом, в дальнейшем концентрацию кислорода снижали до 40%. Показаний к выполнению трахеостомии не возникало.

Осуществлялся мониторинг основных показателей: частоты дыхания, пульса, артериального давления, сатурации кислорода; контролировался водный обмен. Все параметры регистрировались в карте индивидуального наблюдения с интервалом 1-3 часа. Особое внимание уделялось состоянию интубационной трубки (положение в дыхательных путях, проходимость, фиксация, санация).

Все дети выписаны из реанимационного отделения со значительным улучшением.

Литература:

1. Малышев В.Д. Острая дыхательная недостаточность.- М.: Медицина. 1989.- 240 с.
2. Неотложная помощь в педиатрии: (руководство для врачей- педиатров скорой помощи) /Под ред. Э.К.Цыбулькина.-Л., Медицина. 1987.-352с.

ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА «МЕЛЬДОНИЯ» НА ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Романенко А.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В настоящее время спорт - это часть жизни. Занимаясь физической культурой, каждый из нас наполняет себя энергией, что помогает добиться хороших результатов в будущем. Занимаясь спортом - мы сохраняем здоровье, а это один из главных факторов нормальной жизнедеятельности. Организму, подвергающемуся тяжелым физическим воздействиям нельзя не восстанавливать силы (процесс такой же важный, как и тренировка). Самые распространенные средства восстановления организма после нагрузок: правильное питание, сон, медитация и т.д. К сожалению, чем больше нагрузка, тем сложнее восстановить свои силы, поэтому многие профессионалы используют медико-биологические средства.

Милдронат — наиболее доступный выбор, о котором хорошо знают репрезентанты различных видов спорта. Препарат был изобретен в середине 1970-х годов в Латвии. В самом начале задачей милдроната был контроль роста растений, животных и домашней птицы. Спустя некоторое время, начиная с 1984 г. препарат разрешили применять в медицине. Данный медикамент не считался допингом, его можно было употреблять, не боясь дисквалификации (в настоящий момент в соответствии с международным антидопинговым законодательством препарат попал в запрещенный список 16 сентября 2015, с началом действия с 1 января 2016 года, причины выясняются). Вследствие этого он являлся самым распространенным.

Активным веществом в милдронате является мельдоний— это метаболическое средство, приводящее в норму энергетический метаболизм клеток. Метаболизм (от греч. metabole - превращение) - обмен веществ, т. е. превращение определенных элементов внутри клеток с момента их поступления до образования конечных продуктов. Метаболизм имеет 2 стороны: пластический и энергетический обмены. Пластический основан на реакциях синтеза с затратой АТФ, в результате которых синтезируется вещества необходимые клетке (к данному обмену относится, например, биосинтез белка). Энергетический - реакции расщепления сложных веществ с выделением энергии (запасается АТФ), включает 3 этапа: подготовительный, кислородный, бескислородный.

Почему именно это лекарственное средство стало так привлекать внимание спортсменов? В чем заключается помощь данного препарата, и как оно влияет на вос-

становительный процесс после физических нагрузок?

Для начала нужно понять, что такое восстановительный процесс.

Утомление — нормальное состояние организма, характеризуемое временным снижением работоспособности, предупреждающее о том, что желательно изменить своей режим, позволить себе немного отдыха. Основной причиной развития утомления является спад потенциальности организма (возможности которого индивидуальны) при чрезмерных требованиях. При выполнении физических нагрузок работоспособность определяется соотношением процессов утомления и дальнейшего восстановления. Процесс, возникающий в организме после завершения работы. Главная задача-возврат организма к состоянию, которое было характерно до выполнения физических упражнений. Как только завершились нагрузки, наступает период, получивший название - восстановительный, его роль заключается в возрождении измененных функций органов, систем органов и энергетических ресурсов организма. Восстановление после прекращения работы происходит довольно быстро, потом замедляется. Нельзя забывать об индивидуальных показателях каждого человека. Данный процесс происходит не одновременно. Сначала восстанавливается функция дыхания, затем частота пульса и т.д. Также наблюдается пониженная работоспособность, а вследствие восстановительных процессов способна достигать не только исходного уровня, но и превышать его.

Препарат "Милдронат" – лекарственное средство, которое помогает клеткам быстрее приспособиться к энергетическому голоду (мы знаем, если организм не справляется с сильными воздействиями на него, возникает состояние перенапряжения – стресс, а это может привести к различным последствиям, в том числе к летальному исходу); совершенствует метаболизм (в иммунных клетках приходят в норму обменные процессы, а это содействует укреплению защитного потенциала организма). Минимизирует накапливание токсических продуктов. Разумеется, значительно повышается выносливость, что важно при физических нагрузках, ведь организм тратит большое количество жирных кислот (это органические соединения, поступающие в организм с натуральными жирами, растительного или животного происхождения).

Милдронат способен оберегать клетки сердечной мышцы от дефицита кислорода. Возникает баланс между поступлением кислорода к тканям и нуждаемостью в нем клеток; повышается стойкость организма к нагрузкам, проходит истощенность; наблюдается усиления кровотока, замедляется процесс отмирания клеток. Под действием препарата сердечная мышца способна сокращаться более сильно и нечасто, расширяя переносимость сердечной мышцей нагрузок. Вдобавок, средство оберегает от разного рода влияний клетки мозга, например, при нарушениях мозгового кровообращения. А также приводит к уменьшению повреждений головного мозга и патологии рефлексов; происходит улучшение координации движений и вегетативных функций. Оказывает благоприятное воздействие на сосуды. Наблюдается снижение уровня общего холестерина в плазме крови.

Конечно, существуют и противопоказания, например, с хроническими заболеваниями печени и почек важно соблюдать осторожность, не стоит принимать при повышении внутричерепного давления (при нарушении венозного оттока, внутричерепных опухолях).

Следует заметить, большинство отзывов о данном средстве положительные, что говорит об эффективности препарата. Многие применяют его при различных тяжелых заболеваниях ССС (гипертония, сердечная недостаточность). Пациенты (с вышеупомянутыми недугами) говорят о том, что препарат снимает усталость, повышает выносливость и переносимость физических нагрузок. Многим лекарственное средство помогло справиться с высокими умственными нагрузками, повысило работоспособность. Отрицательные отзывы связаны с тем, что не проводились научные исследования эффекта препарата.

Милдронат- средство, с уникальным механизмом действия, которое оказывает влияние на многие процессы в нашем организме, в том числе и на восстановительный (активируется производство энергии из глюкозы, запускается экспрессия белков, увеличивается число центров, катализирующих окисление жирных кислот, т.е. происходит активация механизмов адаптации на генном уровне, поэтому так велико

значение препарата для спортсменов). Конечно, нужно проконсультироваться со специалистом. Но не стоит забывать и о более простых способах восстановления организма после физических нагрузок (охлаждение, восстановление жидкости, отдых и хороший сон).

Литература

1.Калвиньш И.Я. Милдронат: механизм действия и перспективы его применения. - Рига, 2002.
2.Стаценко М.Е., Беленкова С.В., Спорова О.Е., Шилина Н.Н. // Биомедицина. – 2006.
3.Уилмор, Дж. Х. Физиология спорта и двигательной активности: Пер. с англ. / Дж. Х. Уилмор, Д. Л. Костилл. – Киев: Олимпийская литература, 1997
4. http:// www.vidal.kz/poisk_preparatov/ mildronate. htm
5. http://www.womenhealthnet.ru/ cardiology/ 3468.html

КАЧЕСТВО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРОК ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТКАМИ

Рочегова О.А., Мельник Е.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Реформа сестринского образования и сестринского дела в РФ, уровни и темпы развития медицинской науки, внедрение новых медицинских технологий, а также международный опыт предъявляют серьезные требования к совершенствованию профессиональной подготовки акушерок, от которых во многом зависит качество медицинской помощи женщинам, обратившихся в лечебное учреждение [1,2].

Цель: оценить работу акушерок в условиях женской консультации в вопросе качества оказания медицинской помощи пациенткам.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 3 месяцев 2015 года на базе женской консультации (ж/к) №5 ГБУЗ «ККБ №2» методом анкетирования и ретроспективного анализа архивного материала (карт амбулаторного больного). В анкетах для акушерок содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям работы в ж/к №5. В анкетировании приняли участие 18 медицинских сестер, средний возраст которых составил 36,6 ±1,8 лет, средний общий медицинский стаж составил 16,5±2,02 лет. Кроме того, проводилась анкетирование 3200 пациенток женской консультации, которые оценивали работу акушерок по пятибалльной системе.

Результаты исследования: было установлено, что в ж/к №5 работают акушерки всех возрастных групп без существенных различий по группам, $p>0,05$. В ж/к работают постоянные люди, который до настоящего места работы ранее не трудились, общий медицинский стаж акушерок и стаж работы в данном ЛПУ одинаковый, большинство акушерок имели стаж от 6 до 30 лет (90%). Квалификационную категорию имели 66,7% медсестер, из них у 33,3% была высшая, 27,8% не имели категории, объясняя это незначительной доплатой за категорию. Результат проверки среднего медицинского персонала администрацией Перинатального Центра по знаниям функциональных обязанностей, действующим приказам и санитарно-эпидемиологическому режиму в ж/к, нормативных документов, должностных инструкций, навыкам выполнения медицинских технологий, а также отсутствие жалоб на акушерок со стороны пациентов показал отличный результат, что говорит об солидной подготовке сотрудников и, как следствие, высоком уровне помощи обращающимся в ж/к пациентам. В работе акушерок большое внимание уделяется вопросам самообразования. Так. Установлено, что 50% сотрудников постоянно читают профессиональную литературу, 16,7% занимаются исследовательской деятельностью, но, есть и те кто не занимаются самообразованием (11,1%), ограничиваясь посещением общебольничных мероприятий. Однако, 94,4% акушерок не желают поменять свою профессию на другую.

Средний возраст пациентов обратившихся к акушерке составил 38±0,6 лет, 31,6% были в возрастном интервале 21-30 лет и 26,3%- 31- до 40 лет. 58% женщин были незамужние, $p>0,05$. Из респондентов 47,4% - имели высшее образование и 31,2% - имели средне-специальное. 36,6% посетительниц ж/к нуждались в обследовании и консервативном лечении; 32% - в наблюдении по беременности; 28,4% - в профилактическом осмотре; 3% - обследовались перед оперативным лечением.

Мнение пациенток о работе акушерок было положительное, удовлетворенных респондентов, поставивших 5 баллов было 98,6% ($p<0,05$). Основные причины недовольства

женщин в работе акушерок: длительное ожидание приема, недостаточное внимание к больным, поскольку часто на прием приходит очень большое количество больных, многие без предварительной записи. Тем не менее, все пациентки стали бы рекомендовать своим знакомым, родственникам обращаться в ж/к №5 ГБУЗ «ККБ №2».

Выводы:

Акушерско-гинекологическая служба женской консультации №5 ГБУЗ «ККБ №2», организованна в соответствии с приказами, нормативными документами, положениями, о чем свидетельствует результат проверки администрации Перинатального Центра и МЗ КК.

Акушерки ж/к №5 выполняют свою работу на высоком профессиональном уровне, о чем свидетельствуют правильные ответы респондентов по знаниям приказов и функциональных обязанностей, отсутствие замечаний со стороны руководства ж/к №5 и администрации Перинатального Центра, а так же то, что 98,6% пациенток удовлетворены их деятельностью.

В ж/к №5 преимущественно обращались образованные, имеющие высшее (47,4%) и средне-специальное (31,2%) образование пациентки репродуктивного возраста, нуждающиеся в лечении (39,6%) и наблюдении по беременности (32,0%).

Литература

1. Железняк Е.С., Вишняков Н.И. и др. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице// Здравоохранение РФ. 2008.-Ks5.- С. 39-41.
2. Ролько В.Т. Современные технологии сестринского процесса // Медицинская сестра. - 2002. №2. — С.36-39.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС И НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ

Салалыкина Е.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Основными принципами эффективной работы медицинского персонала в детских учреждениях такого типа считаются направленность на улучшение работы; тщательная подготовка; всестороннее непредвзятое обсуждение итогов работы, деловых и личных качеств человека, их соответствия должности. Эффективность системы оценки определяется несколькими факторами. [2]

Наиболее часто работа среднего медицинского персонала требует эмоционального участия в выполнении профессиональных обязанностей, где актуальным вопросом остается роль медицинской сестры в организации помощи детям с поражением ЦНС и нарушением психики. Эффективность системы оценки определяется несколькими факторами. Наиболее часто работа подчиненного оценивается его непосредственным вышестоящим начальником. Поэтому он должен обладать способностью точно оценивать работу, не основывая свою оценку на личном отношении к подчиненному. [3]

Он должен также уметь довести эту оценку до подчиненного. Это может оказаться довольно трудным делом, когда работа плохая, особенно, если начальник никогда не проходил подготовки по технике общения. Чтобы эффективно оценить работу сотрудника, необходимо иметь легкие в использовании, надежные и точно характеризующие критические факторы оценки. На работу среднего медицинского персонала влияет их уровень эмоционального состояния и не нормированная работа, знание особенностей проблем больных детей при проведении обследований. Проведение исследований и подготовка к диагностическим исследованиям детей, нуждающихся в посторонней помощи, должны осуществляться квалифицированными медицинскими сестрами. Исследование проводилось в Государственном бюджетном учреждение здравоохранения «Дом ребенка специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики № 3» министерства здравоохранения Краснодарского Края. г. Усть-Лабинск.

Анализ состояния здоровья детей при поступлении в доме ребёнка представлен: заболевания ЦНС, нарушения психики составляют -75%, анемии-12%, прочие-13%. Физическими лицами средний медицинский персонал укомплектован на 68,5%. Педагогический персонал укомплектован на 63,41%, врачами на 85,7%. Всего на конец отчетного периода учреждение укомплектовано на 69,8%. Для изучения мнения среднего меди-

цинского персонала по организации труда в учреждении, нами было проведено анкетирование среднего медицинского персонала МЛПУ «Специализированный дом ребенка». Оно показало, что все исследуемые в своей профессиональной деятельности испытывают трудности. Среди них на первый план выходит низкая заработная плата (60%). На второй план - психоэмоциональные нагрузки (40%). По результатам опроса можно сделать вывод, что больший процент занимают материальные потребности - 44,5%, на втором месте отметили что работа вызывает интерес - 37%, карьера остается в этом учреждении не замеченной сотрудниками среднего медицинского персонала - 2%. Повышению профессионального и социального статуса медицинских сестер способствует, на наш взгляд – участие их в принятии некоторых решений. Среди респондентов (40%) человек отметили, что они постоянно участвуют в принятии решений, касающихся сестринской деятельности; (50%) человек делают это редко, (10%) ответили отрицательно. Отношения внутри сестринского персонала медицинские сестры считают «деловыми»-15(50%) человек, «дружескими» 6(20%) человек, «натянутыми» 9(30%) человек. Из 30 респондентов только -14(45%) были удовлетворены своей работой. Не удовлетворены-16 (55%). Видимо это является одной из причин желания сменить работу у- 9 (30%) медицинских сестер. В целом большинство опрошенных – 21(70%) человек оценили свое материальное положение как «неудовлетворительное», а 9(30%) как «удовлетворительное».

Учитывая контингент больных детей с широким спектром заболеваний, имеющих в большей степени первую степень дефицита самоухода, весьма важным исследовательским компонентом было определить нагрузку и степень подготовки медицинских сестер к проведению качественного ухода. Медицинские сестра работали в одинаковом режиме.

Нами проанализированы снятые баллы за дефекты в работе постовых медицинских сестер. Результаты анализа показали, что больше всего дефектов в работе допускали медсестры за нарушение санэпидрежима (15,3%), за нарушение ухода (12,7%), соблюдение режима кормления (13,8%), которые определили основные направления работы по повышению квалификации обслуживающего персонала.

Заключительный этап исследования состоял из двух частей – теоретической и практической. Теоретическая часть тестирования выявила, что только 7 медицинских сестер из 30 справились на «отлично», Ошибки при выполнении назначений врача были у 19 человек. Больше всего ошибок медицинских сестер были в вопросах касающихся санитарно – эпидемиологического режима- 64%. Ошибки по вопросам заполнения документации были у 78% человек. По вопросам ухода за детьми-22%, по вопросам питания детей - 26%.

Что касается практической части тестирования, то с ней справились все медицинские сестры, 22 из них справились на «отлично», все имеют категории, а 11 медицинских сестер - это молодые специалисты со стажем работы менее 4 лет.

Медицинские сестры выполняли: заполнение документации; учет, выписка и хранение лекарственных средств; выполнение манипуляций. Большинство медицинских сестер справились с практической частью тестирования на «хорошо». Результаты проведенного исследования показали, что уровень образования медицинских сестер влияет на качественные показатели работы среднего медицинского персонала. Для этого им необходимо регулярно повышать свой профессиональный и квалификационный уровень, применять свои знания, умения и навыки в работе. Рекомендации:

1. Среднему медицинскому персоналу учреждения необходимо регулярно повышать свой профессиональный и квалификационный уровень.
2. Руководству организации систематизировать подготовку и повышение квалификации средних медицинских работников.
3. Разработать и внедрить мероприятия по повышению мотивации среднего медицинского персонала исходя из сложности и напряженности труда.
4. Руководству систематизировать доступность участия среднего медицинского персонала во внешних конференциях по профилю учреждения для обмена опытом.

Литература:

1. Андреева Т. Почему уходят лучшие: проблема демотивации персонала // Управление персоналом. – 2006. - № 4. – С. 30 – 32.

2.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.75-77.
3.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.160-162.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Салалыкина Е.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в России одним из основных направлений совершенствования определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. Однако, результаты исследований в здравоохранении свидетельствуют, что от 20 до 50 % лиц, получающих лечение в стационарах, особенно терапевтического направляются на госпитализацию необоснованно и могли бы получать более эффективную и значительно менее дорогостоящую медицинскую помощь в условиях отделений дневного пребывания, больничных учреждений и стационаров на дому. В условиях отделения дневного пребывания проводится достаточно большой объем консультативной работы врачами узких специальностей. В этих условиях поиск рациональных решений, направленных на сокращение числа консультаций и, следовательно, сроков лечения, является актуальной задачей.[2]

На терапевтических койках отделения дневного пребывания проходят лечение больные терапевтического профиля. Качество и сроки лечения во многом зависят от организации оказания специализированной помощи. Рациональное решение этих вопросов имеет важное значение для практического здравоохранения, полученные данные могут быть использованы в целях решения вопросов организации оказания помощи больным отделений дневного пребывания и организации труда среднего медицинского персонала, на уровне учреждений регионального уровня.[1]

Эффективность работы поликлинического звена определяется результатами, позволившими разработать и научно обосновать предложения по улучшению организации труда медицинского персонала при работе с больными в отделении дневного пребывания. Предложенные практические и теоретические рекомендации позволят повысить продуктивность работы медицинского персонала, повысить ответственность среднего медицинского персонала, следовательно, улучшить качество выполняемой работы. Исследования проводились на базе поликлиники ГБУЗ СК «Кировская ЦРБ». Финансовое обеспечение представлено доходами от предпринимательской деятельности на 28 млн., финансированием территориальных программ госгарантий на 195млн, финансовые программы - «Родовой сертификат» на 49 млн.р. Расходы на заработную плату - 67,9%; медикаменты-13%,оборудование и прочие -9,9%. За исследуемый период план посещений в среднем значении выполнялся на 105,3%.В 2013 году 88,9%,что связано с нерегулярными направлениями пациентов из районов.

План койко-дня дневного отделения за 2015год выполнен план на 114%. Перевыполнение плана по терапии связано с увеличением количества больных направленных амбулаторно по сравнению с неврологическим профилем, а так же является следствием ремонта терапевтического корпуса. Нозологический состав больных отделения дневного пребывания за исследуемый период представлен : больший процент - болезни системы кровообращения - 17%, болезни органов пищеварения -14%, с сахарным диабетом - 9,8% больных, Количество больных с сахарным диабетом и его осложнениями увеличивается. В 2015 году зарегистрировано на 20% больше чем в 2014году. С осложнениями сахарного диабета на 40% больше. Поставлено на дис-

пансерный учет на 105% больше с осложнениями сахарного диабета. Мы провели анализ историй болезни. В исследовании приняли участие 95 больных в возрасте 45-55 лет с осложнениями: поражение почек, глаз и периферической нервной системы. Из них 47 человек проходили лечение в отделении дневного пребывания; 48 человек проходили лечение в условиях поликлиники. Диагностику и определение тяжести заболеваний проводили врачи эндокринологи и участковые терапевты с момента обращения. Благодаря интенсивной терапии, сроки лечения больных с поражением почек, глаз, периферической нервной системы уменьшаются на 3-4 дня, по сравнению с результатами лечения в условиях поликлиники.

Для подтверждения наших предположений были проведены исследования. Для изучения объема помощи больным сахарным диабетом и его осложнениями в поликлинике были проанализированы 50 медицинских карт (ф.025у-87). Данные первичного осмотра врача-эндокринолога, уролога, окулиста и невропатолога, перед направлением в дневной стационар не учитывались. Для изучения мнения больных сахарным диабетом по организации помощи в условиях поликлиники были проведены социологические исследования. Всего было опрошено 63 человека.

Высокий процент положительных ответов был по назначению консультаций специалиста, изменению схем лечения - 85%,не назначалась консультация эндокринолога на момент лечения в отделении - 82,%, пропускали лечебные процедуры в поликлинике из-за занятости на консультативном приеме у эндокринолога -76%.

Результаты анкетного опроса дали основания предположить, что необходимо усовершенствовать организацию лечебных и профилактических мероприятий для больных сахарным диабетом в поликлинике. Привлечь врача эндокринолога на постоянную работу. Мы предположили, что влияние степени подготовки среднего медицинского персонала на показатели обслуживания больных с сахарным диабетом в отделении дневного пребывания покажут положительные результаты.

По результатам проведенного исследования было определено влияние степени подготовки медицинских сестер, имеющих подготовку по эндокринологи на показатели обслуживания больных с сахарным диабетом в отделении дневного пребывания:

1. Сокращается объем консультативной помощи.
2. Положительное влияющие на сокращение сроков лечения.
3. Организация ухода, по широкому спектру.
4. Возможен уход за сопутствующими заболеваниями без привлечения консультантов.
5. Возможна дача рекомендаций по сопутствующим заболеваниям при выписке больного.
6. Возможна организация профилактической работы по предупреждению развития осложнений.

Необходима целенаправленная работа по организации лечения больных сахарным диабетом в поликлинике. Средний медицинский персонал, как поликлиники, так и отделения дневного пребывания не работает с кабинетом «Диабетическая стопа».

Рекомендации.

1.Оказание квалифицированного ухода, плановой и экстренной помощи больным с различными заболеваниями терапевтического профиля, включая и сахарный диабет, должно осуществляться медсестрой общей практики или специалистом с высшим сестринским образованием.

2. Для достижения эффективной организации процесса ухода за больными сахарным диабетом целесообразно организовать для медицинского персонала курсовые занятия или специализацию по эндокринологии.

Литература

1. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно-методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.75-77.
2. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно-методической конференции РИЦ БашГУ – 2014-С.160-162.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СПОРТСМЕНАМ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ Г. КРАСНОДАР

Салалыкина Е.В., Баскакова Э.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Проведение анализа физического развития состояния здоровья, заболеваемости и травматизма среди лиц, занимающихся физической культурой и спортом, и проведение лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению травматизма, заболеваемости, состояний перенапряжения и перетренированности при занятии спортом является приоритетной задачей медицинского персонала профилактического звена оказываемых услуг. Роль среднего медицинского персонала в проведении медицинских осмотров спортсменам остается одной из основных в объеме оказываемых услуг.[1]

Мировой опыт показывает, что огромный потенциал повышения эффективности оказания профилактической медицинской помощи заложен в реформировании сестринского дела. Все чаще рассматривается оценка качества сестринской помощи и системный подход к деятельности медсестры, вклад сестринской деятельности для достижения положительных результатов при оказании помощи. Однако, повышение профессиональной роли, расширение круга обязанностей и полномочий требует и повышения ответственности за оказываемую помощь, усиления контроля и оценки деятельности сестринского персонала.[2]

Цель: изучить организацию проведения медицинских осмотров спортсменам.

Исследования проводились на базе ГБУЗ «Центр медицинской профилактики» Министерства здравоохранения Краснодарского края. ГБУЗ ЦМП рассчитан на 140 посещений в смену, обслуживает лиц, занимающихся физкультурой и спортом из техникумов, колледжей, ВУЗов, юношеских школ, спортивного клуба для инвалидов.

Персонал проходит предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры. Представлены результаты периодических медицинских осмотров на всех работников. Прививки против кори имеются у всех работников до 35 лет (22 человека), переболевших корью нет, прививки против гепатита В - у всех, кто связан с проведением различных манипуляций и с работой в отношении медицинских отходов класса Б, а также все работники имеют сведения о прививках против дифтерии и столбняка.

Выполнение плана амбулаторно-поликлинических посещений при анализе данных за три года соответствует запланированному и составляет в результате 100%. Выполнение плана профилактических мероприятий при исследовании за период трех лет составил 95%. Фактическое выполнение посещений превышает запланированные цифры плана в среднем на 25% . Отделение ЛФК и ФТК составило всего 56,7% от плана. За исследуемый период, выполнение лечебных процедур по ЛФК увеличилось на 10%,процедур по физиотерапии на 7%,по рефлексотерапии на 5%. Снизились показатели выполнения лечебных процедур по массажу на 5%.

В 2015 году запланировано проведение осмотров 9622, а фактически осмотрено 9488 человек. Выполнение плана осмотров ВПН выполнено фактически на 68%. Проведено бесед фактически 99, а запланировано 150 на год. ЭКГ и другие исследования сердечно - сосудистой системы занимают 1-е место и составили 13631. В процентном соотношении фактически выполненные мероприятия по выполнению лечебных процедур увеличилось на 68,8%.

Число спортсменов, состоящих на учёте в медицинском центре и занимающихся в 13 различных организациях на начало 2015 г. составило 5068 человек. За период 2013-2015 годы число первичных обращений взрослых спортсменов по заболеваниям составило в 2013 г. - 1901 человек, в 2014 г. - 2207, в 2015 г. - 1862спортсмен.

Проведен анализ амбулаторных карт спортсменов в количестве 226 штук. Следует отметить, что за последние три года на фоне снижения показателя первичной заболеваемости среди совокупности всех спортсменов, к 2013 году отмечается резкое снижение (на 63,5%) доли спортсменов высокой квалификации (ЗМС, МСМК, МС), снижение доли КМС и перворазрядников (на 31,1%) среди спортсменов, впервые обратившихся в КВФД за медицинской помощью ($п - p < 0,05$).

Анализ полученных данных показал, что последствия травм и заболеваний после окончания занятий спортом беспокоят 98,2%. Профилактику травм и заболеваний проводят 38,5% человек. Нуждаются в профилактике и санаторно – курортном лечении 72,5% бывших спортсменов. Количество обращающихся в медицинский центр после окончания спортивной карьеры составило 25,2% из общего числа. При этом количество нуждающихся в медицинском обследовании составило 74,3%.

Для опроса медицинских сестер были использованы специально разработанные анкеты, состоящие из 13 вопросов. На предложенные вопросы анкеты ответили 22 из 25 медицинских сестер (не считая старшей медицинской сестры), что составило 88%. В результате проведенного анкетирования среднего медицинского персонала выявлены проблемы организационного характера. Нагрузка медицинского персонала не всегда рациональна и связана с сопутствующими вредными факторами в работе.

Рекомендации

Исходя из изложенного, в целях оптимизации деятельности среднего медицинского персонала для администрации медицинского центра целесообразно:

1.Изыскание способов обеспечения регулярного повышения профессиональной квалификации медицинских сестер;

2. Применение индивидуального подхода при распределении должностных обязанностей медицинских сестер;

3. Согласовывать с руководством спортивных школ и центров условий организации рабочего места медицинского работника при выезде в учреждение.

4. Выделение средств на проведение мероприятий по улучшению санитарно-гигиенического состояния помещений центра.

Литература:

1.Карипиди Р.К. Здоровье населения. // Методическое пособие для врачей-экспертов и студентов. – Краснодар, 2004. – С. 24.

2.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.75-77.

3.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н.Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.160-162.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ ДИАЛИЗА

Салалыкина Е.В. Михальчук А.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, введение бюджетно-страховой медицины, необходимость перехода к научно обоснованной сестринской помощи требует все большего числа высокообразованных специалистов, ориентирующихся в современной стратегии сестринского дела. [1]

Сформировавшаяся система взаимодействия медицинского персонала, требуют углубления сестринской подготовки, расширения уровня ее профессиональной компетенции. С каждым годом регистрируется все большее количество людей, у которых выявляют впервые различного рода заболевания. В среднем в год регистрируется порядка 113 млн. таких больных. Так в 2011 году было зарегистрировано 113,9 млн. больных с диагнозом, установленным впервые. [2]

Общее количество больных также неуклонно растет. За 3 года в Российской Федерации количество диагностированных заболеваний увеличилось на 0,5% и в 2011 году составило 229,2 млн. [4]

Практически половина всех больных приходится на доли Центрального ФО (25%) и Приволжского ФО (24%). В ЮФО было зарегистрировано лишь 8% из совокупности больного населения РФ. Таким образом, по данному показателю ЮФО занимает 5 место.

Доля больного взрослого населения в субъектах ЮФО находится в диапазоне от 60% до 74%. Краснодарский край на 2011 год имел 73,3% зарегистрированных больных в возрасте от 18 лет и старше.

Исследование проводилось на базе ООО «Краевой Нефрологический Центр» и МЦ НЕФРОС отделение диализа. Средний

медицинский персонал отделения- 15 медицинских сестер.

Врачебным составом отделение укомплектовано было в течение года на 63,8%. Укомплектованность средним медицинским персоналом составляла 53,7%. Младшим медицинским персоналом отделение укомплектовано было на 76,2%. Применяемые финансовые санкции путём уменьшения приработка по ОМС за некачественное оказание медицинской помощи по ведомственной экспертизе за последние 3 года составили: 2012г – 520 тыс. руб; 2013г – 567 тыс.руб; 2014г – 420 тыс.руб. Финансовые санкции, применяемые при вневедомственном контроле значительно меньше, чем по ведомственному:
2012 г. – 254 тыс. руб., 2013г. – 194,5 тыс.руб., 2014 г. – 156 тыс.руб. Это составляет соответственно 0,07 - 0,042 – 0,069 % от сумм по объему выполненных услуг.

Изучив протоколы собрания совета трудового коллектива отделения диализа ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» за 12 месяцев 2015 года, мы увидели положительную динамику качественных показателей работы медицинских сестер. По итогам проверок работы среднего медицинского персонала в течении года выявлено нарушений в работе у палатных медицинских сестер на 1,5 балла. Понижен на 0,1 балл каждой медицинской сестре за некачественное выполнение врачебных назначений и за дефекты в заполнения медицинской документации.

Повышены 8,5 баллов всем постовым медицинским сестрам за постоянное выполнение своих функциональных обязанностей на высоком профессиональном уровне, отличное качество ведения документации, за участие в оказании экстренной помощи пациентам.

На совете сестер, для проведения оценки качества среднего и младшего медицинского персонала была разработана и внедрена в работу старших медицинских сестер следующая контрольная документация:

1. Отчет о работе отделения за текущий месяц, в котором отражаются все разделы сестринской работы.

2. Экспертные карты оценки 1 ступени контроля деятельности среднего и младшего медицинского персонала.

Оценивая критерий «Своевременность и качество ухода за пациентами», 35% медсестер получили оценку хорошо, 65% - отлично.

«Своевременность и полнота выборки из историй болезни», В оценочной карте деятельности медсестер имелся критерий «Правильность выполнения протокола ведения больных», по которому 12% получили оценку хорошо, а отлично 88%.

Правильно сдают и принимают дежурства 85%, они и получили оценку отлично, а 15% с этим справляются хуже и получили оценку хорошо.

Так же был задан критерий «Правильность и полнота ведения медицинской документации», по которому 77% присвоилась оценка отлично, хорошо получили 23%. Медицинскую тайну сохраняют 100% палатных медсестер отделения. 8% соблюдают правила внутреннего распорядка на оценку хорошо, а на оценку отлично- 92%. Последний критерий был: «Соблюдение инструкций по охране труда, технике безопасности, инфекционной безопасности, противопожарным мероприятиям», по которому, 96% медсестер соблюдало инструкции на отлично, и 4 % медсестер соблюдало на оценку хорошо. Проанализировав результаты, можно сделать вывод, что деятельность медицинских сестер отделения рационально и качественно запланирована. Все медицинские сестры отделения несут ответственность за свою работу, выполняют свои обязанности перед пациентами, работают с соблюдением правил асептики и антисептики, осуществляют своевременную и качественную помощь, отвечающую гуманности и профессиональным стандартам.

Рекомендации:

1.Необходимо укомплектовать штаты младшим медицинским персоналом в целях рационализации использования ресурсов среднего медицинского персонала.

2. Особую роль необходимо отводить организации труда на основе: четкого и оптимального нормирования труда, установление системы оплаты и стимулирования работников, ориентированного на качество работы сотрудников.

3. Современный контроль в управление отделением многопрофильного стационара построенное на основе системного анализа позволит оптимизировать работу среднего медицинского персонала и существенно изменит организацию труда.

Литература:
1. Магура М. И. Организация работы по обучению персонала 2010. № 1-2. С. 56- 63
2. Управление персоналом организации / Под ред. А. Я. Кибанова др. –М,: ТНФРА – М, 2011. – 512с.
3. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014- С.75-77.
4. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014- С.160-162.

УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Салалыкина Е.В., Шовгенова М.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальным остается вопрос определения объема работы специалиста, занимающего определенную сестринскую должность. Чтобы определить объем деятельности медсестры, необходимо знать, что она должна делать на своем рабочем месте Определение наиболее важных аспектов деятельности проверяемого объекта, которые более всего влияют на результаты деятельности организации. Внимательно изучив деятельность, которую решено контролировать и оценивать, следует выделить направления, которые более других связаны с качеством медицинской помощи и влияют на ее результаты. [2]

Определение измеряемых характеристик контролируемой деятельности, которые позволят провести ее оценку. После того, как выделены наиболее важные направления сестринской деятельности, которые необходимо подвергнуть контролю, следует выявить измеряемые характеристики (индикаторы, критерии), позволяющие оценить выбранные для контроля участки работы. Выбор пороговых величин для оценки информации. Этот этап является одним из самых сложных в оценке качества, так как разработка порогов – дело профессионалов и требует специальных знаний. Для облегчения этого этапа возможно создание балльной системы оценки. [3]

Сестринский контингент является самой объемной составляющей кадрового ресурса современной системы здравоохранения в России, укомплектованность практического здравоохранения сестринским персоналом составляет около 70%. Ситуация усугубляется постоянным оттоком квалифицированных медицинских сестер из государственных лечебных учреждений в коммерческие, а также уходом из профессии в связи с низкой оплатой труда. Роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи до последнего времени недооценивалась. Например, в большинстве отраслевых программ оказания помощи при различных заболеваниях подробно прописывались только лечебно-диагностические разделы. Вопросы же организации по уходу, оказания медсестринской помощи оставались за скобками как второстепенные. Вместе с тем внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, введение бюджетно-страховой медицины, необходимость перехода к научно обоснованной сестринской помощи требует все большего числа высокообразованных специалистов, ориентирующихся в современной стратегии сестринского дела.

Исследования проводились на базе ГБУЗРА «Майкопская городская поликлиника № 1» В настоящий момент мощность количество посещений поликлиники в 2,96 раза превышает плановую мощность, что приводит к нехватке помещений для специалистов, площадь многих кабинетов не соответствует нормативам, терапевты вынуждены работать по 3 смены в день в одном кабинете. Обеспеченность врачами составила - 60%, средним медицинским персоналом составила в среднем 80%, младшим медицинским персоналом -73% за исследуемый период. Все врачи и медсестры имеют сертификаты. В поликлинике проводится повышение деловой квалификации сотрудников путем чтения лекций, бесед, клинических конференций с разборами клинических случаев, согласно утвержденного главным врачом плана-графика. Количество медицинских сестер, имеющих категорию,

увеличилось в 1,2 раз по сравнению с предыдущими годами, однако остается недостаточным, так, 39 человек не имеет категории. При изучении статистических показателей выявлено, что незначительное количество исходов с выздоровлением обусловлено тем, что в стационарах на дому, как правило, получают лечение пациенты с хронической патологией. Средний показатель улучшения за три года составил 94%. Организация работы среднего медицинского персонала с больными увеличила показатель на 20% за 3 года.

Целью проведенной работы стало изучение организации работы медсестер в реабилитации пациентов, страдающих гипертонической болезнью. В задачи исследования входило выявление уровня подготовки среднего медицинского персонала к обслуживанию пациентов, страдающих гипертонической болезнью. В исследовании участвовало 30 медсестер, 5 врачей общей практики и 232 пациента, страдающих гипертонической болезнью: 56,7% женщин и 43,3% мужчин.

Группу инвалидности имели 31% пациентов, неработающие население – составили 22,8%, работающие лица трудоспособного возраста – 42,5%. На вопрос о частоте возникновения гипертонических кризов получены следующие ответы: постоянное беспокойство по поводу состояния своего здоровья испытывают 16,2% пациентов, страх смерти – 6,3% опрошенных. Постоянно высокое артериальное давление у 28,7%, АД повышается 1-2 раза в месяц у 16%, гипертонический криз бывает 1 раз в 6 месяц у 35,5% пациентов. Большинство респондентов посещают поликлинику, как правило, в случае ухудшения состояния здоровья, а 1,5% анкетируемых в поликлинику приходят редко потому, что не доверяют медицинским работникам. За получением рецепта приходит - 30%, по поводу ухудшения здоровья - 39%,на медосмотры и консультации -по 14%.

Мероприятия по посещению больных гипертонической болезнью в условиях стационара на дому с использованием ежедневных сестринских патронажей представлено в таблице.

Показания к проведению патронажа	Мероприятия
1.Больные с перенесенными гипертоническими кризами. 2.Больные ГБ с ухудшением состояния здоровья, требующего коррекции, медикаментозного лечения. 3.Больные, которым не показано лечение в условиях круглосуточного стационара.	- Первый осмотр проводят совместно врач и медицинская сестра, выполняет назначения врача - Дает пациенту необходимую информацию о его заболевании, возможных осложнениях, методах медикаментозного лечения, фито- и диетотерапии, рациональном и здоровом образе жизни. - Обучает больного технике измерения АД, методам самопомощи при гипертоническом кризе. - Осуществляет психологическую поддержку пациента и членов его семьи. - Обучает членов семьи мерам профилактики возникновения ГБ.

В процессе привлечения медицинских сестер в проведение реабилитационных мероприятий был проведен количественный анализ выполненной работы медсестры на приеме в поликлинике и на участке, в результате которого выяснилось, что сестринская нагрузка за период с 2012 по 2014 г. возросла незначительно – в среднем на 1,2% на приеме и на 2,3% на участке. Консультативную помощь отметили - 33%, обучение - 25%, выполнение назначений врача - 16%, психологическую поддержку - 8%.

При анализе результатов работы среднего медицинского персонала с больными получены следующие результаты:

- Число пациентов с постоянно высокими цифрами АД уменьшилось на 8,4%;

- Количество больных ГБ, которых беспокоили кризы 1-2 раза в месяц, снизились на 8,0%;

- Число пациентов, у которых кризы были 1 раз в 6 мес., уменьшилось на 4,2%;

-Количество больных ГБ с кризами 1 раз в год увеличилось на 10,4%;

- Число пациентов, у которых не было кризов в течение 2 лет, возросло на 10,1%.

Рекомендации:

1.Пересмотреть мотивацию среднего медицинского персонала при введении новых техно-

логий по работе с больными в амбулаторных условиях.

2.Необходима разработка и внедрение в поликлинике соответствующих программ подготовки среднего медицинского персонала для качественного проведения первичной медико-санитарной помощи больным с другими хроническими заболеваниями.

3.Применить индивидуальный подход в мотивации к результатам деятельности среднего медицинского персонала при работе с больными на дому.

Литература:

1. Саркисова В. А. Роль медсестры в семейной медицине. Ж. Сестринское дело. 2004, №6.
2.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.75-77.
3.Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно- методической конференции РИЦ Баш ГУ – 2014-С.160-162.

ПРОБЛЕМЫ ИНСТИТУТА БРАКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Саруханян Л. А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

«Жениться – значит наполовину уменьшить свои права и вдвое увеличить свои обязанности»

Сегодня очень многие всерьез обеспокоены тем, что происходит с институтом семьи и брака. Факты не могут не пугать: количество разводов за последние десятилетия стремительно возросло. Да и вступать в брак предпочитают все позже, а то и вовсе не хотят. Так что же это? Конец семье? Или начало чего - то нового? Семья – один из наиболее древних социальных институтов. Он возник в условиях первобытного общества и на разных ступенях общественного развития приобретал различные формы. Так, переходя от общества к обществу, от эпохи к эпохе менялись социальные нормы, которые предписывали правила выбора и количества супругов, роль главы семейства, правила и обязанности родственников, место поселения молодой семьи.

С институтом семьи тесно связан и другой социальный институт – институт брака. "Брак - в семейном праве добровольный, равноправный союз женщины и мужчины, заключаемый для создания семьи и порождающий взаимные права и обязанности супругов. Каждая семья – это своеобразный мир, основанный на преемственности, традициях, эмоциях, чувствах, определенных ценностях".[1]

После того, как мы дали определение термину «брак», давайте же рассмотрим основные и наиболее актуальные проблемы института семьи и брака. В процессе изучения материала по данной тематике были выявлены проблемы института брака непосредственно в РФ.

Одной из наиболее актуальных проблем является, так называемый в обществе гражданский брак, где пара проживает совместно без фиксации брака. Каждый 10-ый брак в России не зарегистрирован, но даже и те пары, состоящие в зарегистрированном браке, допускают сожительство и вне брака, тем самым подавляя нормы морали. По статистике, в РФ 40% пар проживают в гражданском браке. Недавно был проведён интересный опрос, который показал, что каждый третий мужчина женится по желанию своей второй половины, каждый четвёртый по традиции, и лишь каждый десятый — по собственному желанию и по любви. Наиболее явными причинами выбора гражданского брака являются, отсутствие официальной ответственности обеспечения семьи и воспитания детей, ну и, конечно же, совместно нажитое имущество не формируется, поэтому можно не переживать за свое имущество, а также безразличие к самой церемонии брака. И именно эти причины являются также проблемами гражданского брака. Например, вот один случай, повлекший за собой неприятности в ходе гражданского брака;

«Одна моя знакомая прожила в гражданском браке с мужчиной около 12 лет, конечно, за это время у них появился общий ребенок. Несмотря на то, что официально мужчина состоял в официальном браке с другой женщиной, все эти годы как-то руки не доходили до развода... Да и зачем — все и так прекрасно, этот развод — это нервотрёпка, время...

Но в один «прекрасный» день, гражданский муж моей подруги поехал на рыбалку и не вернулся. Через несколько дней, нашли его тело...

Так вот, женщину, прожившую с ним 12 лет, имеющую общую с ним дочь, которая делила с ним все радости и горести, на опознание просто не допустили. Почему? По закону — она просто никто, некая сожительница. На опознание пригласили его официальную жену, которая, фактически, была ему чужим человеком. Более того, гражданская супруга и не смогла «проститься с мужем», поскольку на похороны её тоже не пустили... А дальше — больше. А после всего этого, официальная жена практически получила всё нажитое их совместное имущество. Единственное исключение — это однокомнатная квартира, которую гражданский муж записал на дочку, и машина, оформленную на имя гражданской супруги. Несомненно, это просто произвол, с которым можно бороться, но этот произвол является следствием другого произвола — не желанием узаконить свои семейные отношения. Вот такой вот бумеранг".

Насколько бы много не давал вам свободы гражданский брак, но уверенность в завтрашнем дне, стабильность в отношениях, спокойствие, душевное равновесие вам может дать лишь брак в законе.

Брак по российскому законодательству, это в первую очередь, равноправный и взаимный союз мужчины и женщины. Именно свобода и равные права (взаимность) мужчины и женщины, которые вступают в брак — самое первое условие для заключения брака.

Законодательство РФ признает лишь разнополые браки, хотя во многих Зарубежных странах, таких как, Великобритания, Голландия, Норвегия, Франция, Дания и другие, подобного рода браки разрешены и не игнорируются обществом. В России разрешены однополые браки, вот только с одним исключением. Сделать это могут граждане Великобритании, которые проживают на территории РФ или находятся здесь в гостях. Церемонию можно провести в консульстве этой страны и нигде больше. Но, наперекор всем нравственным устоям и ценностям, в 2014 году в Санкт-Петербурге был зарегистрирован брак между двумя невестами. Одна из них является обычной женщиной, а другая трансгендером — мужчиной, который находится в процессе изменения своего биологического пола и смены документов. Официально это союз между мужчиной и женщиной, но фактически между двумя женщинами. Процесс бракосочетания прошел мирно и спокойно без каких-либо провокаций со стороны «борцов за нравственность».

Как такового, запрета на вступление в брак с лицом одного пола в законе нет. Однако существует множество подзаконных актов, которые трактуют, исходя из положений Ст.12, что заключение брака возможно только у разнополых партнеров. Хотя, напрямую из статьи 12, о согласии на вступлении в брак, не следует запрета или ограничение на запись актов гражданского состояния о браке между однополой парой.

Одно из условий недействительности брака в РФ заключается в том, что если жених и невеста находятся в кровнородственных отношениях, то они не имеют права вступать в брак. Статья 14 СК РФ устанавливает запрет на заключение брака между близкими родственниками по прямой линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками) и боковой линии родства (полнородными и не полнородными братьями и сестрами). Следует выделить, что современное законодательство делает послабление в запретах на кровосмесительные браки. С медицинской точки зрения, такой брак может привезти к рождению неполноценного потомства, даже у более дальних родственников(тети, дяди и племянники, и племянницы). Возможно, с целью сохранения здорового генофонда России следует расширить круг лиц, имеющих родство как препятствие к заключению брака.

Исходя из вышеперечисленных проблем, следует отметить, что все данные аспекты, непосредственно влияют на демографические показатели в РФ. Но основное их влияние приходится на общество в целом, так как «семья-ячейка общества», современная семья, всецело отличается от исконно русских семей. Семья, на Руси, воспринималась как хозяйственная и нравственная основа правильного образа жизни. Именно семья выступает носителем социального статуса и основным критерием социальной оценки отдельной личности. Семейно-родовые признаки являются доминирующими при формировании отношения к человеку. И, наоборот, отсутствие у человека семьи рассматривается как противоестественное явление: “Неженатый не считается у нас настоящим крестьянином” (Ростовский уезд Ярославской губ.), а в некоторых случаях воспринимается настороженно, как источник скрытой угрозы. Прежде всего, одинокий человек не может быть настоящим крестьянином. «Он лишен возможности обзаведения самостоятельным хозяйством, следовательно, его жизненный цикл остается незавершенным, он оказывается обладателем “неполной” доли, т. е. обделенным судьбой. Без семьи невозможно

не только полноценное хозяйство, но и воспроизводство рода, а значит, оба основания традиции, содержащее религиозно-культовую подоснову, культ Рода и Земли, не реализуется». Человек, таким образом, остается не только вне социальности, но и вне религии. Тем самым он решается поддержки высших сил и уже поэтому наделяется признаками антимира, становится потенциальным носителем потусторонних сил.

Давайте же зададим себе вопрос... Каким мы видим современный брак? Это добровольный, осознанный союз зрелых личностей, которые создают семью просто потому, что хотят ВМЕСТЕ реализовывать ОБЩИЕ цели. Такими целями могут быть как рождение и воспитание детей, так и другие (Бездетные браки тоже теперь не редкость, и не могут являться патологией) Вход и выход из отношений – свободный!

Литература:

1. Обществознание. 11 класс. Учебник. Базовый уровень. Боголюбов Л. Н., Городецкая Н. И., Матвеева А. И., Москва «Просвещение», 2009г.

ВО ИМЯ ПОБЕДЫ: ПОДВИГ МЕДСЕСТРЫ НАТАШИ КАЧУЕВСКОЙ

Сафонов Н.Ю.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М.Штеменко
Краснодар, Россия

Мы все помним начало документального фильма «Оборона Сталинграда» из советско-американской киноэпопеи «Великая Отечественная». Торжественно-взволнованно звучит за кадром голос Василия Ланового. Один из самых волнующих моментов - когда после скульптурной композиции «Скорбь Матери» мы видим, как в унисон в замедленном темпе произнесенным словам: «Современная пьета – воплощенное в камне материнское горе. Материнское горе…» поднимается по ступеням в зал Воинской славы пожилая женщина… В ее руках несколько скромных роз. Она идет мимо почетного караула к противоположной стене. Артист поясняет: «В пантеоне Мамаева кургана навечно высечено имя ее дочери - медсестры Наташи Качуевской. Погибла в боях за Сталинград. Песчинка среди тысяч других имен. Для матери - единственное имя...» Женщина не отрывает взгляд от мозаичного траурного знамени №24 - на весь экран даны наполняющиеся слезами глаза... Прижимается щекой к стене под ним, плачет... Вдруг раздается оглушающий грохот взрывов снарядов, гул самолетов, отрывистые команды на немецком языке - будто наяву она слышит бой... Неожиданно появляются кадры кинохроники - реальная, зловещая картина войны…«...В бессмертье в двадцать лет ушла».

Астраханское направление значилось левым флангом Сталинградского фронта. В безводной, плоской, как стол, равнине, где ни кустика, ни деревца, с августа 1942 года шли упорные, кровопролитные бои. По приказу Гитлера с Кавказа сюда, в Калмыкию, была переброшена 16-я мотодивизия «Бурый медведь», состоявшая из штурмовых отрядов «СС». В смертельном поединке немцы рвались к железной дороге Астрахань – Кизляр, которая считалась дорогой жизни Сталинградской битвы, т.к. по ней в обстановке беспрерывных боев и бомбежек шло своевременное снабжение армии нефтью и боеприпасами. Двадцатого ноября под поселком Хулхута произошло ожесточенное сражение, впоследствии названное малым Сталинградом. В этот день и совершила свой подвигдевушкаснежнымименемНаташа.

Девятая рота 105-го гвардейского стрелкового полка 34-й гвардейской стрелковой дивизии (28-я армия) глубоко проникла в оборону врага. В ночном бою отряд гвардейцев с санинструктором Наташей Качуевской попал в окружение. С утра фашисты яростно начали их атаковать. Погода была ненастной. Над голой осенней степью в вышине стояли рваные лохмотья облаков. Сквозь туман шел мелкий дождь. Наташа самоотверженно помогала раненым. Вынесла их вместе с оружием в укрытие - просторный пустой немецкий блиндаж на высотке. В строю уже не осталось никого. Защищая раненых, отважная девушка вступила в неравную схватку с врагами. Отстреливалась до последнего патрона, а когда фашисты приблизились, гранатой взорвала себя и окруживших ее фрицев. Подоспевшим на шум боя воинам соседнего полка не хватило всего несколько минут. Они увидели Наташу, отброшенную взрывом в сторону, окровавленной, но еще живой… Ей было всего 20 лет. Шел второй день контрнаступления советских войск под Сталинградом. В извещении о гибели фронтовые друзья писали родным: «Передайте матери, что ее дочь Наташа Качуевская спасла под огнем противника многих воинов-гвардейцев. Героическая смерть Наташи стала знаменем мести наступающих гвардейцев».

... В скромной металлической оградке стоит выкрашенный в небесный цвет вечности обелиск с фотографией. Рядом - следы блиндажа, куда она прятала раненых и, спасая их, приняла свой последний бой. Эту высоту 3,3 метра над уровнем моря называют Наташиной.

«Мама свой талант ей подарила...» Детство и юность Наташи совпали со временем, полным героики и романтики. Воображение впечатлительной девочки захватывали перелет Чкалова через океан, поразительный дрейф на льдине папанинцев… Она была бессменным комсоргом в школе, закончила ее отличницей и поступила в Государственный институт театрального искусства на драматическое отделение. Ей прочили блестящее будущее. Мама, Александра Леонидовна Спирова, за свою долгую артистическую жизнь сыграла практически все ведущие роли героинь классических оперетт. Обе сестры матери тоже актрисы. Особенно известна Августа Леонидовна Миклашевская, актриса Камерного театра, которую трогательно любил Сергей Есенин.

В творческой, одухотворенной атмосфере росла лучезарная, светлая девочка… Ей очень нравилось возиться с младшими ребятами. Обладая высоким чувством долга и ответственности, даже готовясь к экзаменам в институт, едет в пионерский лагерь со своим отрядом. Любимым уголком Москвы для Наташи был парк «Измайлово», его березовая роща. Она часто приходила сюда. В июньские дни 1941 года студенткой второго курса, гуляя здесь, читала «Снегурочку» Островского, мечтая сыграть дочь Мороза и Весны. Снегурочка предпочла мгновение любви, за которое отдала жизнь. Но гибелью своей тепло и солнце принесла она на землю берендеев. Наташа думала о сказочном персонаже, восхищаясь силой проявленного чувства, поэтичностью образа... Казалось, впереди только ясная, счастливая жизнь, успех на сцене... А завтра была война.

Услышав дома по радио Правительственное сообщение, Наташа бросилась в институт. Александра Леонидовна, приехавшая следом, увидела дочь, выступающую перед взволнованными преподавателями и студентами с пламенной речью, призывая сейчас же идти в военкомат проситься добровольцами на фронт... Все побежали за ней. Наташа вернулась огорченной - ей отказали. Тогда едет на трудовой фронт - строить оборонительные сооружения в Смоленской области. Часть института эвакуировали. Как секретарь комсомольской организации она стала душой коллектива оставшихся студентов. Заботится о продовольственных карточках, столовых, организует курсы снайперов и медсестер в институте. Устраивает на работу в госпиталь санитаркой маму, сама берет шефство над палатой тяжелораненых. Там она встретила Андрея Гончарова, старшего товарища по ГИТИСу. Он имел бронь, но пошел добровольно на фронт, командовал взводом конной разведки. В боях под Москвой был тяжело ранен. В госпитале его буквально выходила Наташа Качуевская. Великий режиссер, наша театральная эпоха – Андрей Александрович Гончаров всю жизнь ходил к ее памятной доске с цветами.

Однажды в институте Наташа случайно познакомилась с командиром специального диверсионно-разведывательного отряда НКГБ имени Дзержинского, действовавшего в глубоком тылу Белоруссии, Павлом Качуевским. Он получил ранение в ногу, ходил, прихрамывая. Пал Палыч – так ласково называли разведчики своего командира. Наташа восхищенно смотрела на него как на человека из легенды. Они полюбили друг друга и, не желая ничего откладывать на потом, поженились. Из письма товарищу: «Такому человеку не страшно доверить свою жизнь… Он мне самый родной и близкий на свете...». Но в апреле 1942 года Качуевский со своим отрядом отправился на новое срочное задание. Жене не разрешили уйти с ним в тыл врага.

Трудное время до остатка отдавала работе – Наташа по совместительству теперь еще инструктор Краснопресненского райкома комсомола. Болея душой за родной город, они с мамой дежурят ночью на крышах, спасая дома от зажигалок, с концертными фронтовыми бригадами выступают в воинских частях. Сердцем Наташа продолжала рваться на фронт. И вот однажды прибежала радостная домой: «Мама, наконец - то! Есть потребность на медработника в авиадесантную бригаду. Завтра с утра иду оформляться. И, пожалуйста, ничего не говори и не беспокойся, я буду жить долго...» В то время на базе авиадесантных соединений началось формирование гвардейских стрелковых дивизий.

Родина была выбрана как главная ценность. И, продвигаясь по дорогам войны, Наташа все ощутимее чувствовала боль страдающей Отчизны. Об этом повествуют горячие строки ее писем: «Ненависть жжет наши сердца. Сегодня я видела пять сирот – чудесные ребятишки... Они жили здесь, где проходит теперь фронт, немцы заняли их деревню, убили мать и отца. Вовик двух лет, понимаешь, потянулся ко мне и говорит: «Мама!» Я не плакала, но ненависть переполняет меня за все – за тебя, за разбитую нашу молодую жизнь, за ГИТИС, за всех любимых наших родных, у которых жизнь тоже

покалечилась...» «... Наша часть била гадов-фрицев крепко, по-гвардейски, потом были на отдыхе. Сейчас опять они от нас будут получать по первое число. Так и надо этой погани... Хочу быть снайпером, чтобы самой убивать фашистов. А пока я, как за родными братьями своими, ухаживаю за нашими ранеными. Они меня тоже, как сестру свою, любят, говорят: «Сестричка наша Наташа!» И так хорошо, что твоя помощь и ласка им дорога».

Ночами снилась Москва, и так хотелось снова пройти по знакомым улицам Пресни. «Мамочка, мы своей любовью сбережем друг друга, и в день Победы, в день общей радости, мы снова с тобой увидимся и будем уже всегда, всегда с тобой вместе, - писала она в родной дом на Малой Никитской. - Тяжело добыть Победу, но мы ее добудем во что бы то ни стало». В одном из писем звучит печаль–предчувствие: «...Знаешь, дорогая мамочка, у меня что-то очень болит сердце за Пал Палыча. Уж не случилось ли что с ним? Сейчас ночь. Степной ветер рвет нашу палатку. Несколько легкораненых в палатке по соседству тихо и грустно напевают под гитару...»

А Качуевский еще до ухода Наташи на фронт в бою получил смертельное ранение разрывной пулей. При нем была заветная табакерка, в которой лежал локон его жены. Александра Леонидовна пожалела дочь, не стала говорить тогда о страшном известии, сообщенном ей по телефону комиссаром. Мужественно, молча переживала горе за двоих. Они с Наташей всегда были как одно целое: «Родненькая моя, драгоценная единственная мамочка. Вот и я дождалась счастья: получила письмо от тебя, моя любименькая. А я так ждала это письмо, ты мне снишься все время, я разговариваю с тобой, обнимаю тебя... Солнышко мое родное, береги себя... Я думаю о тебе постоянно, мамочка, я люблю тебя и думаю только о том дне, когда мы будем вместе».

Утром 24 ноября 1942 года Александра Леонидовна развернула « Правду». В глаза сразу бросилась, затмевая свет, статья «Южнее Сталинграда», рассказывающая о подвиге Н.Кочуевской. И хотя в фамилии была буква «о», а не «а», она материнским сердцем чувствовала: речь идет о ее дочери... Со дня гибели Павла прошло всего пять месяцев.

В апреле 1943 года, приехав с фронтовым театром в 8-ю гвардейскую армию, которой командовал генерал В.И. Чуйков, Александра Леонидовна ушла из театра и осталась работать в штабе армии. Долгий и трудный путь прошла она до Берлина.

А.Л.Спирову всегда с любовью ждали в Калмыкии. Там в районном поселке Яшкуль в братской могиле захоронены 1080 павших воинов 28-й Армии. В 1961 году в нее были перенесены и останки Наташи. По просьбе калмыцких школьников появилась в космическом мемориале героев Великой Отечественной войны малая планета № 2015 «Качуевская». Она вместе с другими, как, например, «Ибаррури», входит в звездное окружение планеты «Сталинград». Благодарная память о Наташе увековечена на земле во многих местах. В Москве в Измайловском парке среди Наташиной рощи открыта памятная стела с ее бронзовым бюстом. Во дворе школы №1239 стоит бюст из белого камня в натуральную величину на темном постаменте.

Трогательно смотреть на цветные рюкзачки, портфели рядом с памятником. Как и прежде, ребятишки тянутся к Наташе... На территории пионерского лагеря, где работала вожатой Качуевская, утопает в зелени и цветах обелиск с фотографией. Ее именем названы улицы в Москве, Астрахани, Элисте, Яшкуле, в Советском районе Волгограда. О ней сложены стихи, написаны книги, сняты двадокументальныхфильма.Картины художников И. Балдиной, И. Пензова с большой выразительностью запечатлели Наташу в последние минуты ее жизни, перед броском гранаты… В честь 60-летия Победы в Москве в Государственном Историческом Музее прошла совместная российско-германская выставка, показавшая, что война стала испытанием духа нации на прочность. Экспонировались личные вещи, подлинники и фотокопии документов 48 советских и немецких граждан. Вот на еще довоенном снимке смеется Наташа. Вся она - словно воплощение юного и солнечного мира больших перспектив, как и ее белое свадебное платье, такое неожиданное рядом с военными реликвиями. Указом Президента РФ от 12 мая 1997 ей присвоено посмертно звание Героя России.

Литература:

1. Клинкова Г.Я буду жить долго...// «СПЕЦНАЗ РОССИИ» .- 2013.
2. Прошаков А. Героиня Сталинградской битвы http://proshakov.livejournal.com
3. Терехова Н. Актёры и в бою, и в труде!// soldat.ru
4. Книга памяти погибших и пропавших без вести в Великой отечественной войне. Том 7
5. Информация из Книги Памяти. http://www.obd-memorial.ru

6. Во имя Победы: москвичи вспоминают подвиг Натальи Качуевской. // Вести.Ru.
7. www.vesti.ru

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАВЫКОВ УСТНОЙ РЕЧИ НА МАТЕРИАЛЕ ТЕХНИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОЛИМПИАДЕ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Сердюк Е.В.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

Свидетельством признания значимости иностранного языка в современных вооруженных силах Российской Федерации является включение в список ежегодно проводимых Министерством обороны РФ Всеармейских олимпиад по иностранному языку. Каждая Олимпиада имеет свою тематику и специфику. Однако, неизменным остаются номинации, определяющие сформированности языковой и коммуникативной компетенций. В Олимпиаде этого года третья номинация «Лучший образец» представляет испытание двух участников конкурса (членов разных команд), выступающих в роли технических специалистов, имеющих разные точки зрения на выбор одного из двух технических образцов, представленных на конкурс. После трехминутной подготовки с использованием предложенного русскоязычного наглядного материала (изображение образца, ТТХ, краткая справка) каждый участник в течение 1 минуты объясняет своему оппоненту на английском языке причины выбора указанного образца, его преимущества, возможный положительный эффект от его принятия на вооружение. По завершении выступления участник отвечает на три вопроса (не более 30 секунд по каждому вопросу) своего оппонента, который стремится выяснить причины такого выбора и подвергнуть его сомнению на определенных основаниях. Тем самым одновременно проверяются навыки порождения собственного высказывания, диалогической речи, способность аргументировать собственное мнение и технические компетенции будущих офицеров.

Обучение устной речи (говорению) – это сложный процесс, тесно связанный с формированием и усовершенствованием лексико-грамматических навыков, умением использовать их при порождении неподготовленной речи. То есть одной из первостепенных задач при подготовке к номинации заданного типа является такая организация обучения, при которой происходит одновременное формирование навыков и умений двух видов речевой деятельности – чтения и говорения. Необходимость такого соединения вызывается условиями задания номинации. Тренировочные упражнения должны быть ситуативными (были подобраны ряд текстов о технических устройствах, с их техническими характеристиками). Во время их выполнения обучаемые должны выполнять практические задачи (проанализируй текстовую информацию, построй собственное речевое высказывание, докажи, возрази, выскажи удивление, спроси). Понимание текста складывается из понимания единичных фактов, установления между ними связи и на этой основе – объединение их в смысловое целое. Это требует от читающего, во-первых, умения выделять в тексте отдельные его элементы, так называемые смысловые вехи (опорные, ключевые слова), и наиболее существенные факты; во-вторых, читающий должен обобщать, синтезировать полученные факты – объединять в смысловые куски, составлять структурно-логическую схему.

При контроле понимания содержания читаемого текста приходится прибегать к системе общих логических методов и приёмов мыслительной деятельности: а) определение, объяснение понятий; б) анализ и выделение главного; в) сравнение; г) обобщение и систематизация; д) конкретизация; е) доказательство и опровержение. Причём контроль понимания осуществляется при помощи мыслительных заданий, которые стимулируют к высказыванию собственного мнения по поводу прочитанного, выделению главных мыслей, к анализу и обобщению фактов, заставляют делать выводы и т.д. Мыслительные задания в системе упражнений стимулируют мыслительную активность читающего, способствуют быстрому и полному раскрытию содержания читаемого, в то же время побуждают к речевому высказыванию по поводу прочитанного. А речевое высказывание строится строго по следующему плану, чтобы соблюсти регламент:

- определение устройства;
- предназначение устройства;
- преимущества устройства;
- сферы применения устройства.

Следовательно, обучать учащихся монологической речи легче, чем диалогической, так как в данном случае учащийся может заранее продумать свое сообщение, составить примерный план своего рассказа. В диалоге это невозможно: содержание речи зависит от того, что скажет собеседник. Участник беседы дол-

жен уметь понимать речь собеседника, быстро реагировать, а также уметь подавать речевой стимул, чтобы беседа не прерывалась.

Поэтому для формирования и совершенствования навыков устной речи можно использовать лексико-грамматические структуры, которые дают возможность целенаправленно активизировать употребление в речи разговорных клише, комбинировать различные структуры в речи в зависимости от коммуникативной связи. Они позволяют обеспечить достаточно прочные навыки устной речи, на которые можно опираться, чтобы построить неподготовленное монологическое и диалогическое высказывания. Структуры отрабатываются хором или индивидуально, то есть их можно использовать во время организации фронтальной, групповой, парной и индивидуальной форм работы. Необходимо накопить определенный запас коммуникационных единиц, которые впоследствии должны быть реализованы в акте коммуникации.

Накопление такого речевого материала происходит путем овладения готовыми образцами и комбинирования этих образцов, трансформацией, созданием новых единиц по аналогии и т.д.

Для этой цели следует использовать различные речевые упражнения. Упражнения для развития навыков устной речи должны располагаться в определенной последовательности (используем последовательность подачи материала, то есть план). Первым звеном в этой системе является умение обучаемого производить осознанные операции над языковым материалом при наличии внешних опор типа схем (речевые модели, коммуникативные единицы, отобранные для данного этапа обучения английскому языку). Далее необходимо научить производить те же операции без внешних опор. Затем нужно перейти к свертыванию сознательных операций, их автоматизации и осуществлению речевого действия пооперационно «в уме» с выдачей готового высказывания. И, наконец, происходит окончательное свертывание всей «отработанной» части и полностью автоматизируется речь.

Для отработки навыков построения неподготовленного высказывания использовался языковой и речевой материал по следующим темам:

1. Измерительные приборы;
2. Единицы измерения;
3. Электричество;
4. Детекторы;
5. Альтернативные источники энергии;
6. Роботы;
7. Технологии защиты и другие.

Литература

1. Методические рекомендации по подготовке к Международной олимпиаде курсантов образовательных организаций высшего образования по иностранному языку в 2016 г.
2. Бухбиндер, В.А. Устная речь как процесс и как предмет обучения /Очерки методики обучения устной речи на иностранных языках / под ред. В.А. Бухбиндера. – Киев: КГУ, 1980.
3. Сердюк, Е.В. Необходимость обучения основным приёмам работы с текстом. – VI-V Всероссийская научно-техническая школа-семинар, Сборник трудов, Краснодар, 2012 – С. 274-276

О НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ И ЛЕЧЕНИИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Сидельникова Л.В., *Латышева О.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия
**МБУЗ Детская городская поликлиника №3*
Краснодар, Россия

Актуальность проблемы. Фенилкетонурия (ФКУ) – редкое наследственное заболевание, возникающее в результате генетического блока, нарушается расщепление пищевого белка в организме ребенка и повышается уровень фенилаланин (ФА) (норма 1,0-2,0мг/дл), что приводит к тяжелому поражению центральной нервной системы в виде умственной отсталости и судорожного синдрома, поражению желудочно-кишечного тракта. При отсутствии адекватного лечения развивается глубокая психическая инвалидность, имбецильность, идиотия.

Цель. Определить возможность успешного предикативного лечения ФКУ у новорожденных после выписки из роддома в условиях детской городской поликлиники.

Материалы и методы исследования. МБУЗ ДГП №3 в своей работе по обследованию новорожденных детей на наследственные болезни обмена (НБО), руководствуется приказом Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные болезни» [1], приказом Министерства Здравоохранения Краснодарского края №3072 от

23.06.2014г. «О проведении массового обследования детей на наследственные болезни в Краснодарском крае» [2].

Обследование доношенных новорожденных (срок гестации 36 недель и более) проводят в возрасте 4 дней жизни, недоношенных (меньше 36 недель) – в возрасте 7 дней. Обязательным условием точности диагностики является тщательная пропитка кровью пятна на тест-бланке. Образцы крови должны поступать в Кубанскую межрегиональную медико-генетическую консультацию (КММГК) 1 раз в три дня. Повторное обследование детей с высокими результатами скрининга (ретест) проводят в течении 48 часов с момента получения медицинской организацией информации о необходимости повторного обследования. Алгоритм обследования новорожденных на НБО требует верификации диагноза до 14 дня жизни.

Таблица 1

Обследование новорожденных на НБО в МБУЗ ДГП №3

показатель	2013	2014	2015
Всего детей до года	1116	1132	1140
родилось в текущем году	**1007**	**1022**	**1083**
Новорожденных, обследованных на НБО в роддоме	938	941	1011
Новорожденных, обследованных на НБО в поликлинике	**69**	**81**	**72**
- первично	42	40	33
- повторно	27	41	39
- на дому	5	6	6
% охвата	100	100	100

В МБУЗ ДГП №3 за 2013-2015гг (таблица 1) родилось 3112 живых новорожденных, обследовано 3112 (100%), из них первично обследовано 115 детей, повторно 107 [3].

Первичное обследование на ФКУ в условиях детской поликлиники связано с ранней (2-3 сутки) выпиской из роддома. В таких случаях, по спискам, переданным из КММГК, участковая педиатрическая служба проводит организацию забора крови на 4-е сутки, приглашает родителей для проведения скрининга в клинико-диагностическую лабораторию либо взятие крови проходит на дому.

Повторное обследование детей с высокими результатами скрининга в условиях детской поликлиники проводят в течение 48 часов с момента получения информации о необходимости повторного обследования.

Наличие электронной почты позволяет оперативно получать информацию из КММГК о необходимости срочного повторного обследования детей группы риска по ФКУ.

Результаты и их обсуждение. За последние 10 лет 100% охвата неонатальным скринингом выявлено детей в МБУЗ ДГП №3 с диагнозом ФКУ – 2 человека.

Единственным эффективным методом лечения больных ФКУ является специализированная диетотерапия с момента установления диагноза.

Лечебное питание без фенилаланина (ФА) рассчитано на разные возрастные группы. До года используется смеси Афенилак 15, PKU-1, PKU-mix, PKU Anamix, Нутриген и др. Они обеспечивают ребенка всеми необходимыми нутриентами. После года сбалансированная диета требует введения продукта лишенного ФА с большим содержанием белка, обогащённой витаминами и минералами (PKU Prima, P-AM Universal, ФКУ-1, ФКУ-2, Тетрафен и др.)

Клинический пример

Мирра В., родилась 02.10.2015г., масса при рождении 3240, рост 53см, окружность головы 35см, окружность груди 34см, Апгар 8-9 баллов. Ребенок от третьей беременности (1-ые срочные роды, 2 м/а), течение беременности без особенностей. Роды срочные, с помощью Кесарева сечения на 39-40 неделе (смешанное ягодичное предлежание).

Состояние ребенка после рождения удовлетворительное. С первых суток – с ухудшением за счет дыхательных расстройств. На грудном вскармливании

НБО 05.10.2015 и 11.10.2015 – фенилкетонурия.

Ребенок выписан на 13 сутки для дальнейшего наблюдения в детской поликлинике по месту жительства с клиническим диагнозом: врожденная пневмония, транзиторные неврологические дисфункции в виде вегето-висцеральных нарушений. Открытое овальное окно. Фенилкетонурия.

Рекомендации: наблюдение участкового педиатра, невролога, кормление по схеме специализированной смесью: по 80,0 каждые 3 часа,

Участковым врачом поликлиники направлен в МГК.

Состоит на учете в МГК с 13.10.2015г., диагноз: ФКУ, аутосомно-рецессивный тип наследования. ФА крови от 13.10.2015 – 36,6 мг/дл.

Рекомендации:

1. Диетотерапия с резким ограничением естественных белков, заменой их специальными лечебными препаратами.

Потребность в лечебном питании на 2016 год (выписан льготный рецепт):

Афенилак 15 – 400гр в день – 70 банок

Нутриген 30 – 30 банок

2. Контроль за содержанием ФА крови 1 раз в месяц (норма 0,4-6,0 мг/дл)

3. Наблюдение педиатра, гастоэнтеролога 1 раз в месяц

4. Осмотр в МГК 1 раз в месяц

В дальнейшем находилась на диспансерном наблюдении у участкового педиатра, согласно стандарта наблюдения детей с ФКУ. В настоящий момент нервно-психическое и физическое развитие соответстует возрасту. Получает специализированное питание и грудное молоко. Отклонений в развитии не имеет.

Лилия М., родилась 11.08.2009г. от первых срочных родов, масса при рождении 3500, рост 55см, окружность головы 34см, окружность груди 34 см, оценка 7-8 баллов по шкале Апгар.

Выписана из роддома на 5 сутки (16.08.09) с диагнозом здорова, привита БЦЖм и гепатит В, НСГ и АС без патологии.

НБО 14.08.09 – ФА 19,4 мг/дл – фенилкетонурия.

Состоит на учете в МГК с 25.09.09 с диагнозом ФКУ, аутосомно-рецессивный тип наследования.

Получала специализированное питание Афенилак и Нутриген. С 01.12.09 в связи с непереносимостью лечебного питания (потеря веса) смесь Афенилак заменили на “ХР Аналог LCP” или МДмилФКУ, которые ребенок получает по настоящее время.

В настоящий момент нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. Продолжает получать специализированное питание. Отклонений в развитии не имеет. ФА крови находится в пределах нормы.

Анализируя результаты, врач-педиатр, совместно с участковой медицинской сестрой, на основании заключений КММГК, осуществляют программу индивидуальной профилактической корригирующей терапии, диету, дают рекомендации по образу жизни.

Вывод. Раннее выявление больных фенилкетонурией при массовом обследовании новорожденных и раннее начало диетотерапии специализированными продуктами питания приводит к сохранению нормального интеллекта и предотвращает развитие умственной отсталости.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания». URL:- 13.04.2016 http://pravo-med.ru/legislation/fz/3298/

2. Приказ Министерства Здравоохранения Краснодарского края №3072 от 23.06.2014г. «О проведении массового обследования детей на наследственные болезни в Краснодарском крае». URL:- 13.04.2016 http://krasnodar-gov.ru/doc/10130

3. Пояснительная записка к годовому отчету педиатрической службы МБУЗ Детская городская поликлиника № 3 города Краснодара за 2015 год.

О ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Сидельникова Л.В., Матулевич С.А.

МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»

Краснодар, Россия

Кубанская межрегиональная медико-генетическая консультация (КММГК)

Краснодар, Россия

Актуальность проблемы. Клиническая картина фенилкетонурии (ФКУ): умственная отсталость, нарушение поведения, дефект пигментации, судорожный синдром и дерматиты; связана с нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина, поступающей в организм с белковой пищей.

Частота встречаемости ФКУ существенно колеблется в разных регионах и в разных популяциях: в Турции 1: 4372; в Японии 1:80500. Наибольшая распространенность у европеоидной расы: Ирландия 164500; Югославия 1:7300; Италия 1:12280; Греция 1:18640. В Скандинавском регионе отмечено наиболее низкая встречаемость ФКУ: Финляндии 1:71000; Швеция 1:43230 [1].

Частота встречаемости ФКУ в России в 1985г. 1:7000 [1], в 2015г. 1:7914 [2]; в Краснодарском крае за период 1992-2007гг. 1:8376 (охват скринингом 98% новорожденных) [3]; в 2015 году - 1:7759 [2].

В России массовое обследование новорожденных на ФКУ начало проводиться с 1985г., в Краснодарском крае с 1987г.[4].

Выявление заболевания ФКУ на доклинической стадии и раннее начало специализированного лечения – единственная реальная возможность предупреждения тяжелейших последствий наследственного генетического дефекта

Цель. Определить эффективность массового неонатального скрининга на ФКУ, раннего начала специфического лечения и диспансерного наблюдения детей с ФКУ на этапе детской городской поликлиники.

Материалы и методы исследования. По данным Кубанской межрегиональной медико-генетической консультации (КММГК) [2], в г.Краснодаре в 2015 году живых новорожденных 18298, обследовано 18127 (99,1%), выявлено 3 больных ФКУ, один из них с декабря 2015 года наблюдается в МБУЗ ДГП №3. Кроме того, с 2009 года в МБУЗ ДГП №3 на постоянном диспансерном наблюдении с диагнозом ФКУ находится еще один ребенок.

МБУЗ ДГП №3 в своей работе по обследованию новорожденных детей на НБО руководствуется приказом Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные болезни» [5], Приказом Министерства Здравоохранения Краснодарского края №3072 от 23.06.2014г. «О проведении массового обследования детей на наследственные болезни в Краснодарском крае» [6].

Проведение неонатального скрининга на ФКУ основано на определении количественного содержания фенилаланина в сухом пятне крови на специальной фильтровальной бумаге (тест-бланке). Эти исследования проводят в КММГК, куда направляются образцы крови новорождённых. Расширенный неонатальный скрининг проводится одновременно на фенилкетонурию, врождённый гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз.

В МБУЗ ДГП №3 в 2015 году 1083 живых новорожденных, обследовано 1083 (100%), из них первично обследовано 33 ребенка, повторно 39 [7].

Первичное обследование на ФКУ в условиях детской поликлиники связано с ранней (2-3 сутки) выпиской из роддома. В таких случаях, согласно списков, переданных из КММГК, участковая педиатрическая служба проводит организацию забора крови на 4-е сутки, приглашает родителей для проведения скрининга в клинико-диагностическую лабораторию либо взятие крови проходит на дому.

Повторное обследование детей с высокими результатами скрининга (ретест) в условиях детской поликлиники проводят в течение 48 часов с момента получения информации о необходимости повторного обследования.

Благодаря наличию электронной почты руководство МБУЗ ДГП №3 оперативно получает из КММГК информацию о необходимости срочного повторного обследования детей группы риска по ФКУ.

Результаты и их обсуждение. *Фенилкетонурия* (ФКУ) – наследственное нарушение обмена аминокислоты фенилаланин (ФА), поступающей в организм человека с белковой пищей. В результате генетического блока нарушается расщепление пищевого белка в организме ребенка и повышается уровень ФА, что приводит к тяжелому поражению центральной нервной системы в виде умственной отсталости и судорожного синдрома, поражению ЖКТ.

Признаки заболевания появляются уже на первом месяце жизни ребенка. Нередко дети имеют характерный внешний вид – светлокожие с голубыми глазами. У них часто отмечается развитие кожных заболеваний, таких как экзема, дерматиты. Кожа склонна к чрезмерной травматизации. Отмечается сонливость, вялость, плаксивость, повышенная раздражительность. Дети резко отстают в умственном и нервно-психическом развитии. Если болезнь прогрессирует, то возможно развитие эпилептиформных припадков – поклоны, кивки, вздрагивания развернутого судорожного или бессудорожного типа. Возможно появление кратковременного отключения сознания. Для ребенка характерна определенная поза – поджатые ноги и согнутые руки («поза портного») из-за гипертонуса определенных групп мышц. Могут появляться гиперкинезы, атаксия, тремор рук, парезы центрального типа. Появляется своеобразный мышиный запах мочи и пота. При отсутствии адекватного лечения развивается глубокая психическая инвалидность.

С момента установления диагноза до 14 дней жизни в условиях КММГК ребенок переводится на новое питание с резким ограничением белков животного происхождения и заменой их лечебными продуктами питания, лишенными фенилаланина, при регулярном контрольном определении уровня

ФА в крови продолжается диетотерапия под систематическим контролем участкового педиатра и врача-генетика.

Так как фенилаланин является незаменимой аминокислотой, потребность в ней должна быть удовлетворена для обеспечения нормального роста и развития ребенка. В период интенсивного роста и развития ребенка поступление белка в организм должно быть достаточным. Дефицит его незамедлительно отразится на процессе формирования всех органов и систем. Поэтому нельзя полностью исключить из рациона новорожденного материнское молоко. Для коррекции питания детям даются белковые гидролизаты, лишенные фенилаланина, но содержащие все другие необходимые аминокислоты. Дети, страдающие ФКУ, лечебным питанием должны обеспечиваться за счет финансовых средств на осуществление государственных полномочий по предоставлению отдельным категориям населения мер социальной поддержки в бесплатном и льготном обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Каждый пациент – уникальная комбинация наследственных факторов и приобретенных качеств в специфических условиях жизни, поэтому оправдан персонифицированный подход к диспансеризации детей с ФКУ в условиях детской городской поликлиники.

В МБУЗ ДГП №3 наблюдение за детьми с ФКУ осуществляется в соответствии со стандартом.

Таблица 1

Стандарт наблюдения за ребенком с ФКУ

	До года	1-5 лет	Старше 5 лет
Педиатр	Ежемесячно	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.
Соматометрия	Ежемесячно	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.
Невропатолог	Каждые 3 мес.	Ежегодно	Ежегодно
Окулист	Ежегодно	Ежегодно	Ежегодно
Генетик	Ежемесячно	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.
Гематолог	По показаниям		
Гастроэнтеролог	По показаниям		
Анализ крови на ФА	1 раз в месяц	1 раз в месяц	Каждые 3 месяца
Гемоглобин	1 раз в месяц	Каждые 3 месяца	Каждые 6 месяцев
ЭЭГ	Каждые 2 года		
Общий белок сыворотки крови	По показаниям		

Дети с фенилкетонурией относятся к первой и второй группам риска по возможности развития поствакцинальных осложнений. Вакцинацию полиомиелита допустимо проводить по календарю. Остальные профилактические прививки проводятся с разрешения невролога после 1 года.

В МБУЗ ДГП №3 под диспансерным наблюдением с 2009 по 2015гг находятся 2 детей с диагнозом ФКУ. В настоящий момент их нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. Продолжают получать специализированное питание. ФА крови находится в пределах нормы.

Выводы. Важная роль по выхаживанию, наблюдению детей с ФКУ отводится детской городской поликлинике. Именно здесь необходим персонифицированный подход к каждому ребенку с ФКУ, строгое соблюдение стандарта диспансеризации, точное выполнение рекомендаций и назначений – только так дети с наследственными болезнями обмена будут расти полноценными членами общества.

Литература:

1. Наследственные болезни: национальное руководство/под ред. Бочкова, Н.П., Гинтера, Е.К./глава 32. Матулевич, С.А. Голихина, Т.А.Неонатальный скрининг на наследственные болезни/М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012-С. 861-866

2. Неонатология: национальное руководство/под ред.Н.Н. Володина.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.-848с.- (серия «Национальное руководство»)

3. Письмо Министерства здравоохранения Краснодарского края от 12.02.2016 №48-1541/16-04-32 «Анализ работы медицинских

организаций по проведению неонатального скрининга в Краснодарском крае за 2015 год».
4. Матулевич, С.А.. Массовый скрининг новорожденных на НБО как часть системы медико-генетической помощи населению. // Матулевич, С.А. /Автореф. Дис…. д-ра мед. наук. -М.: 2009.-С.9-13.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания». URL:- 13.04.2016 http://pravo-med.ru/legislation/fz/3298/
6. Приказ Министерства Здравоохранения Краснодарского края №3072 от 23.06.2014г. «О проведении массового обследования детей на наследственные болезни в Краснодарском крае». URL:- 13.04.2016 http://krasnodar-gov.ru/doc/10130
7. Пояснительная записка к годовому отчету педиатрической службы МБУЗ Детская городская поликлиника № 3 города Краснодара за 2015 год.

СОКРАЩЕНИЯ СЛОВ КАК ТЕНДЕНЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Скатеренко А.Е.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В современном мире все куда-то торопятся, общение по СМС и с помощью интернета вошло в наш повседневный «рацион» уже очень давно. Планшеты, телефоны, разнообразные социальные сети заменили нам живое общение. Человек все время стремится сделать свою жизнь проще и легче, совмещая множество дел: работу, учёбу, отдых и т.д. Чем именно обусловлено такое общение? - Быстро, продуктивно, удобно, но не всегда понятно. Социальные сети экономят нам время и средства. Переписка с помощью сообщений дает возможность поддерживать связь в любое время: на работе, учебе, на совещаниях и планерках, когда нет возможности позвонить. Сообщение – это современный способ коммуникации, но принес ли он пользу нашему обществу?

Цель нашего исследования - установить причину употребления сокращений среди молодежи в СМС и интернет переписке, а также определить уровень понимания часто употребляемых сокращений.

В соответствии с поставленной целью необходимо выполнить следующие задачи:

Изучить и систематизировать информацию по теме сокращения (дать определение понятию сокращение)

Рассмотреть наиболее популярные сокращения в русском языке в интернет пространстве

Определить уровень понимания употребляемых сокращений

Провести социологический опрос среди учащихся нашего института

Установить причину частого употребления сокращений

Поставленные задачи решались с использованием различных методов научного исследования, основными из которых являются следующие:

Методы теоретического исследования

Сравнительно-сопоставительный метод

Описательный

Социологический опрос (анкетирование)

Объектом исследования являются сокращения русского языка в СМС и интернет пространстве.

Предметом исследования является общение между молодежью в интернет пространстве.

Актуальность нашей темы обусловлена стремительным распространением новейших способов коммуникаций. Например, среди подрастающего поколения распространено общение через WhatsApp, Viber, Vk, Facebook, Twitter и так далее.

Рассматривая сокращения слов как тенденцию современного общества, необходимо учитывать особенности общения по смс и в интернет переписках. Отличительной чертой такого общения является краткость и сжатость передаваемой информации. Сокращения слов - это пропуск отдельных букв и слогов в слове, а иногда изъятие значительной части слова кроме отдельных букв. В нашей работе мы рассматриваем сокращения как укороченный вариант слова, чаще всего преобразованный в аббревиатуру.

Согласно толковому словарю русского языка аббревиатура - это существительное, образованное из усеченных отрезков слов, входящих в синонимичное словосочетание, при этом опорный компонент может быть целым, не усеченным словом.

А. А. Ионина предлагает следующую классификацию образования сокращений:

Одна буква или цифра заменяет целое слово или слог, например: 4ас (час); 4то (что); о5 (опять), 7я (семья)

Изменение значения символов, например: щас (сейчас), че(что).

Сокращение букв и пунктуационных знаков, когда: исключаются гласные, при этом значение слова определяется по последовательности сог-ласных, например: спс (спасибо), нзч(не за что)

Используется аббревиатура: ДР (День рождения); НГ (Новый Год)

редукция:

-Прив 4то 2елаеш я телик смарю (текст автора)
-Привет, что ты делаешь? Я смотрю телевизор.
-Я тя лю - Я тебя люблю.

Систематизируя всю информацию по теме употребления сокращений в русском языке, мы провели социологический опрос среди учащихся нашего института в возрасте от 17 до 22 лет. Студенты отвечали на 3 вопроса, ориентируемых на установление причины употребления сокращений при переписке и им было предложено расшифровать 20 сокращений слов разного типа, чтобы определить уровень понимания употребляемых сокращений. Данные сокращения были взяты из переписок в социальных сетях. Ниже приведен список вопросов и сокращений, составляющий анкетирование.

1. Почему вы сокращаете слова в переписках?

а) Это экономит время

б) По привычке (сокращения употребляются при повседневном общении)

в) Лень писать целое слово

г) Экономит средства

66% среди опрошенных используют сокращения, так как им лень писать целое слово, 20% - по привычке, признаваясь в том, что часто употребляемые сокращения уже полностью заменяют употребление целых слов и для 14% опрошенных это экономит время.

2. Все ли сокращения вы можете понять?

а) да, всегда

б) нет, не всегда

в) чаще понимаю

г) чаще не понимаю

48% опрошенных утверждают «нет, не всегда», однако 52% чаще понимают написанное.

3.С кем вы употребляете сокращения в общении?

а) родственники

б) друзья/знакомые

в) сверстники

г)люди старше вас

60% опрошенных используют сокращения только с друзьями и знакомыми; 25% используют в общении со сверстниками, а 15% и вовсе не используют сокращения в переписке.

Необходимо отметить, что студенты в возрасте до 20 лет чаще употребляют сокращения и понимают их значения. Студенты постарше реже употребляют сокращения, при этом понимают только часто употребляемые и самые популярные аббревиатуры. Однако тенденция к частому употреблению сокращений в переписках наблюдается у всех опрошенных студентов.

Ниже представлены 20 сокращений, которые студенты пытались объяснить. Мы приводим сокращения, указывая целое слово, которое обычно сокращается в представленной форме:

1.Прив - (привет, здравствуй)
2.Оч - (очень)
3.Ок - (хорошо)
4.ДР - (День Рожденья)
5.НГ- (Новый Год)
6.Спок - (Спокойной ночи)
7.Мб - (Может быть)
8.ХЗ - (Хрен знает)
9.Спс - (Спасибо)
10.ИМХО - (от английского «in my humble opinion» По моему скромному мнению)
11.КМК - (Как мне кажется)
12.ЧГК - (Что? Где? Когда?)
13.ЧФ - (англ. «childfree»Чайлдфри, в буквальном переводе"свободный от детей")
14.ЗЫ- (Тоже самое что и P.S., если напечатать аббревиатуру на русской раскладке клавиатуры)
15.Пжлст - (Пожалуйста)
16.ЯП - (Ясен пень)
17.7я - (Семья)
18.КСТ- (Кстати)
19. ОМГ - (англ. «Oh, my God!»Боже мой)
20. НЗЧ - (не за что)

Проанализировав ответы опрошенных студентов, мы установили, что 58% могут расшифровать предложенные сокращения, соответственно они понимают подобный формат общения, а 42% не всегда могут понять написанное. Чаще всего трудности понимания возникали при расшифровки англоязычных фраз стремительно входящих в русский язык.

В ходе нашего исследования мы пришли к выводу, что студенты в возрасте 17-22 лет достаточно активно пользуются сокращениями в СМС и интернет переписках. Процесс употребления сокращений при переписке протекает очень динамично. Поначалу это может формировать конфликт и не понимание

при общении, а в дальнейшем употребление сокращений входит в повседневный обиход, что характеризует лексику как наиболее подвижный уровень языковой системы. Отметим, что все рассмотренные варианты сокращений чаще употребляются в письменном виде. Главный принцип сообщений и интернет переписки - это максимум смысла за минимально затраченное время.

По итогам нашего социального опроса было установлено, что молодые люди возраста 17-22 лет используют сокращения в СМС и интернет переписках, понимают часто употребляемые сокращения слов и могут по аналогии с уже знакомыми сокращениями понять смысл незнакомой аббревиатуры. Из этого следует, что сокращения плотно входят в нашу социальную активность. Аббревиатуры начинают часто использоваться в нашем общении в повседневной жизни. Это удобный и быстрый способ донести информацию при минимально затраченном времени. И тем ни менее, как нам кажется, это не должно выходить за рамки переписки, дабы не потерять в сокращениях красоту и силу русского слова.

Литература:

1. Ионина А.А. Особенности современного текстового мышления. SMS-язык//Вестник МГПУ, М., 2008.
2. Сидорова М.Ю. Засоряют ли СМС-сообщения русский язык? МГУ им. М.В. Ломоносова, М., 2008.
3. www.slovari.ru

РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Слабая О.С., Белялова М.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Специальность Педагога, как и специальность Врача,- одна из самых старейших, в ней собран многовековой навык наследственности поколений. На самом деле, преподаватель - это соединяющая нить между поколениями, носитель социально-исторического опыта. В быстро изменяющемся мире специальностей, профессия Педагога остается неизменной, нерушимой и незыблемой, хотя ее условия труда, содержание, количественный и качественный состав все время находятся в прогрессе. Педагоги заняты образованием и воспитанием нашего будущего, они воспитывают тех, кто завтра придет на смену настоящему поколению. Они работают с «живым сырьем», порча которого сравнивается с необратимой катастрофой, так как потеряны те годы, которые были направлены на обучение и воспитание.

Профессия педагога требует разносторонних знаний и умений, безграничной душевной щедрости, любви и мудрости. Только каждый день с радостью отдавая себя детям, можно приблизить их к науке, заложить основу нравственных ценностей, приобщить к труду. Деятельность педагога - это всякий раз вторжение во внутренний мир постоянно растущего человека. Всегда нужно помнить об этом, чтобы не поранить и не сломать еще не окрепший росток души. Никами учебниками нельзя заменить содружество педагога с воспитанником и далеко не каждый может стать педагогом. Самым главным и важным условием становления профессионального педагога является наличие педагогических способностей личности.

Основу педагогических способностей представляет расположенность к учащимся, которая пронизывает все стороны деятельности педагога. Это единственная педагогическая способность, отсутствие которой у преподавателя невозможно ничем восполнить. Прятать и маскировать её отсутствие не удастся. Учащиеся очень наблюдательны и чувствуют, искренне любит их педагог, любит свое дело или лишь выполняет рутинную обязанность и тягостную для него деятельность.

Способности - это индивидуальные особенности личности, являющиеся субъективными условиями успешного выполнения определенного вида деятельности.

Под педагогическими способностями понимают совокупность индивидуально-психологических особенностей личности преподавателя, отвечающих требованиям педагогической деятельности и определяющих успех в овладении этой деятельностью.

Актуальность темы обусловлена, с одной стороны, неполноценностью сформированности педагогических способностей, с другой – преподаватель должен несомненно и непрекословно наделен педагогическими способностями и умениями, развивать их в профессиональной деятельности.

Цель исследования: на основе теоретического обоснования проблемы, эмпирически

обоснованных исследований разработать рекомендации по эффективному развитию педагогических способностей.

Задачи исследования: теоретический анализ научных материалов по педагогическим способностям.

Гипотеза исследования: осведомленность о наличии системы педагогических способностей педагога и их эффективного развития будет способствовать профессиональному становлению преподавателя-мастера.

Ученые и идеологи педагогической науки разработали концептуально значимые для осуществления профессиональной деятельности материалы о педагогических способностях.

Любой современный педагог сможет в полной мере реализовать свой профессиональный потенциал в зависимости от глубины понимания сущности образования. Каждый педагог знает, что присутствует два понимания внутренней стороны образовательного процесса: развитие и формирование способностей или приобретение систематических знаний. Ум всегда был выше знаний. П.Ф. Каптерев говорил, что если владеешь умом, всегда приобретешь знания, а владея только одними знаниями, не всегда приобретешь ум.

Педагогические способности проявляются не только в процессе овладения знаниями, но и развитии умений и навыков, необходимых для качественного и успешного выполнения профессиональной деятельности.

С.Л. Рубинштейн в своих трудах писал о том, что главное условие развития способностей, заключается в том, что само развитие происходит по спирали: осуществление возможности, которая составляет способность менее низкой степени, открывает новые возможности для дальнейшего развития, для развития способностей более высокой степени [6].

Занимаясь научными исследованиями, А.Н. Леонтьев разработал положение о том, что все психические функции и способности, которые характерны человеку как социальному субъекту, развиваются и формулируются в результате овладения опытом предшествующих поколений. Такой процесс предстает по своей функции процессом развития и воспитания.

Работая над проблемой педагогических способностей, уделяется внимание профессиональному становлению личности педагога [1].

Выдающийся психолог Л.С. Выготский делает упор на то, что изначально способности развиваются как имитация культурного образца мышления и деятельности; затем происходит изменение исходного образца с последующей рефлексией и фиксацией отличий своего способа деятельности [2].

Колоссальную работу провел Б.М. Теплов. Он дал детальное определение понятиям «способности», «общие способности», «специальные способности». Под способностями он подразумевал индивидуальные свойства личности, которые являются условием успешного выполнения одного или нескольких родов деятельности.

Еще Б.М. Теплов включил в свою работу три обязательных признака способностей. Под способностями подразумеваются индивидуально-психологические особенности, различающие одного человека от другого; способности определяют не все индивидуальные особенности, а лишь те, которые имеют отношение к результативности выполнения какой-либо деятельности; определение «способность» не отвечает всем тем навыкам, знаниям и умениям, которые уже установились у каждого человека.

Общие способности – это индивидуальные свойства личности, которые обеспечивают определенную легкость и результативность в овладении знаниями и осуществлении различных видов деятельности. Развитие общих способностей зависит в первую очередь от психофизиологических характеристик личности: ее темперамент, характер, интеллект.

Продуктивность и результативность педагогической деятельности зависит от специальных педагогических способностей. Под специальными способностями Б.М. Теплов понимал свойства личности, которые помогают достичь высоких результатов в определенном роде деятельности.

Специальные способности преподавателя касаются не только деятельности по приобретению знаний, умений и навыков, но и способности к воспитанию личности.

Также Б.М. Теплов уделил внимание изучению врожденных способностей. Он определил, что врожденными способностями могут быть только анатомо-физиологические особенности, т. е. задатки, которые являются «стержнем» развития способностей, сами же способности всегда являются результатом

развития способности, которые возникают в деятельности [6].

Н.Д. Левитов изучая педагогические способности, сказал, что это целый ряд качеств, которые имеют отношение ко всем сторонам личности учителя, и которые являются неотъемлемым условием для успешного выполнения педагогической деятельности. К таким качествам относятся следующие:

1) организаторская способность, которая нужна для обеспечения качества работы самого учителя и для обеспечения хорошего ученического коллектива; 2) способность понимать учеников; 3) креативный и самостоятельный склад мышления; 4) точная ориентировка и находчивость; 5) способность к передаче учащимся знаний в краткой и доступной форме [4].

Проблема педагогических способностей предполагает систему в содержательных и структурных компонентах данного феномена в реализации многими учеными и педагогами практического образования.

Педагогические умения представляют собой совокупность разнообразных действий преподавателя, которые, в первую очередь, отвечают функциям педагогической деятельности, в большей степени определяют индивидуально-психологические особенности преподавателя и подтверждают его предметно-профессиональную компетенцию. А.И. Щербаков, А.В. Мудрик рассуждая об умениях преподавателя в целом, считают, что в дидактическом плане они сводятся к трем основным: 1) умение переносить известные знания учителя на возникшую непредвиденную педагогическую ситуацию; 2) умение находить для каждой педагогической ситуации новое решение; 3) умение создавать новые элементы педагогических знаний и идей и конструировать новые приемы для решения конкретной педагогической ситуации.

Ф.Н. Гоноболин в своей книге «Об учителе» выдвигает основные и важные 12 способностей, которые в дальнейшем соединяет в четыре группы педагогических способностей. Способность представить дидактический материал понятным и доступным для учащихся и способность связать дидактический материал с реальной жизнью организуют первую группу педагогических способностей. Всепонимание преподавателем учащегося, любовь к детям, инициативность, творчество и организованность в работе, наблюдательность по отношению к учащимся - все это составляет вторую группа педагогических способностей, которые связаны с рефлексивно-гностичес-кими способностями человека. Педагогически сильное воздействие на учащихся, педагогическая строгость и взыскательность, грамотная взаимосвязь в сложных педагогических ситуациях, способность организовать учебный коллектив — это третья группа интерактивно-коммуникативных способностей. И, наконец, самая важная четвертая группа выделенных способностей содержит способности, которые определяют содержательность, яркость, образность, убедительность и точность преподавательской речи. Названные педагогические способности делают возможным успешно осуществлять все грани педагогической деятельности. Так, педагогическое воображение имеет большое значение для плодотворной педагогической деятельности - оно заключается в "проектировании" будущих знаний учащихся, умении находить заранее подходящие методы и методики. Именно педагогическое воображение помогает преподавателю реализовывать всестороннее обучение и воспитание. Педагогический такт играет большую роль в коммуникативной стороне педагогической деятельности. Это способность к формированию правильных взаимоотношений с учащимися, преподавателями, родителями. Организаторские способности также необходимы для успешной деятельности преподавателя, так как вся педагогическая деятельность носит организаторский характер [3].

Педагогические способности - это совокупность индивидуально-психологических особенностей личности преподавателя, которые отвечают требованиям педагогической деятельности и определяют успех в овладении этой деятельностью.

Отличие педагогических способностей от педагогических умений состоит в том, что педагогические способности - это особенности личности, а педагогические умения - это отдельные акты педагогической деятельности, которые осуществляются преподавателем на высоком уровне.

Педагогические способности предусматривают высокий уровень развития общих способностей и то, что другие специальные способности включаются в сферу педагогической деятельности лишь при наличии педагогической направленности и педагогических способностей в условиях их дальнейшего развития.

Главные компоненты профессионально-педагогической деятельности, которые обеспечивают ее целостность, в то же время показывают ее многофункциональный характер,

что разрешило исследователям выделить данные компоненты как самостоятельные виды деятельности, определить составляющие их действия, освоение которых преподавателем обеспечивает его профессиональную умелость и компетентность. Все компоненты деятельности проявляются в работе педагога любой специальности. Их реализация предусматривает владение педагогом специальными умениями.

Педагогические способности обеспечивают накопление плодотворной информации об учащихся, которая позволяет использовать «созидающее» внушение, стимулирующее формирование самоконтроля и саморегуляции, обеспечивая тем самым потребность учащегося в саморазвитии и самоутверждении.

Как видно из названных определений педагогических способностей, они в своем содержании, во-первых, содержат многие личностные качества и, во-вторых, раскрываются через определенные действия, умения. При этом имеются умения, включающиеся в содержание нескольких способностей, например, входящее в дидактическую способность умение организовывать самостоятельную работу учащихся есть, по сути, умение организовать работу других. Умения, которые раскрывают перцептивную способность, очень похожи с умениями, которые входят в способность к распределению внимания, и т.д. Это может говорить о том, что в основе определенных педагогических действий (умений), а тем более их совокупности, с помощью которой реализуется та или иная педагогическая функция, могут лежать несколько способностей.

Литература:

1. Белялова, М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента в обеспечении качества современного профессионального образования. //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2014.
2. Выготский, Л.С. Психология искусства. – М.: Издательство «Искусство», 2001.
3. Гоноболин, Ф.Н. Книга об учителе. - М., Просвещение, 1965.
4. Левитов, Н.Д. Детская и педагогическая психология. – М., 1964.
5. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. – М., 1946.
6. Теплов, Б.М. Избранные труды: В 2 т. - М., 1985.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Слабая О.С., Белялова М.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Способности – природная склонность к занятиям чем-либо; талант, дарование [2].

Способности – индивидуально выраженные возможности к успешному осуществлению той или иной деятельности. Включают в себя как отдельные знания, умения и навыки, так и готовность к обучению новым способам и приемам деятельности [1].

Способности – индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности. Они тесно связаны с общей направленностью личности, с тем, насколько устойчивы склонности человека к той или иной деятельности. Уровень и степень развития способностей выражают понятия таланта и гениальности [3].

Педагогические способности – обобщенная совокупность таких индивидуально-психологических особенностей и профессионально значимых качеств педагога, которые обеспечивают достижение высоких результатов в педагогической деятельности [4].

Способности тесно связаны с потребностями личности, ее интересами и избирательным эмоционально-волевым отношением к деятельности. Автором была проведена психодиагностическая методика опосредованного выявления коммуникативных и творческих способностей.

Коммуникативные, творческие и организаторские способности являются стержневыми в профессиях, которые по своему содержанию связаны с активным взаимодействием между людьми. Они являются важные факторами для достижения успеха в педагогической деятельности. Коммуникативные, творческие и организаторские способности являются ведущими в образовании межличностных отношений, в сплочении членов коллектива, в организации учебных групп, в привлечении к себе людей, в умении организовать и направить их деятельность.

Как видно из приведенных определений педагогических способностей, они в своем содержании, во-первых, включают многие лич-

ностные качества и, во-вторых, раскрываются через определенные действия, умения.

Педагогические способности обеспечивают накопление плодотворной информации об учащихся, позволяющей использовать «созидающее» внушение, стимулирующее формирование самоконтроля и саморегуляции, обеспечивая тем самым потребность учащегося в саморазвитии и самоутверждении.

Исследование проводилось на базе МАОУ ВО «КММИВСО»; в исследовании приняло участие 30 респондентов

Исследование коммуникативной толерантности по методике В.В. Бойко [5].

Методика содержит 9 несложных ситуаций взаимодействия; респонденты должны оценить себя в данных ситуациях, используя трехбальную шкалу: «0» - совсем неверно; «1» -верно в некоторой степени; «2» - верно в значительной степени; «3»- верно в высшей степени.

Анализ результатов исследования.

10 респондентов набрали по 3б, 12 респондентов – по 2б, 8 респондентов -по 2б

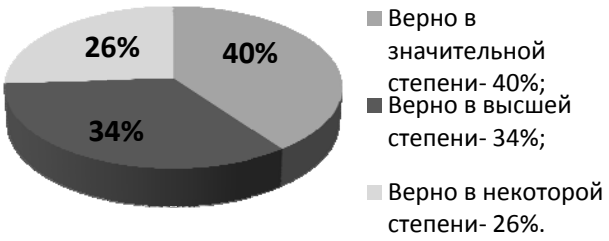


Рис.1 - Результаты исследования коммуникативной толерантности респондентов.

40% (12 чел.) проявили коммуникативную толерантность в значительной степени, что означает умение понять, принять не всегда верные действия окружающих и не реагировать с раздражением на проявления других людей. Данные показатели свидетельствуют о возможности корректировать коммуникативную культуру преподавателя с помощью изучения соответствующей литературы или участия в тренингах по общению.

34% (10 чел.) в высшей степени толерантны во взаимодействии с окружающими людьми, что свидетельствует о развитости коммуникативных способностей.

26% (8 чел.) имеют проблемы, связанные с коммуникативной толерантностью: они бывают часто раздражительны, нетерпимы к чужому мнению и в определенных случаях ведут себя агрессивно, что исключает возможность заниматься педагогической деятельностью.

Выводы: велик процент преподавателей, незанимающихся развитием коммуникативных способностей (26%), что отрицательно сказывается на субъект-субъектных отношениях участников образования, и ведет к эмоциональному выгоранию преподавателя, и к нежеланию учащихся общаться с такими преподавателями.

2.3. Исследование творческих способностей преподавателя по Фетискину Н.П., Козлову В.В., Мануйлову Г.М. [5].

Методика содержит 18 вопросов с возможными вариантами ответов. Респондент должен выбрать один из вариантов ответа.

Анализ результатов исследования показал, что у 50% (15чел.) творческие способности выражены в значительной степени; у 26% (8чел.) творческие способности находятся на среднем уровне; у 24% (7чел.) отсутствует вера в собственные творческие способности.

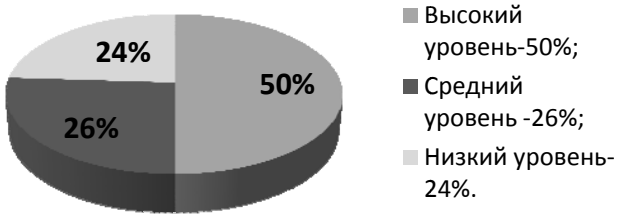


Рис. 2 - Результаты и исследования творческих способностей респондентов.

50% респондентов продемонстрировали отличные творческие способности, которые способствуют развитию адекватных творческих способностей у учащихся. С такими преподавателями интересно общение и решение нестандартных задач и проблем. С ними увлекательно обсуждать интересные фрагменты и эпизоды жизни, принимая неординарные решения [1]. Определенной группе преподавателей необходимо развивать свои собственные творческие способности, чтобы быть способными, развивать эти способности у учащихся. Другая группа преподавателей боится осуждения за непривычные для других взгляды, чувства и поведения, что приводит к отсутствию веры в свои силы и это обедняет творческий потенциал данного преподавателя.

Литература:
1. Белялова М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента в обеспечении качества современного профессионального образования. //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2014.
2. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. - М.: Русский язык, 2000.
3. Коджаспирова, Г.М., Коджаспиров, А.Ю. Педагогический словарь: Для студентов высших и средних педагогических учебных заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2000.
4. Мещеряков, Б.Г., Зинченко, В.П. Психологический словарь. – М.: Прайм-Еврознак, 2008.
5.Фетискин, Н.П., Козлов, В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ

Соколова П.С., Ткаченко А.В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Почва содержит почти все элементы периодической системы. Источником поступления элементов в почву являются материнские породы, природные воды и геохимическая деятельность человека. Существует прямая корреляция содержания микроэлементов в почве и воде с их содержанием в организме человека. Доказана зависимость между составом почв и частотой заболеваний населения конкретного региона[1].

Содержание цинка в земной коре составляет 0,0083%, а в организме человека 0,0005% (2-3 г), он относится к микроэлементам [2,3].

Биогенная роль цинка определяется его активностью во многих биологических циклах. Он входит в состав карбоангидразы эритроцитов как специфический компонент; является неспецифическим компонентом и кофактором ряда дегидрогеназ, карбоксипептидазы, щелочной фосфотазы, играющей важнейшую роль в минерализации костной ткани. Цинк участвует в синтезе РНК, стабилизируя ее структуру. Обмен цинка в костной ткани тесно связан с Ca^{+2}, P^{+5}, Fe^{+3}, а также микроэлементами, например, Си, Мо. Цинк угнетает активность железо- и медьсодержащих ферментов (цитохромоксидазы, каталаз, сукцинат дегидрогеназы), которые связаны с коллагенсинтетической активностью остеобластов.

В то же время является доказанной роль цинка как необходимого элемента метаболизма растений. Внесение цинка в качестве компонента микроудобрений, наряду с другими микроэлементами (медь, марганец и другие) увеличивает урожайность, повышает стойкость к болезням растений.

Нами поставлена задача определения содержания цинка в почве виноградников. В работе использован блок методов, включающий извлечение цинка экстракционным методом из почвы (экстрагент – β-дикетон), фотометрическом его определении в экстракте в виде окрашенных соединений дитизона по классическому методу Г.Иванчева и атомно-абсорбционном определении цинка в вине (совместно с Северо-Кавказским НИИ Садоводства и виноградарства). Полученные материалы обрабатывались с использованием методов вариационной статистики по Стьюденту.

Объектам исследования были почвы виноградников Мысхако Новороссийского района Краснодарского края.

Содержание цинка в почве вне виноградников (контроль) составляет 18-25 мг/кг. В почвах виноградников цинка значительно меньше: на участках, где применялись микроудобрения – от 10 до 17 мг/кг, а на участках без внесения этих удобрений – еще меньше, от 8 до 10 мг/кг. Это объясняется тем, что растения поглощают из почвы цинк, необходимый для их нормального функционирования. Данные эксперимента показывают, что внесенная доза удобрения (0,5 кг/га) недостаточна для компенсации естественной убыли цинка.

Из винограда цинк попадает в вино. Следует отметить, что цинк относится к микроэлементам, необходимым для обмена веществ в растении винограда, а также входит в состав ферментов, участвующих в процессах брожения и созревания вина[4].

Литература:
1. Протасова Н.А., Редкие и рассеянные элементы в почве/Воронеж: ВГУ,1992,166 с.
2. Покатилов Ю.Г., Биогеохимия элементов, нозогеография юга Средней Сибири/ Новосибирск,: Наука, 1992, 186 с.
3. Бгатов А.В., Биогенная классификация химических элементов/ Журнал «Философия науки», 1999, №2(6) с. 88-96

4. Ткаченко А.В., Киселева Г.К. Определение содержания металлов в кубанских винах марки Каберне. 36 НПК ЮФО, Краснодар, 2009, с.101

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сычева Н.Ю., Барельская Т.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Хронический панкреатит является важной проблемой современной медицины, как по распространенности, так и по росту заболеваемости, временной нетрудоспособности и причине инвалидизации. В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта он составляет от 5,1 до 9 % [1, 2, 5, 6].

Проблема боли, и ее лечение занимает одно из центральных мест в медицине. Это обусловлено тем, что болевой синдром – одно из наиболее распространенных явлений при большинстве заболеваний человека [2, 3, 4, 7].

В связи с сигнальным значением боли очевидна актуальность дальнейшего изучения патофизиологических взаимосвязей поджелудочной железы и болевого синдрома, а также поиск методов терапии хронического панкреатита и купирования боли.

Цель исследования: определить роль медицинской сестры в купировании болевого синдрома у больных с хроническим панкреатитом.

Задачи исследования:

1) дать оценку выраженности болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом;
2) изучить роль медицинской сестры в уходе за больными;
3) разработать мероприятия по снижению уровня боли у пациентов с хроническим панкреатитом;
4) провести констатирующий эксперимент и оценить эффективность сестринских мероприятий;
5) провести анализ мнения пациентов об удовлетворенности работой среднего медицинского персонала и качеством медицинской помощи.

Исследование проводилось на базе МБУЗ Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи.

В исследовании принимали участие пациенты с хроническим панкреатитом, мужского и женского пола, в возрасте от 32 до 68 лет в количестве 20 человек.

Сначала мы оценили выраженность болевого синдрома. За отправную точку брали субъективные ощущения пациента. Боль испытывали 100 % больных. На боль в эпигастральной области указывали 40 % респондентов, в левом подреберье – 15 %, в правом подреберье 10 %. Боль опоясывающего характера испытывали 35 % исследуемых. Болевой синдром носил волнообразный характер, усиливающийся при несоблюдении рекомендаций врача, нарушения диеты, курения.

Наиболее эффективным способом, позволяющим установить интенсивность боли у пациента до и после аналгезии, является использование линеек со шкалой, по которой оценивается сила боли в баллах. Эти линейки представляют собой прямую линию, на одном конце которой отмечена точка отсутствия боли (0 баллов), а на другом конце находится точка, соответствующая нестерпимой боли (10 баллов). По данным дневников наблюдений, результатов шкал, видно, что пациенты исследуемой группы, контролируя боль, указывали ее характер и интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре.

Частота возникновения боли прослеживается по данным дневников наблюдения пациентов за болью. По приведенным данным видно, что болевой синдром в первые сутки наблюдения присутствует у 100 % больных. К пятому дню наблюдения у 12 человек из 20 болевой синдром практически отсутствует, у 8 человек сохраняется, но в значительно меньшей степени. Мы совместно с медицинской сестрой, в свою очередь, анализировали имеющиеся у нас данные: характер боли, ее интенсивность, причину возникновения, частоту возникновения и предоставляли эти сведения лечащему врачу. По предоставленным данным, пациентам была назначена стандартная терапия и эффективное обезболивание.

Далее в качестве эксперимента учитывая особенности и условия, в которых находились пациенты, явилось возможным применение двух видов арт-терапии (музыкотерапия и изотерапия).

Сначала мы применили один вид арт-терапии – музыкотерапию. Поставили классическую музыку и наблюдали за пациентами. Данный метод помог уменьшить боль у 9 пациентам из 20 (40 %).

Далее мы применили еще один вид арт-терапии – это изотерапия. Раздали исследуемым чистые листы с цветными ручками и карандашами и предложили нарисовать то, что так сильно хотелось бы видеть в ближайшем будущем, тем самым ввести пациентов в сферу фантазий и воображений в качестве заместительной терапии для купирования боли, и наблюдали за больными. Из 20 пациентов данный метод уменьшил болевые ощущения у 11 пациентов (55 %).

Было также применено сочетание двух видов арт-терапии – музыкотерапии и изотерапии одновременно и у 70 % (14 человек) отмечалось уменьшение боли.

Анализируя мнение пациентов о качестве работы среднего медицинского персонала отделения были получены следующие результаты.

Большинство опрошенных (70 %) – считают, что терапевтическое отделение № 1 работает хорошо, удовлетворительно 25 %, 5 % опрошенных оценивают работу отделения плохо.

65 % респондентов после прохождения лечения в терапевтическом отделении № 1 почувствовали себя лучше, 30 % почувствовали незначительное улучшение и всего 5 % не почувствовали улучшение самочувствия.

Внешним видом сотрудников отделения удовлетворены 95 % пациентов и работой сестринского персонала - 90 %.

На вопрос «Как часто вам во время лечения необходима помощь среднего медперсонала?» пациенты ответили: очень часто 30 %, часто 50 % , редко 15 % и очень редко 5 %.

На вопрос «Всегда ли вы получали ответы на вопросы у медицинской сестры?» пациенты ответили – всегда 40 %, часто 55 % и редко 5 %.

40 % пациентов ответили, что со средним медицинским персоналом проводят 81–100 % времени своего лечения в стационаре, 35 % проводят 61–80 %, 10 % проводят 41–60 %, 10 % проводят 21–40 %, 5 % проводят до 20 % времени со средним медицинским персоналом во время своего лечения.

Роль среднего медицинского персонала при прохождении лечения очень значительна для 45 % пациентов, значительна для 50 % и лишь для 5 % пациентов нет.

На вопрос «Что Вам не понравилось в работе медицинских сестер?» были получены следующие ответы:

– очень большая нагрузка на медицинских сестер и поэтому они не могут уделять достаточно времени на каждого пациента – ответили 85 % респондентов,

– не достаточно выслушивают пациента – сказали 15 %.

На вопрос «Что Вам понравилось в работе медицинских сестер?» пациенты ответили:

– они добросовестные, внимательные, тактичные – считают 40 % опрошенных;

– они стараются уделить внимание всем пациентам – сказали 35 %;

– выполняют все медицинские манипуляции качественно, профессионально – ответили 80 % респондентов;

– отвечают на все интересующие вопросы – сказали 60 % пациентов.

Выводы.

1. В ходе наших исследований пациенты, к которым применялась шкала боли, выражали более сильное желание и далее применять ее, с большей охотой рекомендовали ее другим пациентам и были более уверены в том, что она соответствует их ожиданиям. Пациенты также сообщали, что использование шкалы боли помогает быстрее распознать признаки приближающегося болевого синдрома.

2. Было отмечено, что применяя один вид терапии, у пациентов боль купировалась не во всех случаях. Если же применение терапии осуществлялось комплексно, с участием двух видов арт-терапии, то болевой синдром уменьшался значительно чаще, что говорит о возможности применения в клиниках сочетания лекарственных средств и современных средств арт-терапии и дает возможность пациентам пройти быстрейшую реабилитацию.

3. После использования приемов арт-терапии мы научились управлять болью, нам удалось снизить болевой синдром и уменьшить уровень боли, ускорив при этом реабилитацию пациентов.

4. Изучение данных анкетирования показало, что большая часть опрошенных удовлетворены внешним видом и работой сестринского персонала. Респондентам понравилось то, что медсестры очень внимательные, добрые, отзывчивые и тактичные, стараются уделить внимание всем пациентам, профессионально выполняют медицинские манипуляции, всегда отвечают на вопросы пациентов.

Литература:
1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. - Издание 6-е – Краснодар, 2013. – 256 с.
2. Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П. Неотложные состояния в сестринской практике. - Учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей. Издание 8-е – Краснодар, 2014. – 116 с.
3. Борисов Ю.Ю. Клиническое значение реологических свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-7. С. 1325-1328.
4. Борисов Ю.Ю., Кгузенко И.В. Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных фазах заболевания // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 2 (102). С. 42а
5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, переиздание 2001. – 384 с.
6. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.
7. Федюкович Н.И. Внутренние болезни: учеб. - метод. пособие / Н.И. Федюкович. Ростов - н/Д: Феникс, 2011.

ПОДВИГИ МЕДИКОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Тараненко С.С.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

Жестокая и губительная Великая Отечественная война, унесшая десятки и сотен тысяч жизней отразилась на истории всего мира, и стала одним из самых крупных военных конфликтов всех времен и народов. В ней действительно принимали участие практически все жители нашей страны, кто-то воевал и участвовал в жестоких и кровопролитных сражениях с беспощадным и многочисленным врагом. А кто-то, не покладая рук, работал в тылу, создавая новую боевую технику, патроны и оружия, производя продовольствия и отправляя все необходимое на передовую, не оставляя себе практически ничего.

Но, пожалуй, никто не сможет поспорить с тем, что военные врачи были в уникальном положении, ведь им приходилось постоянно находиться в самой гуще сражений, для того, чтобы выносить на себе тяжелораненых бойцов, неспособных самостоятельно передвигаться. И после всего этого они, зачастую под шквальным огнем и не имея достаточного количества медикаментов, проводили сложнейшие операции по спасению жизни солдат и офицеров. Более того, количество пострадавших и нуждающихся в неотложной помощи было так велико, что врачам и медсестрам приходилось работать без передышки несколько суток подряд.

Очень распространенным явлением среди медицинского персонала были голодные обмороки, и случались они не потому что есть было нечего, а из-за того что врач или медсестра не могла отвлечься ни на секунду.

Притом, хрупкие молодые девушки, вес которых варьировался в диапазоне 50-60 килограмм, в одиночку вытаскивали на себе взрослых и крупных солдат в полном обмундировании. За час одна медсестра могла перенести, таким образом, 5-6 бойцов, а, затем, не отдыхая, приступить к перевязкам и оказанию помощи тем, кто смог сам добраться до медицинского пункта.

Особенно тяжело приходилось медицинскому персоналу в 1941 году, когда советская армия несла самые большие потери. В то время огромное количество врачей и представителей младшего медицинского персонала имели очень небольшое представление о том, как быстро и эффективно справляться со внезапно появившимися проблемами. Отдельно стоит отметить низкую обеспеченность медиков необходимыми инструментами, медикаментами, оборудованием и даже формой, которая мгновенно пропитывалась литрами свежей крови. Многие медицинские сестры добровольно отдавали собственную кровь, спасая тем самым сотни жизней. Например, Лидия Савченко была награждена орденом ФлоренсНайтингейл за то, что более 30 раз становилась донором крови за промежуток всего в несколько месяцев.

Стоит также отметить, что медицинская военная служба как таковая была сформирована далеко не сразу, однако самоотверженные медицинские специалисты из городов и деревень самостоятельно брали инициативу в свои руки, и оказывали помощь самим первым многочисленным жертвам вторжения войск фашистской Германии.

За годы войны на фронте трудилось более 700 тысяч медицинских работников. По окончанию войны 12.5% всех этих людей были убиты, и этот показатель серьезно превышает потери в каждом отдельном военном подраз-

делении. Но несмотря на опасность они никогда не сдавались, не отступали перед трудностями, а в самых экстремальных ситуациях только железная воля и чувство долга помогали им вытаскивать сотни людей буквально с того света, и вновь возвращать на поля сражений.

Интересным моментом является и то, что непосредственно в полевых госпиталях врачи разрабатывали и применяли на практике совершенно новые, более прогрессивные технологии лечения, которые приносили ощутимые плоды, и помогали многим тяжело раненным воинам гораздо раньше вернуться в строй, и практически полностью избавиться от неприятных последствий полученных ранений.

Конечно же в ходе войны, и особенно после начала контрнаступления Советских войск качество и возможности военно-медицинского персонала серьезно улучшились. Очень важной задачей было максимально быстро вернуть раненных солдат и офицеров на поля сражений, и медикам было предоставлено все необходимое. Параллельно с этим следует отметить, что война воспитала огромное количество настоящих профессионалов своего дела, обладающих стальными нервами, и способными мгновенно справиться с самыми сложными проблемами. Они добились поразительных результатов и за весь период войны, благодаря медицинским работникам в строй вернулось около 72% раненых солдат и 90% больных, т.е. приблизительно 17 млн. человек.

Эти высочайшие показатели ярко демонстрируют профессионализм и невероятную самоотдачу Советских медиков, сумевших выполнять свой долг даже в самых сложных и принудительных обстоятельствах.

Особую дань уважения стоит отдать выдающимся специалистам, занимавшимся организацией работы всего медицинского персонала, и постоянно работавших на благо страны. К этим людям можно отнести: главного хирурга Советской армии Н.Н.Бурденко, который был крупнейшим организатором хирургической помощи раненным. Также широко известный отечественный полевой хирург, ученый, профессор Н.Н.Еланский внес неоценимый вклад в развитие, как военно-полевой хирургии, так и хирургической науки в целом. Его имя состоит в ряду наиболее выдающихся деятелей отечественной медицины страны. Неоспоримым вкладом Еланского в организации хирургической помощи являлась разработка хирургической сортировки и эвакуации. В.Н. Шамов был одним из создателей системы службы крови действующей армии. В годы войны впервые были организованы передвижные станции переливания крови на всех фронтах. Георгий Андреевич Митерев возглавлял наркомат здравоохранения СССР. Являясь уполномоченным государственного комитета обороны, он проделал колоссальный объем работы по координации медицинского обеспечения фронта и тыла. Основная заслуга создания действующей системы оказания медицинской помощи в годы войны принадлежит начальнику Главного военно-санитарного управления Красной Армии Я.И. Смирнову – блестящему теоретику и практику отечественной медицины, выпускнику военно-медицинской академии.

Также стоит отметить начальника главного санитарного управления Ефима Ивановича Смирнова, главного терапевта ВМФ Александра Леонидовича Мясникова, главного хирурга ВМФ Юстина Юлановича Дженделадзе и многих других руководителей. А также заместителей именно благодаря их самоотверженной работе и вниманию к мельчайшим деталям, тысяча врачей на фронте получили необходимые медикаменты и имели возможность справляться с огромным наплывом тяжелораненых солдат.

Отдельно стоит отметить огромный вклад женщин – медиков, которые, несмотря на все ужасы войны, не опускали руки и помогали спасать жизни, и получили за это звание Героев Советского Союза. Ими стали Гнорская Валерия Осиповна, Кащеева Вера Сергеевна, Константинова Ксения Семеновна, Кравец Людмила Степеновна, Самсонова Зинаида Александровна, Троян Надежда Викторовна, Шкарветова Мария Савельевна, Пушина Фаина Андреевна, Цуканова Мария Никитична, Щербаченко Мария Захаровна, и многие другие.

Конечно же, каждый медицинский работник, отважно сражавшийся за жизнь солдат во времена Великой Отечественной войны, заслуживает глубокого уважения и почтения, ведь выполняя свой долг, они внесли огромный вклад в общую победу Советской армии и всего народа в целом. Многие из них отдали собственную жизнь ради будущей жизни своей страны. Ангелы-хранители простых солдат и высокопоставленных офицеров, невидимых героев войны. Они выполняли свою работу от начала и до конца, даже если им угрожала опасность.

Великая Отечественная война явилась большим испытанием для народов всех стран,

но самый тяжёлый удар пришёлся на нашу Родину. Эта война мобилизовала все силы – физические и духовные и, как не странно это звучит, помогла выявить скрытые резервы человека.

Многие технологии появились, были разработаны и внедрены в этот период. Множество новых лекарственных средств и сильных препаратов помогали людям выздороветь и продолжать борьбу за свободу, независимость, да и саму жизнь своих родных и близких. Закалились в боях воины. Рядом с ними всегда были люди в белых халатах, готовых прийти на помощь. Тысячи медсанбатов находились практически на передовой, для оказания экстренной медицинской помощи, когда жизнь человека зависела от быстроты оказания этой помощи и речь шла о минутах и даже секундах. Миллионы солдат и офицеров обязаны врачам и медсестрам своей жизнью. Это была их работа, но это был подвиг, который вечно останется в памяти не только тех, кто воевал, но и тех, ради которых этот подвиг совершался.

Литература:

1. http://npalma.ru
2. http://statehistory.ru/Medsyestry-Velikoy-Otechestvennoy
3. http://tiina.livejournal.com
4. http://museum.iluki.ru

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ ИЗ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ «DUCERAM KISS» С ПРИМЕНЕНИЕМ КЕРАМИЧЕСКОГО ПЛЕЧА И БЕЗ

[1]Татевосян А.С., [2]Амоян Э.Ф., [1]Латышев В.А.
[1]МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

Керамика — это материал, который человечество применяет многие тысячелетия, однако важной исторической датой считается 1808 г., когда итальянский стоматолог Giuseppangelo Fonzi изготовил первые зубы из фарфора, а в 1925 г. Alberto Le Gro подробно описал основные этапы применения керамики, которых еще и сегодня придерживаются при работе с ней. Сейчас мы можем утверждать, что изготовление коронок из чистой керамики уже не является проблемой. Трудности возникают, когда керамику хотят усилить металлической структурой.

Металлокерамические коронки стали применять с середины XX в. и, несмотря на разработку цельнокерамических и полимерных искусственных коронок, они по-прежнему преобладают над другими видами реставраций, так как отличаются высокой прочностью и хорошими эстетическими качествами.[5,6]

Металлокерамические конструкции основаны на принципе объединения прочности и точности отлитого металлического каркаса с эстетикой фарфора, что позволяет им приблизиться к естественным зубам, а в некоторых случаях и превзойти их. Применение таких конструкций заметно возросло за последние 10—15 лет в результате технических усовершенствований. Однако не до конца решёнными остаются некоторые вопросы ортопедического лечения вторичной частичной адентии высоко эстетическими металлокерамическими зубными протезами.

Клиническая практика показывает, что одним из наиболее часто встречающихся осложнений в процессе пользования металлокерамическими конструкциями является разрушение облицовочного слоя, недостаточная придесневая эстетика обусловленная малой толщиной дентиноэмалевого слоя в придесневой области, а также возможной реакцией десны, связанной с неполной биологической совместимостью каркаса.

Металлокерамика «Duceram» фирмы «Ducera» появилась в 1985 году и хорошо зарекомендовала себя на практике в зуботехнических лабораториях. Первая компактная система керамической массы по расцветкам фирм «Vita» и «Biodent» не восприимчива к содержанию серебра в сплавах.[1,2,3]

Сегодняшние требования к керамическим покрытиям высоки: в них должны сочетаться эстетика, прочность и биологическая совместимость. Система Duceram KISS, состоящая только лишь из 73 керамических масс, обеспечивает новый функциональный стандарт, удовлетворяя указанным требованиям. При соблюдении техники нанесения гарантируется оптимальная гармония цвета, используя сокращенное число керамических масс.

В данной статье мы не будем подробно останавливаться на описании клинико-лабораторных этапов изготовления металлокерамических реставраций, а более углубленно и детально изучим применение керамических плечевых масс, акцентируя внимание на их отличительных особенностях в сравнении со

стандартной технологией изготовления металлокерамической коронки.

К современным керамическим массам для оформления пришеечного края металлокерамической коронки предъявляются определенные требования. Во-первых, это так называемая краевая стабильность: керамический пришеечный край коронки не должен изменяться при возможных повторных обжигах. Во-вторых, усадка в процессе спекания массы должна быть незначительной, чтобы при наименьшем количестве обжигов можно было полностью смоделировать керамический пришеечный край. Кроме того, здесь очень важна его гомогенная поверхность с минимальной шероховатостью, предупреждающей образование зубного налета.[4,6]

Прозрачность керамической массы должна совпадать с таковой естественного корня зуба — не должно быть видимого перехода между каркасом и свободным от металла керамическим пришеечным краем коронки. Флюоресценция белого цвета должна соответствовать естественному зубу и при необходимости может быть усилена. Зернистость массы должна быть минимальной, что обеспечивает заполнение мельчайших трещин.

Наборы керамических масс Ducera имеют специальные плечевые массы SMH и SML Плечевая масса SMH используется перед обжигом дентиновой массы и на огнеупорных культях зубов. С помощью керамической массы SML пришеечный край коронки оформляется лишь после изготовления протеза. Она может применяться также для коррекции и починки в области пришеечного края, оформленного керамической массой SMH. [3,5]

Как уже упоминалось, эстетический аспект керамических покрытий все чаще выступает на передний план.

Под эстетикой понимаются оптические свойства керамических масс, максимально приближенные к естественным характеристикам зуба. Два полностью различных материала – натуральная субстанция зуба и стоматологическая керамика – должны гармонировать друг с другом и в идеальном случае не иметь различий.

В отличие от натурального зуба керамика сама не имеет белой флюоресцентности. Флюоресцирующие материалы преобразуют части ультрафиолетового цвета в видимый свет. При попадании света с высокой долей ультрафиолетовых лучей на керамические реставрации, не имеющие флюоресцирующих компонентов, последние приобретают неестественный серый оттенок. Для того, чтобы керамическое покрытие при любом освещении излучало живую естественность, флюоресценцию плечевых масс Duceram SML сделали подобной флюоресценции естественных зубов. Данные светооптические особенности обуславливаются особыми характеристиками Duceram SML. Падающий свет отражается внутри слоя Duceram SML и распределяется до плеча, тем самым значительно уменьшаются теневые области.[4]

Однородная структура и особые свойства преломления света Duceram SML способствуют тому, что свет распространяется как по световоду. Актуальный набор Duceram SML содержит 8 флюоресцирующих плечевых масс.

В результате активного сотрудничества с зубным техником-мастером Юргеном Браунвартом из Штуттгарта были разработаны новые пути для изготовления точно припасуемых, щадящих десну керамических плечей, удовлетворяющих также и высоким эстетическим требованиям. Основной принцип данной технологии - «обратная последовательность нанесения слоев»: керамическое плечо изготавливается не перед, а только после обжига дентина и глянцевого обжига. Тем самым исключается дополнительная усадка при последующих обжигах.

Duceram SML обжигается при 660-680 С. При этом контуры металлокерамики DUCERAM не изменяются. После корректирующего обжига шейке зуба можно придать индивидуальные особенности с помощью низкотемпературных красок LFC-Malfarben. Глянцевый обжиг осуществляется при температуре около 650 С.

Duceram SMH – плечевая масса для металлокерамики, разработанная на основе пожеланий зубных техников относительно эстетики с одной стороны и возрастающей потребности в качестве с другой. Duceram SMH сочетает в себе максимум эстетики с клиническими преимуществами плотной, однородной керамической поверхности и облегчает к тому же изготовление керамических плечей. Температура обжига Duceram SMH соответствует температуре обжига металлокерамики Duceram, т. е. опак при обжиге плечевых масс более не пережигается и число циклов обжига сокращается. Набор Duceram SMH содержит так же 8 плечевых масс с естественной флюоресценцией, среди них есть массы, непосредственно соответствующие цветам дентина, а также массы для индивидуального воспроизведения цвета.

На основании вышеизложенных теоретических данных можно сформулировать основное отличие металлокерамической коронки (керамическая масса «Duceram Kiss») с плечевой массой и без. В первом случае (применение плечевой массы) у коронки более толстый слой фарфора и менее тонкий слой металла. Отсюда следующие плюсы:

1. Не чернеет десна у шейки зуба.

2. Более эстетичный вид коронки у шейки зуба, так как не просвечивается металл.

3.Повышенная биосовместиомсть.

4. Более прочная.

5. Более долговечная.

Плечевой масса улучшает эстетические свойства коронки, поскольку дополнительный слой керамики закрывает металл, часто просвечивающийся по краю коронки, так как слой керамики и слой металла обрываются на одном уровне. Кроме того, плечевая масса защищает ткани десны от контакта с металлом и не требует погружения края коронки в десну, обеспечивая благодаря этому высокую адаптацию коронки к зубу.

Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокерамической коронки с применением плечевых масс требуют дополнительных пунктов, а именно:

Применение плечевой массы требует особой обработки зуба с формированием пришеечного уступа под определенным углом.

Увеличивается общее время нанесения и обжига керамической массы.

Увеличивается общая стоимость работы.

Но даже при таком компромиссе «плюсов» и «минусов» выбор в пользу применения плечевых керамических масс, а в нашем случае это «Duceram Kiss», очевиден.[2,5]

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.:Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология».М.:ГОЭТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология,М.:Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2012 г.

ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

[1]Татевосян А.С., [2]Амоян Э.Ф., [2]Хакуй С.А.
[1]МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
[2]МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

В связи с появлением на рынке большого количества современных стоматологических полимеров и постоянным обновлением технологий зуботехнического производства в мире, удовлетворение спроса пациентов на протезы из высококачественных, биосовместимых и эстетических материалов становится реальностью.

В связи с этим нам, как будущим специалистам важно овладеть техникой приготовления, формовки и полимеризации акриловых базисных пластмасс, неукоснительно соблюдать технологию изготовления базисов протезов из этих материалов, уметь анализировать положительные и отрицательные свойства конкретных протезов, этапы их изготовления, что составляет базу профессиональной компетентности.

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является протезирование дефектов зубных рядов съёмными пластиночными протезами.

Поломки съёмных пластиночных протезов и проявления аллергических реакций могут возникнуть по вине зубного техника во время их изготовления или по вине самого пациента и привести к трещине, полному перелому базиса протеза или отлому искусственного зуба.[3,4]

К поломкам съёмных зубных протезов и возникновению аллергических реакций приводят различные причины:

- нарушение зубным техником технологии применения акриловых пластмасс;
- небрежность пациента при пользовании протезами.

Профессиональный интерес представляют поломки, возникшие из-за нарушения технологии изготовления протезов. В структуре базисов съёмных протезов могут образоваться дефекты: пористость, внутренние напряжения, а также не связанный мономер – метиловый эфир метакриловой кислоты.

Различают газовую и гранулярную пористость. Сокращая время изготовления протеза, зубной техник помещает кювету с пластмассой для её полимеризации не в холодную воду, чтобы затем постепенно повышать температуру во-

дяной бани, а сразу в горячую или кипящую. Реакция полимеризации является экзотермической. Выделяющаяся теплота не может быть быстро отведена от полимеризующейся массы. В этих условиях мономер закипает, и его пары, не имея выхода наружу, вызывают пористую структуру материала.

Гранулярная пористость развивается от недостатка мономера в тех участках, где он может улетучиваться, в результате чего при прессовании не получается гомогенной массы. Она может возникнуть в результате несоблюдения техником количественного соотношения полимера и мономера при замешивании базисной пластмассы. [1,2,3,4]

Гранулярная пористость наблюдается обычно в тонких участках протеза, что повышает вероятность поломки базиса.

Причинами поломок съёмных протезов со стороны пациента являются: небрежное отношение к протезу (падение протеза в раковину, на кафельный пол), откусывание сухарей, орехов и т. д.

Поломки съёмных пластиночных протезов наблюдаются в виде трещин или перелома базиса в области одиночных зубов, покрытых искусственными коронками, кламмеров (крючков для фиксации протеза) или в области царапин, оставшихся при отделке протеза техником, которые в дальнейшем превращаются в трещины.

Оплата труда зубного техника зависит от количества изготовленных им протезов. Стремясь изготовить большее количество протезов, он сокращает температурно-временной режим полимеризации акриловых пластмасс, в результате чего в базисе протеза остаётся мономер, не вступивший в реакцию с полимером. По Копейкину В.Н., остаточный мономер в пластмассе даже при длительной полимеризации достигает 0,5%, который способствует воспалению слизистой оболочки полости рта. У некоторых пациентов отмечаются явления непереносимости базисных полимерных материалов в форме экзем, глосситов, контактных стоматитов с нарушением вкуса, отёком губ, острыми дерматитами лица и рук и другими аллергическими проявлениями. При сокращении времени полимеризации вдвое, остаточный мономер достигает концентрации до 5,2 %. Существует термин «протезные стоматиты»: реактивные изменения тканей протезного ложа при пользовании съёмными протезами. [5]

Плохое гигиеническое состояние протезов способствует возникновению очагов токсикоинфекции в полости рта пациентов в виде грибковой микрофлоры и усиления воспалительных явлений слизистой оболочки.

Литература:
1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.:Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология».М.:ГОЭТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология,М.:Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.:Медицина, 2012 г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Твердохлебова Д.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар. Россия.

С момента изобретения первого прототипа настоящего компьютера, наша жизнь значительно изменилась. Компьютерные технологии настолько тесно внедрились в нашу жизнь, что на данный момент мы даже не осознаем, насколько зависим от их работоспособности.

Иногда взаимодействие с компьютером приобретает формы, подобные по содержанию психологической зависимости. Поскольку научно-технический прогресс постоянно стимулирует развитие и совершенствование компьютерных технологий, они с каждым днем приобретают все большую популярность у всех слоев населения, становятся более доступными, то, можно предположить, что проблема компьютерной зависимости со временем становится все более глобальной.

Благодаря информационным технологиям осуществляется не только передача, обработка и хранение информации, а на их основе формируется новая социокультурная среда со своей определенной спецификой. Компьютерные игры являются одним из компонентов этой среды [3].

В настоящее время многие ученные на основе своих исследований пришли к выводу, что компьютерные игры имеют не только отри-

цательное влияние на психологические особенности индивида, но и положительное. Так, Е.Е. Лысенко, О.К. Тихомиров отмечали, что компьютерные игры способствуют развитию пространственного и логического мышления, внимания, познавательной активности, памяти, эмоционально-волевого компонента, творческой активности, выступают средством эмоциональной разрядки. Наряду с положительными эффектами компьютерные игры могут приводить к негативным последствиям. Самая большая опасность для психологического здоровья является зависимость от этих игр [2].

М. Шоттон, Ш. Текл, К. Янг, Т. Больбот и др. исследователи изучали зависимость от компьютерных технологий. Исследования этих авторов указывают, что факторами формирования компьютерной зависимости являются не только острая необходимость ухода от реальности, личные проблемы, но и индивидуальные особенности.

В своих исследованиях К.Янг и Р. Роджерс выявили, что аддикты обладают высоким уровнем абстрактного мышления, эмоционально чувствительны, настороженны по отношению к другим людям.

Многие ученые изучали компьютерную зависимость, однако по определенным причинам, людей страдающих от данной зависимости становится всё больше.

Следовательно, изучение психологических особенностей лиц с компьютерной зависимостью в век стремительно развивающихся информационных технологий является актуальной проблемой 21 века [1].

Объект исследования: компьютерная зависимость.

Предмет исследования: психологические особенности лиц с компьютерной зависимостью.

Цель: изучение влияния психологических особенностей личности на формирование компьютерной зависимости.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические аспекты компьютерной зависимости.
2. Подобрать комплекс диагностических методик по выявлению компьютерной зависимости и психологических особенностей аддиктов.
3. Осуществить анализ и интерпретацию полученных результатов.

Гипотеза: Мы предполагаем, что формирование компьютерной зависимости обусловлено психологическими особенностями индивида.

База исследования: В рамках поставленных целей и задач на базе МАОУ ВПО "КММИВСО" и ГБПОУ КК "Краснодарский колледж электронного приборостроения" было проведено исследование, в котором приняли участие 14 студентов второго курса отделения «Стоматология ортопедическая» и 14 студентов третьего курса специальности «Информационная безопасность автоматизированных систем».

Методологическая основа: Данное исследование базируется на работах К.Янг, И. Голдберга, М. Орзак, А.В.Котлярова, А.Ю.Егорова, И.В.Чудовой, О.К, Тихомирова, А. Г. Шмелёва.

Вопрос о компьютерной зависимости возник еще в 80-х годах прошлого столетия, когда английский психолог М. Шоттон провел тщательное исследования компьютерной аддикции у профессиональных программистов и людей, часто работающих за компьютером. Сам термин «Компьютерная зависимость» появился в 1990 году, который обозначает патологическое пристрастие к работе и время провождение за компьютером.

Говоря о компьютерной зависимости, мы имеем в виду и зависимость от компьютерных игр, интернет-аддикцию.

Компьютерная аддикция является разновидностью зависимого поведения и характеризуется стремлением уйти от жизненных реалий в виртуальный мир с помощью трансформации собственного эмоционального состояния. Патологическое пристрастие к времяпровождению за компьютером приводит к ограничению интересов и других видов деятельности, сужает круг социальных контактов [3].

М. Орзак провела систематизацию критериев интернет-зависимости с выделением физических и психологических симптомов. К психологическим относятся: эйфория, возникающая, когда индивид прибывает в виртуальном мире, увеличение количества времени, проводимого за компьютером, ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером, проблемы с работой или учебой, невозможность вовремя прекратить работу за компьютером, к физическим: сухость в глазах, боли в спине, нерегулярное питание, пропуск приемов пищи, расстройства сна, изменение режима сна и т.д. [1].

Так что же «затягивает» людей в всемирную интернет паутину?

В научной литературе выделяют ряд факторов привлекательности киберпространства:

1) Анонимность позволяет человеку ощутить свободу в общении, особенно если он в реальной жизни застенчив;

2) Неограниченный доступ к информации, различным видам развлечений;

3) Виртуальная реализация желаний и фантазий;

4) Возможность нахождения желаемых собеседников, удовлетворяющих любым требованиям;

5) Участие в самых разнообразных играх;

6) Отсутствие ответственности.

Психологические характеристики личности могут повышать или снижать риск развития компьютерной зависимости. Например, у одних людей наблюдается толерантность, у других - резистентность к формированию аддикции от компьютерных игр.

Трудность заключается в выделение тех психологических черт, которые уже присутствовали до возникновения аддикции и способствовали ее формированию, от тех черт, которые стали следствием сформированной аддикции.

Обобщив результаты ряда работ, И.В. Чудова приводит следующий список черт интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я», сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания, низкая агрессивность; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированны, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности. [1]

М.И. Дрепа в своем исследовании выявила, что лица с высоким уровнем зависимости от интернета характеризуются высоким уровнем тревожности, депрессивности. Такие люди обладают низкими показателями силы воли, стрессоустойчивости и уверенностью в себе. Для них характерны трудности в формировании и успешном осуществлении в межличностного общения [2].

Для решения поставленных задач в нашем исследовании мы использовали следующие методики: «Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости» (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот, 2005); «Опросник диагностики самоактуализации личности САМОАЛ» (А.В. Лазукина в адаптации Н.Ф. Калиной); Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора.

В исследовании принимали участие 28 респондентов которых мы разделили по степени зависимости от компьютера следующим образом: 0% риска развития компьютерной зависимости -14,28%; стадия увлеченности - 57,14%; риск развития компьютерной зависимости - 28,57%.

В опросник САМОАЛ включены 11 шкал Мы проанализировали данные шкалы в каждой группе, значительные отличия были выявлены по шкале «аутосимпатия», в группе риска среднее значение по данной шкале составило - 44,15%, когда в группе с отсутствием риска зависимости от компьютерных технологий - 70%. По другим шкалам существенной разницы не обнаружено.

50% респондентов из группы риска имеют высокие показатели уровня тревожности, а у лиц с отсутствием риска формирования компьютерной аддикции были выявлены только средние (50%) и низкие показатели (50%).

Анализируя результаты исследования можно сделать вывод, что неуверенность в себе, не принятие своего «Я» и повышенная тревожностью может спровоцировать к «уходу» в виртуальный мир с целью снижения тревоги, ощущения всемогущества за счет принятия желаемой роли в компьютерной игре.

Литература:

1. Малыгин, В.Л., Хомерики, Н.С., Смирнова, Е.А., Антоненко, А.А. Интернет-зависимое поведение , Журнал неврологии и психиатрии № 8, с.90, 2011

2. Менделевич, В. Д., Садыкова, Р. Г. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов. Казань: РЦПНН при КМРТ; Марево, 2002.

3. Мехтиханова, Н.Н., Психология зависимого поведения/Серия «Библиотека психолога (МПСИ)», http://www.litres.ru/pages/biblio_book/? art=9359468, 2014г.

ВЛИЯНИЕ ОДНОПОЛЫХ ОТНОШЕНИЙ НА СНИЖЕНИЕ КУЛЬТА СОЗДАНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ СЕМЬИ В РОССИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ОТ 20 ДО 30 ЛЕТ

Толчеева А.

МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»

Краснодар, Россия

Актуальность: В настоящее время все чаще возникают дискуссии, во время которых активно спорят о том, насколько разумно будет легализовать однополые браки в России. С каждым годом споры касательно этого вопроса становятся все жарче. Причиной этому кардинальные изменения во многих странах

Евросоюза, благодаря которым сексуальные меньшинства получили желаемую свободу и признание.

Рассмотрим взгляды противников и защитников на эту проблему. Противники однополых браков утверждают, что по традиции и по религиозным нормам в брак могут вступать только мужчина и женщина, а потому требования геев и лесбиянок признать за ними такое же право абсурдны и речь здесь идёт не о равноправии гомосексуалов и гетеросексуалов, а о предоставлении им нового беспрецедентного права. Сторонники однополого брака указывают, что регистрация брака - есть юридическое действие, независимое от религиозной нормы, и что закон должен следовать за общественными изменениями, приводящими к ликвидации неравноправия между людьми, — как это и происходит на протяжении последних столетий, когда постепенно отменялись существовавшие прежде запреты на регистрацию браков (например, между супругами, принадлежащими к различным социальным слоям, конфессиям или расам). При этом они рассматривают право на брак через призму естественных прав человека, права на психическое и физическое здоровье, равенство перед законом.

Что касается России, то закон на данный момент категорически против этого, как и депутаты в парламенте. Активисты не удовлетворены таким положением вещей и пытаются докричаться до власти в надежде на то, что в будущем подобную связь все-таки узаконят. Трудно сказать, признают однополые браки в России или нет, но более важно то, а стоит ли это делать вообще...

Основными доводами активистов являются:

1. Любовь. Часто можно услышать, что подобные запреты не позволяют людям раскрыть их истинные чувства. Из-за этого многие проживают жизнь в мучении и страхе, что сулит большими психологическими расстройствами.

2. Исторические нормы. Еще одним козырем в рукаве у активистов являются исторические свидетельства того, что во многих странах подобные отношения были привычной нормой. К числу известных гомосексуалистов относят Клеопатру, Александра Македонского и многих других.

3. Потребность в законности отношений. Без легализации брака нет возможности претендовать на законные права супругов. Так, при разрыве однополых отношений невозможно отсудить алименты, совместно нажитое имущество, а также жилье.

В России разрешены однополые браки, вот только с одним исключением. Сделать это могут граждане Великобритании, которые проживают на территории РФ или находятся здесь в гостях. Церемонию можно провести в консульстве этой страны и нигде больше. К слову, именно Великобритания, славящаяся своей толерантностью к нетрадиционным отношениям, сейчас страдает от регулярных гей-парадов и митингов. Дело в том, что сексуальным меньшинствам недостаточно простого разрешения на законный союз, им нужно намного больше – всеобщее признание. Они хотят разрушить привычное понятие брака, исковеркать его на свой лад, создав совершенно новое общество. И подобная картина стала привычной для тех стран, где признали связь между гомосексуалистами законной. Найти тому подтверждение можно в новостях, телешоу и кинофильмах.

Однополые браки в России, не только запрещенные законом, но и считаются постыдными с точки зрения морали. Благодаря подобным моральным устоям современное общество в России, а также в большинстве стран СНГ против гомосексуализма. Некоторые выражают это открыто, иные держатся нейтралитета, но правда в том, что они точно не хотят повторить практику Британии.

Еще одним сдерживающим фактором является Православная церковь. Не секрет, что русский народ очень религиозен по своей природе, а гомосексуализм в корне противоречит принципам православной веры, и осознание последствий сильно влияет на то, разрешить ли однополые браки в РФ или же нет. Ведь нельзя безрассудно принять такое решение, особенно взирая на горький опыт других стран.

Многие политики, а также независимые эксперты тщательно разбирая этот вопрос, пришли к следующим выводам:

Во-первых, при легализации однополых браков пропаганда гомосексуализма сильно возрастет.

Во-вторых, необходимо будет пересмотреть все моральные устои и правила поведения и соответственно это отразится на таком понятии, как брак и семья.

В-третьих, в борьбе за свою свободу и равенство сексуальные меньшинства потребуют ввести законы, которые защитят их от дискриминации и притеснений.

На практике это приведет к их возвышению над другими, а также позволит влиять

на многие аспекты моральных устоев. Также если однополые браки в России все же разрешат, то вскоре из тени вылезут и прочие нетрадиционные организации. К примеру, мусульмане потребуют узаконить многоженство, те же феминистки, чтобы не уступать, захотят многомужество. И в таких темпах от привычного понятия "брак" и вовсе ничего не останется.

Можно долго говорить обо всех за и против однополой семьи, но есть один факт, против которого невозможно выдвинуть контраргумент – дети. Так уж сложилось, что для зачатия ребенка нужна как женская яйцеклетка, так и мужской сперматозоид. Поэтому нетрадиционные пары не способны продолжать свой род. Естественно, можно заручиться поддержкой науки и совершить искусственное оплодотворение или заплатить суррогатной матери, но самостоятельно зачать ребенка такие пары не способны. Продолжая тему детей, нельзя упускать и то, что ребенок, воспитанный в подобной семье, будет иметь исковерканный взгляд на порядок вещей. Для него подобные отношения будут привычной нормой, а не исключением из правила. Поэтому велика вероятность того, что в будущем он захочет повторить опыт родителей и создаст собственную однополую семью.

Сейчас такое время, когда большинство молодежи вступают в брак, не обдумав своё решение настолько серьёзно, насколько требует данный вопрос. Многие считают, что, получив паспорт, могут считать себя взрослыми и жить по своим правилам и принципам, не зависимо от родителей. Часть молодёжи вступает в брак, не достигнув совершеннолетия, прожив некоторое время, у многих из них это приводит к разводу.

Поэтому необходим поиск иных подходов к раскрытию семейной проблематики. Один из таких – ценностный. Суть его заключается в том, чтобы рассмотреть семью, как ценность, выбранную человечеством, осознать реальную достижимость этой ценности уже сегодня и предвидеть ее дальнейшее распространение в качестве составляющей прогресса.

В настоящее время в России насчитывается около 40 млн. семей. Примерно 69% семей состоят из супругов с детьми, ежегодно заключается 2,7 млн. браков и в то же время расторгается 900 тыс. брачных союзов. Ежегодно без отца остается примерно 300 тыс. детей.

Что же является самым главным, чтобы брак стал прочнее и романтичнее? Согласно последним данным, пары, брак которых удался, и супруги стали действительно близки друг другу, вовсе не стремятся проводить вместе все вечера и выходные дни. Они просто бывают вместе в разное время, встречаясь, иногда всего на пять минут, но эти встречи приносят радость.

Общеизвестны факты, свидетельствующие о росте количества разводов, глубоком кризисе института семьи и снижении рождаемости. Более того, семейные проблемы увеличивают риск возникновения душевных и физических недугов как у взрослых, так и у детей. Проблемы и напряженность в семьях влияют на всех нас. Трудно оспорить то, что многие беды общества уходят корнями к негативным факторам, порожденным супружескими конфликтами и развалом семей.

А также было проведено социологическое исследование, чтобы выяснить, как молодежь сегодня относится к браку, готовы ли они создать семью и что считают главным в ее существовании - на многие из этих вопросов мы попытались найти ответы в исследовании.

Итоги исследования: по результатам опроса, количество респондентов, положительно относящихся к браку, в процентном соотношении, составляет 65% от числа всех респондентов. Стоит задуматься над тем, что процент отрицательно относящихся к браку составляет 14% среди всех опрошенных.

56% респондентов считают, что самый приемлемый возраст для вступления в брак - 20-30 лет и лишь незначительная часть - 7% выбрали возраст от 30 лет и старше, 11% респондентов считают, что оптимальный возраст для вступления в брак – 16-18 лет. Интересный ответ был получен на вопрос: «Как вы относитесь к однополым бракам ?» - 28% ответили, что положительно. Именно над этим ответом стоит задуматься. Неужели западная культура или антикультура создания традиционной семьи дошла и до России?

В настоящее время многие всемирные организации по защите прав геев бунтуют против того, что в России запрещены однополые браки, повлиять на решение властей они еще не могут. Сами же депутаты менять свои позиции касательно сексуальных меньшинств не собираются, а значит и новые законы вводить не будут. К тому же само общество к этому не готово. Учитывая это, можно наверняка сказать, что в России однополые браки

не узаконят, по крайней мере, в ближайшем будущем.

Но не стоит забывать и о том, что западная культура очень быстрыми темпами врывается в сознание молодежи через музыку, фильмы, шоу программы, моду и т.д., и где гарантия того, что через 20-30 лет эти 28% не превратятся во все 98%...?! Здесь стоит упомянуть, что недавно с интересным заявлением выступил госсекретарь США Джон Керри с заявлением: «Решение Верховного суда посылает четкий сигнал в каждый уголок земного шара: ни один закон, опирающийся на фундамент дискриминации, не сможет устоять перед волной справедливости», выполнение данной миссии он поручает спецпосланнику по правам сексуальных меньшиств — Рэнди Берри. На сегодняшний день однополые браки регистрируются в 20 странах мира, нескольких штатах Мексики, на большей части территории Великобритании. Впервые однополые браки были легализованы в 2001 году в Нидерландах.

ПСИХОДИАГНОСТИКА СТРЕССА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Торшина Т.И., Зуева А.А., Дробышева О.М.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Современная жизнь изобилует стрессами. Динамичный темп жизни диктует свои условия, стрессы могут поджидать нас повсюду и на работе, и в учебе, и в семье. Все вышесказанное обуславливает актуальность выбранной нами темы [1].

Цель работы – определить уровень стрессоустойчивости у студентов-медиков.

Метод исследования – тестирование на самооценку стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона и тест на определение стрессоустойчивости личности Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова.

Дословный перевод термина «стресс» (от stress англ.) – давление, нажим, напряжение. Преимущественно до возникновения концепции стресса данный термин использовался в технических науках для описания физического воздействия.

Экспериментальная часть.

Для определения уровня стрессоустойчивости студентов-медиков нами было проведено тестирование в группе 19 человек, студентов 2 курса ФСПО Краснодарского института высшего сестринского образования на основе тестирования на самооценку стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона и тест на определение стрессоустойчивости личности Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова [2].

Анализ полученных результатов показал, что реципиенты имеют следующие показатели:

По тесту на самооценку стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона:

очень плохо – 5,5%;

плохо – 5,5%;

удовлетворительно – 68%;

хорошо – 21%.

Других показателей не выявлено.

По тесту на определение стрессоустойчивости личности Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова:

средний – 21%;

высокий –37%;

чуть выше среднего – 21%;

выше среднего – 21%.

Таким образом, можно сказать, что большинство студентов испытывают стресс, однако достаточно легко с ним справляется.

Причиной возникновения стресса в жизни студента может стать жизнь в другом городе, оторванность от домашней обстановки, отдаление от родителей, ограниченность финансов или неумение правильно распоряжаться ими, нерегулярное питание и недостаточное количество сна, болезнь или смерть членов семьи, конфликты с одногруппниками и близкими людьми, переезд, проблемы в отношениях со второй половинкой; проблемы со здоровьем [3].

К причинам учебного стресса можно отнести: несданные во время и незащищенные практические, лабораторные работы; не выполненные или выполненные неправильно задания; большое количество пропусков по какому-либо предмету; недостаточно полные знания по дисциплине; плохая успеваемость по определенной дисциплине; слишком большая учебная нагрузка; отсутствие интереса к дисциплине или предлагаемой студенту работе; возникновение конфликтных ситуаций с преподавателем; отсутствие учебного материала; неудовлетворенность полученной оценкой; разочарование в выбранной профессии.

К наиболее резко выраженной форме учебного стресса можно отнести экзаменационный стресс.

Литература
1. Пигарова Е.А., Плещеева А.В., Дзеранова Л.К., Рожинская Л.Я.,. Синдром хронической усталости: современные представления об этиологии Журнал Ожирение и метаболизм, выпуск № 3 / 2010, с.46-48
2. Дробышева О. М. Оценка повышения стрессоустойчивости студентов / О. М. Дробышева // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета (Научный журнал КубГАУ) [Электронный ресурс]. – Краснодар: КубГАУ, 2015. – №07(111). – IDA [article ID]:1111507097.–Режим доступа: http: //ej. kubagro.ru/ 015/07/pdf/97. pdf, 1,250 у.п.л.
3. Holmes G.P., Kaplan J.E., Gantz N.M. et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Ann Intern Med. 1988; 108: 387-389.

NBIC-ТЕХНОЛОГИИ-ИННОВАЦИОННАЯ ЦИВИЛИЗАЦИЯ XXI ВЕКА

Тхатль Ф.Р., Брескина А.В.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Процесс развития науки начинается с появления множества отдельных, не связанных между собой областей знания. Позже началось объединение областей знания в более крупные комплексы, а по мере их расширения снова проявила себя тенденция к специализации. Технологии же всегда развивались взаимосвязано, и, как правило, прорывы в одной области были связаны с достижениями в других областях.

Благодаря ускорению научно-технического прогресса, мы наблюдаем пересечение во времени целого ряда волн научно-технической революции в области информационных и коммуникационных технологий, последовавшую за ней биотехнологическую революцию, недавно начавшуюся революцию в области нанотехнологий и когнитивной науки[3].

Особенно интересным и значимым представляется взаимовлияние информационных технологий, биотехнологий, нанотехнологий и когнитивной науки. Данное явление, не так давно замеченное исследователями, получило название *NBIC-конвергенции* (по первым буквам областей: *N* –нано; *B* –био; *I* –инфо; *C* – когно) [1].

Визуализация NBIC-конвергенции стала возможна, когда была построена схема сети пересечений новейших технологий. Данная схема (рис.1) отражает природу NBIC – конвергенции.

Рис. 1. Карта пересечений новейших технологий

Из четырех описываемых областей информационно-коммуникационные технологии поставляет инструменты для развития других.

Биотехнология также дает инструментарий и теоретическую основу для нанотехнологий и когнитивной науки, и даже – для развития компьютерных технологий [3].

Нанотехнологии — это технологии работы с веществом на уровне отдельных атомов. Нанотехнологии приведут к возникновению и развитию новой отрасли, наномедицины: комплекса технологий, позволяющих управлять биологическими процессами на молекулярном уровне [2].

Как видно на рис.1 , нанотехнологии и когнитивная наука наиболее далеко отстоят друг от друга. Взаимодействие между нанотехнологиями и информационными технологиями носит двусторонний синергетический

(взаимоусиливающий) и характер. Информационные технологии используются для компьютерной симуляции наноустройств [4].

Информационные технологии также используются для моделирования биологических систем. Возникла новая междисциплинарная область *вычислительная биология* , включающая биоинформатику, системную биологию и др. В будущем станет возможным полное моделирование живых организмов, от генетического кода до строения организма, его роста и развития, вплоть до эволюции популяции.

Не только компьютерные технологии оказывают большое влияние на развитие биотехнологий. Наблюдается и обратный процесс, например, в разработке так называемых ДНК-компьютеров.

Принимая во внимание описанные выше взаимосвязи, а также в целом междисциплинарный характер современной науки, можно даже говорить об ожидаемом в перспективе слиянии NBIC областей в единую научно-технологическую область знания.

Литература:

1. Филоретова О.А. Когнитивное моделирование в системах информационного обеспечения задач современной биотехнологии и биомедицины М.: Знание, 2010.
2. Горленкова В.А..Научные основы биотехнологии. Нанотехнологии в биологии.М.: Наука, 2013.
3. Складнев Д.А. Что может биотехнология М.: Знание,1990.
4. Меркулов И.П. Когнитивная эволюция. Российская политическая энциклопедия, 1999.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОЛИЗНОГО РАСТВОРА СЕРЕБРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА

Фебенчукова К.А., Щимаева И.В., Ткаченко А.В.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования" Краснодар, Россия

В современной противовоспалительной терапии ведущее место принадлежит антибиотикам. После почти 80-летнего их широкого применения развилась устойчивость к ним микрофлоры, нередки случаи развития аллергических реакций, дисбактериоза. Возникла необходимость в новых антибактериальных средствах.

В последние годы вырос интерес к использованию серебра и его соединений [1]. Используемые в современной медицине соли и протеинаты серебра вызывают целый ряд негативных проявлений [2]. Поэтому внимание привлекает третья группа – ионные растворы. Они помимо хорошо выраженной бактерицидности имеют ряд положительных свойств:

1. Точная электрометрическая дозировка вводимого в воду количества серебра,

2. Возможность получить высокие концентрации ионов в «серебряной воде», что увеличивает бактерицидный эффект и сокращает время контакта с микробной клеткой до её гибели.

Лечение последними формами серебра особенно эффективно после предшествовавшей безуспешной антибиотикотерапии.

Цель работы:

Выявить изменения функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов в ответ на введение электролизного раствора серебра в кровь человека in vitro.

Материалы и методы:

Все эксперименты выполнены на крови человека. Использован запатентованный электролизный раствор серебра, производимый ООО «Кубаньагроток».

У 6 здоровых добровольцев из промежуточной вены локтевого сустава была взят венозная кровь в гепаринизированный шприц. Из каждого шприца по капле крови наносили на середину двух обезжиренных стёкол. Первые стёкла обозначили как контроль, вторые – как экспериментальные. В контрольные капли добавили 10 мкл микробной взвеси лабораторного штамма Staph. Aureus № 209 на физ. р-ре в концентрации 1х106. В экспериментальные капли добавили такое же количество микробных тел и электролизный раствор серебра на сахарозе. Через 30 мин, после инкубации в термостате при Т 370С, излишек крови удалялся при наклоне предметного стекла под углом 450. Фиксировались образцы в метаноле в течение 5 мин и окрашивались по методу Романовского в тече-

ние 10 мин. После промывания в дистиллированной воде и высушивания - стёкла микроскопировались при увеличении 10 х 90 под иммерсионным объективом. Проводился подсчёт активных нейтрофилов (нф), число фагоцитированных микробных тел, из них - число живых и мертвых на 100 нейтрофильных клеток. При исследовании каждого препарата заполняли таблицу.

Из полученных данных определяли:

% фагоцитоза - % «активных» клеток из общего числа посчитанных нф. Фагоцитарное число – среднее число фагоцитированных микробов, делённое на 1 активный нф (ФА). Фаг.число = М/ФА, фагоцитарный интегральный индекс = М/Ф, где Ф – 100 посчитанных нейтрофилов. Процент переваривания = Мубх100/м – отношение числа убитых бактерий (Муб) к общему числу фагоцитированных бактерий. Индекс переваривания = Муб/Ф – среднее число убитых микробов на 1 посчитанный нф, т.е. на 100.

Результаты:

В контрольной группе через 30 мин из 163 фагоцитированных бактерий мёртвых было 98, остались живыми 65. В экспериментальной группе через этот же период времени из 435 микробных тел убито 238, живых - 152.

Вывод:

Электролизный раствор серебра усилил функциональную активность микробицидной системы нейтрофилов: процент фагоцитоза - в 1,43 раза, фагоцитарное число – в 1,86 раз, индекс переваривания – в 2,8 раза, процент переваривания – 1,08 раза (вероятно скорость переваривания остаётся прежней), что привело к увеличению клиренса нейтрофильными гранулоцитами микробных тел.

Литература

1. Ткаченко А.В., Дробышева О.М., Калинина В.А.Исследование сорбции токсичных веществ, влияющих на здоровье Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 4. С. 73-76.

2. Картавенков С.А., Еремеева Л.Ф., Щимаева И.В., Дробышева О.М., Бондина В.М. Способ экспресс-диагностики отравлений гемолитическими ядами / патент на изобретение RUS 2497456 05.07.2012

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В УЧЕБНОМ ПОЗНАНИИ

Хамула Л.А.

ФГКВОУ ВО "Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков" Краснодар, Россия

Для информационной системы учебного процесса характерно взаимодействие комплекса составляющих информационное обеспечения, в который входят информационные потоки, поля и сферы различного влияния, объема, содержания и скорости распространения.

Составляющие этой системы – подсистемы, компоненты, элементы – имеют различные направления своего действия. Такая система в учебном процессе высшей школы носит достаточно слаженный характер своего построения и фракционирования, однако при этом не исходит из каких-либо закономерных образующих правил и условий. В основном такая система создается на основе здравого смысла, отборочно-эмпирическим путем, исходя из задач содержания обучения и опыта, возможностей усвоения данной информации в разном объеме. В результате это обстоятельство приводит к многочисленным нарушениям рационального обеспечения учебного процесса: перегрузке, неправильному использованию времени при работе с источниками информации, отсутствию необходимых межпредметных связей.

Для устранения данных проблем при работе с информацией в учебном процессе необходимо установление информативности содержательных материалов, определение пригодности любой применяемой информации для решения четко определенных учебных задач. Прежде всего, важно рассмотреть степень информативной пригодности учебников, учебных пособий, методической литературы, справочных пособий, специальной научной литературы. Основным назначением информативности является установление действительно необходимой и доступной для усвоения информации по содержанию, значению, степени полезности для решения учебных и научных задач. Основным критерием в этом отборе является принцип доступности, рассматривающий учебное познание как обращение обучаемых к наивысшей границе их возможной мыслительной деятельности.

Существенно важным аспектом учебного процесса являются такие признаки качественной характеристики информации, как достоверность, точность, своевременность и целенаправленность. Ко всем видам информации учебный процесс предъявляет требования определенности, надежности показателей скорости распространения, выражение в форме, обеспечивающей понимание ее смысла и содержания. Необходимы также показатели способов передачи, хранения, выявления результатов применения информации, определение степени полезности, способов и средств рационального приема и выхода ее в системе обучения и научного поиска.

Информация – это не просто сообщение сведений, разъяснение и изложение сведений с помощью различных средств. Это еще и оценка и разъяснение сведений, их роли и назначения в определенном познавательном действии [1].

Использование информации очень важно не только в качестве средства мыслительной работы, но и специфической организации мыслительного действия: анализа, синтеза, эвристического поиска направлений действия и преобразования информации с применением абстракций, доказательных и свободных форм мышления.

Весьма существенно для организации и управления учебным процессом, для планирования информационного обеспечения и, особенно для анализа содержания учебно-познавательной деятельности то, что информация измеряема, т.е. подлежит нормированию и объективной оценке.

Количество (объем) информации выражается величиной обратно пропорциональной вероятности события, сообщение о котором поступает в приёмное устройство системы. Объем информации измеряется в битах, байтах. Бит – источник информации с двумя равновероятными сообщениями. Байт – группа из 6-8 двоичных разрядов. Помимо объема информации в учебном процессе всегда приходится иметь дело с содержательной (семантической) стороной информации и показателями степени обобщения (абстрагирование) изучаемого материала. Степень обобщения (абстрагирование) выражается в уровнях познания. Содержание (семантика) в семантических единицах с понятийной основой. Все эти стороны связаны с познавательным процессом, как своим единством, так и особенностями.

В учебном процессе информация всегда оперирует этими сторонами и выражает научные сведения в определенной динамике их распространения и воздействия, передавая совокупность знаний, сообщение, разъяснение изучаемого материала. Особенно важным для обучения и организации учебного процесса является вопрос оптимизации объема и скорости движения информации. Без необходимого, обоснованного распределения и направления не соответствующий по объему поток информации может привести к тому, что его содержание не будет рационально переработано и превращено в знания обучаемых. Соответственно движение информации требует установления оптимального времени ее передачи и переработки, определения доступного для усвоения объема, связи с формами и средствами выражения, с критериями отбора и определения интенсивности, исходя из целей и задач обучения [2].

Оценка информации связана с понятиями «энтропия» и «тезаурус». Энтропия рассматривается в учебной информатике как мера неопределенности состояния процесса (неорганизованности объекта) на основе недостатка информации. Тезаурус – это информационно-содержательный запас (понятийный, словарный и др.) для поиска смысловой связи поступающей информации с базисом знаний.

Важнейшим и необходимым условием перехода учебной информации в знания является психолого-дидактическая сторона, связывающая прежние знания и новые сообщения. В учебном процессе существенная роль принадлежит содержательной (семантической) стороне информации. Она определяет ценность, учебный и научный смысл информации. Семантическая сторона информации характеризуется смысловой упорядоченностью, количеством содержания, заключенном в определенном объеме информации. Это позволяет оценивать информацию по степени эффективности того воздействия, ради которого она поступает в систему учебного процесса.

В учебном процессе на разных уровнях обучения, при рассмотрении различных дисциплин одна и та же информация может иметь различное значение и приводить к решению различных задач. При обучении

информация поступает в своей особого рода смысловой форме – учебной. Учебная информация требует адекватного ее понимания, четко определенного объема, достаточного для усвоения, применения рациональных форм выражения содержания с достаточным научным и дидактическим основанием.

Существенным признаком учебной, научной информации является ее обобщенный понятийный смысл, соответствующий уровню научного познания, на основе которого учебная информация выступает в той степени абстрагирования, которая необходима для формирования и обобщения знаний. В состав такого базиса входят: понимание закономерностей изучаемого явления, достаточный запас инструментальных знаний, знание направляющих идей изучаемого предмета, определенный кругозор, овладение необходимой степенью научного обобщения.

Для превращения учебной информации в знания важно установление логической связи с имеющимися у обучаемых запасами знаний. Базисные знания, информация – прямая и косвенная – объединяются в результате сознательного и активного процесса мышления, происходящего не только путем простого их сложения, но и путем сложного трансформируемого синтезирования многих слагаемых познания, как планируемых, так и случайных.

Подводя итог, следует отметить, что информация превращается в знания там и тогда, где и когда начинается акт суждения как результат сознательного отбора исходных данных информации. Акт этот всегда совершается на основе определенной мыслительной деятельности обучаемых: дедукции, индукции, алгоритмов, эвристик, доказательных средств и методов, мысленного моделирования, всегда присутствующих в учебном процессе. Существенно важным для такой организации мыслительной деятельности является ее направление преподавателем с акцентированием внимания обучаемых на развитие определенного познавательного действия.

Литература:

1. Габай Т.В. Учебная деятельность и ее средства. М.: Изд-во МГУ, 1988.
2. Гершунский Б.С. Педагогическая прогностика. Киев: Высшая школа, 1986.

ЛЕКТОРСКОЕ МАСТЕРСТВО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЕГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

Хмара Т.А., Белялова М.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар. Россия.

Актуальность исследования. Умение изложить свое мнение по какому- либо вопросу необходимо каждому.

Пока не почувствуешь присутствия людей с их нуждами, тревогами, не добьешься настоящего, живого слова. Чувство общения связывает людей, поддерживает их взаимное внимание.

Искренность и стремление к общению, однако, не могут заменить умения выступать. Умение можно приобрести в результате систематических занятий по искусству речи. Подобные занятия развивают и характер. Выдающиеся лекторы обычно отличались огромной жизненной силой и энергией, были людьми внутренней дисциплины, большого мужества и глубоких симпатий к людям.

Великий оратор древности Цицерон заметил, что каждый, кто решается на публичные выступления, должен научить слушателя, доставить ему наслаждение и повести за собой. Успех выступления зависит не только от лектора, но и от слушателей, их состояния, готовности слушать.

Мы имеем представление о том, каким должен быть преподаватель-лектор, но не всегда соответствуем этому представлению об идеале, более того, не утруждаем себя серьезной работой по развитию лекторского мастерства, но желаем быть не только услышанными, но и беспрекословно принятыми - и в этом противоречие, который автор творческой работы попытался решить, определив теоретические аспекты лекторского мастерства преподавателя как показателя его профессионализма.

Неотъемлемые качества хороших лекторов: непринужденность, воодушевление, уверенность и дружеский тон [12].

Заметность - визитная карточка успеха. Эффективные выступления, утверждает Л. Арредондо, лучшее средство заявить о своих потенциальных возможностях как лектора [1].

По мнению Н.В. Кузьминой, в профессиональной деятельности заметность состоит в том, чтобы быть увиденным, услышанным, признанным [11].

Презентация - испытанное средство привлечь внимание. Как для отдельных людей, так и для организации успешная презентация - это профессиональный инструмент, помогающий добиваться желаемого [12].

Быть эффективным - значит добиваться желаемого результата, создавать преднамеренное впечатление. Ключевыми словами, по утверждению Е.Е. Корниловой, здесь являются «желаемый» и «преднамеренный». Все презентации создают какое-либо впечатление и приводят к какому-либо результату [10].

Пять признаков эффективности; высказанных Л. Арредондо:

- увлекательности (эффективная презентация увлекает аудиторию с самого начала и легко удерживает ее внимание до логического завершения);
- содержательности (эффективная презентация содержит нечто значительное для лиц, которым она адресована);
- запоминаемости (презентация эффективна, когда действует и после ее завершения, а публика продолжает размышлять о предмете презентационного события);
- активизации (презентация эффективна, когда она побуждает людей к действию в направлении, желательном для презентатора);
- сбалансированности (чтобы стать эффективной, презентация должна быть сбалансированной. Это означает, что соблюдено равновесие всех элементов, гармония которых обеспечивает желательный отклик) [1].

В исследовании З.В. Савковой «Искусство оратора» обращено внимание на то, что если презентатору не удается привести презентацию в соответствие с этой целью - убедить людей, то он рискует напрасно потерять время, деньги и энергию. Целесообразно рассматривать презентацию как вложение. Задача профессионализма, согласно З.В. Савковой, - оптимальный возврат этого вложения. А это может произойти, если презентация будет убедительной.

Один из идеологов имиджелогии О.В. Лысикова осознает, что хорошо структурированная презентация простраивается в соответствии со спецификой аудитории. Каждая часть хорошо структурированного сообщения служит целям и задачам презентации [13].

Презентатор, выступающий с хорошо выстроенным сообщением, воспринимается в более благоприятном свете, чем тот, который покажется аудитории неорганизованным [13].

Бенджамин Дизраэли, английский государственный деятель девятнадцатого века, дал такое определение: «Опыт - дитя мысли, а мысль - дитя действия» [6]. Презентатор, желающий побудить аудиторию начать думать и, в конечном итоге, действовать, обязательно включит в содержание сообщения доказательства, основанные на опыте. Такие доказательства представлены примерами и вербальными иллюстрациями.

Популярный английский автор восемнадцатого века Дэвидсон писал: «Каждая цитата укрепляет и обогащает речь» [9].

Цитаты попадают в «десятку», когда они взяты из книг или речей признанных лидеров в данной области.

Прием, которым часто пренебрегают презентаторы: непосредственное участие аудитории в презентации.

Юмор, по утверждению А.Е. Михневича, подходящий для деловой презентации, всегда должен быть благожелательным и деликатным [14].

Наглядность можно демонстрировать при помощи разных технических средств. [15].

Павлов. «Факты - это воздух ученого, - писал он. - Без них Вы никогда не сможете взлететь. Без них Ваши теории - пустые потуги» [8].

Очевидно, для иллюстрации годятся не любые факты, а только те, которые близки возрастным интересам или знаниям слушателей и поэтому активно воздействуют на их эмоции [4, 5].

Логика выступления требует четкой, продуманной структуры изложения материала [3, 7].

Во всех случаях воздействия словом на аудиторию необходимо учитывать их психические и возрастные особенности, индивидуальные различия.

Лектору слово дано не для того, чтобы усыпить свою мысль, а чтобы будить чужую.

Одним из дидактических принципов словесного общения, по мнению М.И. Станкина, на которой педагог опирается в своей работе, является принцип доступности.

Принцип доступности (П.Я. Гальперин, С.Л. Кабыльницкая) отражает зависимость характера деятельности обучаемых от уровня их интеллектуального развития [7].

Неотъемлемые качества хороших лекторов: непринужденность, воодушевление, уверенность и дружеский тон [12].

По-настоящему красноречив тот, кто умеет говорить о будничных делах просто, о величавых - величаво, а о средних - стилем, промежуточным между обоими. Речь должна быть возвышенна, возбуждать высокие мысли, но вместе с тем проста и приятна для всякого.

К промежуточным приемам, помогающим завладеть вниманием слушателей, относятся целенаправленное моделирование эмоций, вызывание удивления, интереса, радости.

Интеллектуальный транс - так может называться, по мнению М.Е. Литвака, одна из возможных методик выступления [12].

Хороший лектор держится одинаково, принимая оригинальные, присущие только ему позы. И все-таки важно научиться правильно стоять, пока не появится привычное ощущение устойчивости, равновесия, легкости и подвижности всей позы. Для правильной координации движений и течения мыслей движение скорее должно предшествовать или как бы предвосхищать ход мысли, а не отставать от него [12].

Поведение - это не только то, что делает лектор, но и то, что он думает и как себя чувствует, так как действия зависят от мыслей и чувств. Таким образом, поведение на сцене - это все, что лектор делает перед публикой и для нее. С точки зрения зрителей, это все, что они видят, слышат и чувствуют на презентации [1].

Главное в поведении на сцене - умение выступать, то есть «посылать» в зал свой голос, хорошо владеть мимикой и так далее.

Имидж воздействует сильнее, чем действительность. Иногда лектор обладает качествами, о которых зрители, основываясь на его невербальном стиле поведения, на том, что они видят и слышат, даже и не подозревают.

Исследование типа темперамента преподавателей-лекторов по методике Айзенка «Изучение темперамента».

В контексте нашего исследования представляет реальный интерес личность преподавателя-лектора с его характерологическими особенностями, привлекающими или отталкивающими студента.

Из лекторов, привлеченных к участию в данном исследовании, меланхолический тип доминирует у 14% (7 чел.) респондентов.

Лекторы – меланхолики – душевные люди, тонко понимающие людей, умеющие выслушивать людей и сочувствовать им; они готовы оказать помощь.

У 18% (9 чел) преобладает холерический тип темперамента, характеризующий лекторов как безудержных, неуравновешенных людей, у которых бурные, со вспышками эмоции, часто резкая смена настроения.

У 30% (15 чел.) доминирует сангвинический тип темперамента, характеризующий лекторов как «живых, уравновешенных» людей, способных сохранять выдержку, самообладание в аудитории слушателей.

У 38% (19 чел.) преобладает флегматический тип темперамента, характеризующий уравновешенность лекторов с неярко выраженными эмоциями, которые носят устойчивый характер.

Рис. 1. Результаты исследования доминирования типов темперамента у преподавателей-лекторов.

По итогам проведенного исследования мы можем сделать выводы:

- в чистом виде темпераменты не встречаются; их отдельные черты, как правило, сочетаются;
- по преобладающим чертам можно судить о доминировании типа темперамента;
- каждому типу темперамента присущи свои положительные и отрицательные стороны, что свидетельствует о невозможности предвзятого отношения к лекторам, обладающим определенным типом темперамента;
- преподаватель-лектор любого типа темперамента (мы говорим о доминировании) может принести профессиональную пользу, если будет повышать квалификацию, заниматься самообразованием и самовоспитанием (в таком случае и темперамент будет претерпевать изменения, так как он не является чем-то раз и навсегда данным, застывшим, неподвижным);
- у преподавателя-лектора с любым типом темперамента могут быть развиты высокие общественные свойства и качества личности;
- при изучении особенностей темперамента следует иметь в виду, что тип высшей нервной деятельности не тождествен темпераменту: первое – понятие физиологическое, второе – психологическое; тип высшей нервной деятельности, который наследуется человеком, составляет физиологическую основу темперамента;
- темперамент зависит не только от физиологического механизма, но и от духовного облика человека, его внутреннего содержания, направленности, характера, привычек, что и определяет характеристику типа темперамента как через раскрытие типа высшей нервной деятельности (силы, равновесия и подвижности процессов возбуждения и торможения), так и через описание его психологических особенностей;
- результаты исследования носят достоверный характер [2].

Исследование способности преподавателей-лекторов влиять на студентов по методике В.В. Бойко «Способны ли вы влиять на других?» продемонстрировало следующее:

70% (35 чел.) имеют все данные для того, чтобы подчинять своему влиянию других, поучать, наставлять, воспитывать других. Данная категория лекторов превосходно себя чувствует в этой роли.

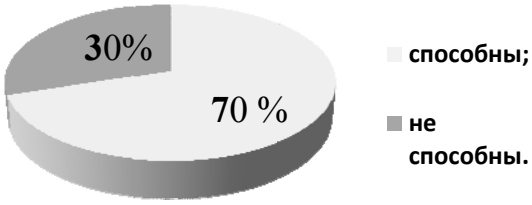


Рис. 2. Результаты исследования умения преподавателей МАОУ ВО «КММИВСО» влиять на других

Нами был осуществлен анализ зависимости умения влиять на других от типов темперамента, что подтвердило характерологические особенности лекторов с холерическим и меланхолическим типами темперамента, в меньшей степени способными влиять на других в силу безудержности, неуравновешенности, бурных эмоций в случае с холериками и напротив, нерешительности,

внутренних переживаний и тоже при неуравновешенности в случае с меланхоликами.

На основе проведенного исследования возможны следующие выводы:

- большая часть преподавателей-лекторов МАОУ ВПО «КММИВСО» обладают умением влиять на других, а следовательно, информационный материал, преподносимый ими слушателям будет принят и возможно, присвоен как образование, являющееся частью культуры человека;

- умение влиять на других, относящееся к психологическим и педагогическим способностям лектора, имеет прямое отношение к типу темперамента, а мы знаем, что и способности, и темперамент можно, корректируя, менять посредством самообразования и самовоспитания;

- предназначение, задача, обязанность всякого человека – всемерное развитие всех способностей (старая философская истина);

- результаты исследования носят достоверный характер.

Исследование коммуникативных способностей преподавателя-лектора по методике В.А. Кан-Калика «Коммуникабельны ли вы?».

Нам знакомы слова Антуана де Сент Экзюпери о том, что «единственная настоящая роскошь - это роскошь человеческого общения», актуализирующая проблему коммуникативной компетентности преподавателя-лектора.

Никакой драмы, ничего волнующего нет ни в чем, кроме человеческих взаимоотношений.

А. Маслоу называет пять потребностей: выживание, безопасность, общение, признание, самореализация, среди которых есть «общение».

18% (9 чел.) набрали от 25 до 29 баллов – свидетельство того, что данные лекторы замкнуты, неразговорчивы, предпочитают одиночество.

20% (10 чел.) (19 – 24 балла) в известной степени общительны и в незнакомой обстановке чувствуют себя вполне уверенно. Их пугают новые проблемы, но с новыми людьми, а следовательно, с новой группой студентов они сходятся с оглядкой. Спорить и дискутировать не любят. В процессе лекции в их высказываниях порой слишком много сарказма без всякого на то основания.

42% (21 чел.) (14 – 18 баллов) продемонстрировали нормальную коммуникабельность. Данная группа лекторов любознательна, охотно любит слушать интересных собеседников, достаточны терпеливы в общении с другими, умеют отстаивать свою точку зрения без вспыльчивости.

12% (6 чел.) (9 – 13 баллов) весьма общительны, любопытны, разговорчивы, любят высказываться по разным вопросам, поводам, что вызывает определенное раздражение у студентов.

8% (4 чел.) (3 балла и менее) показали коммуникабельность, носящую болезненный характер. Преподаватели-лекторы говорливы, многословны, вмешиваются в пространство и мысли студентов, не имея на это никакого права.

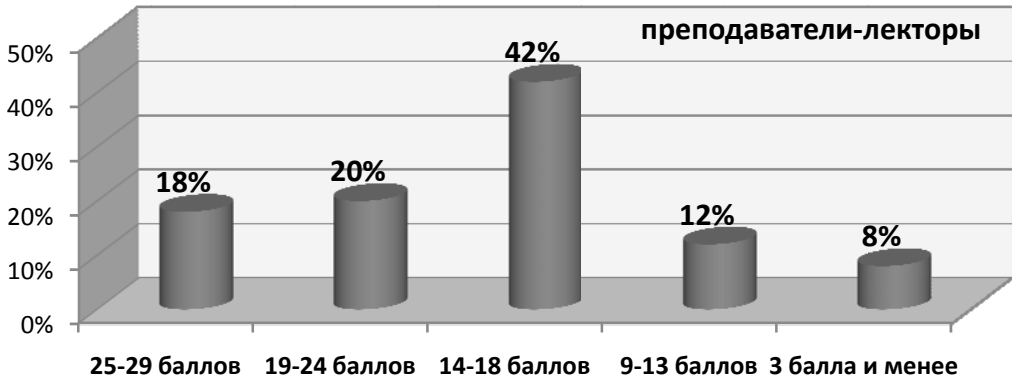


Рис. 3. Результаты исследования коммуникативных способностей преподавателей-лекторов МАОУ ВПО «КММИВСО»

На основе проведенного исследования логичны следующие выводы:

- лекторы в силу профессиональной деятельности владеют культурой общения, в одних случаях характеризующих коммуникативную компетентность, в других – недостаточный уровень данной компетентности;

- коммуникативная компетентность развивается посредством развития коммуникативных способностей, теоретически обоснованных в первой главе;

- коммуникабельность как следствие развития характерологических особенностей связана с определенным доминированием типов темперамента и умением влиять на других людей.

Теоретико-эмпирическое исследование лекторского мастерства преподавателя как показателя его профессионализма доказало актуальность проблемы в условиях тенденций и перспектив развития образовательной системы в России.

Литература:

1. Арредондо, Л. Искусство деловой презентации / Л. Арредондо; пер. с анг. В. Звонарева. - Челябинск: Урал LTD, 1998.
2. Белялова, М.А. Пути формирования и развития лекторского мастерства // Международный журнал экспериментального образования. 2014.
3. Берн, Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. - СПб., 1991.
4. Биркенбиль, М. Молитвенник для шефа. - М., 1993.
5. Брайт, Л. Развиваем интеллект. - СПб., 2007.
6. Введенская, Л.А. Риторика и культура речи: (учебное пособие для вузов) / Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова. Изд.11-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2010.
7. Гальперин, П.Я., Кобыльницкая, С.Л. Экспериментальное формирование внимания. - М.; 1974.
8. Граудина, Л.К. Теория и практика русского красноречия / Л.К. Граудина, Г.И. Миськевич; АН СССР, Ин-т рус.яз. - М.: Наука, 1989.
9. Дэвидсон, Д. Ораторское искусство: уникальный курс мастерства эффективного воздействия на аудиторию / Д. Дэвидсон. — М.: Эксмо, 2005.
10.Корнилова, Е.Е. Искусство публичных выступлений: путь к успеху / ЕЕ. Корнилова. - М.; Ростов-на-Дону: МарТ, 2007.
11.Кузьмина, Н.В. Научно-практические методы анализа педагогической ситуации. // В кн.: Психология - производству и воспитанию. -Л., 1977.
12.Литвак, М.Е. Если хочешь быть счастливым. - Ростов-на-Дону, 1995.
13.Лысикова, О.В. Имиджелогия и паблик рилейшнз в социокультурной сфере учеб, пособие (для вузов) / О.В. Лысикова; Рос. акад. образования, Моек, психол. - соц. ин-т. - М.: МПСИ, 2006.
14.Михневич, А.Е. О красноречии в шутку и всерьез (сборник / сост. А.Е. Михневич. - М.: Знание, 1989.
15.Ножин, Е.А. Мастерство устного выступления / Е.А. Ножин. - 3-е изд., перераб. - М.: Политиздат, 1989.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Цуприкова О.В.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М.Штеменко Краснодар, Россия

Коммуникативно-деятельностный подход в обучении иностранным языкам является основополагающим при разработки примерных программ. Суть такого подхода сводится к тому, что "обучение языку носит деятельностный характер, поскольку реальное общение на занятиях осуществляется посредством речевой деятельности, с помощью которой участники общения стремятся решать реальные и воображаемые задачи" [4]. Коммуникативно-деятельностный подход способствует формированию и развитию иноязычной коммуникативной компетенции, входящей в перечень заявленных, согласно примерной программе, компетенций [3].

Коммуникативная компетентность, как способность средствами изучаемого языка осуществлять речевую деятельность в соответствии с целями и ситуацией общения в рамках той или иной сферы деятельности, базируется на ряде других компетенций (субкомпетенций), таких как лингвистическая (языковая), речевая, социокультурная, социальная, стратегическая (компенсаторная), дискурсивная, предметная. [3].

Естественно, что в условиях обучения иностранному языку развитие тех или иных

субкомпетенций требует отдельного внимания. В рамках данной статьи рассматривается один из возможных подходов к комплексному формированию и развитию таких субкомпетенций как лингвистическая, речевая, стратегическая и дискурсивная.

Проанализировав ряд определений, данных исследователями выделенным субкомпетенциям, мы посчитали возможным сформулировать в рамках данной статьи следующие рабочие определения:

лингвистическая (языковая) компетенция - это владение знаниями о *правилах функционирования единиц языка в речи и способность с помощью этих знаний понимать чужие мысли и выражать собственные суждения* в устной и письменной форме;

речевая компетенция - это *знание способов формирования и формулирования мыслей с помощью языка*, обеспечивающих возможность организовать и осуществить речевое действие (реализовать коммуникативные намерение), а также *способность такими способами пользоваться* для понимания мыслей других людей и выражения собственных суждений;

стратегическая компетенция - это *знание способов восполнения пробелов* в знании языка, речевом и социальном опыте общения в иноязычной среде, а также *способность такими способами пользоваться*, например, при говорении упростить фразу, внести в свою речь поправки и т.д.;

дискурсивная компетенция - это *знание и способность конструирования и интерпретации текста,* поскольку под дискурсом понимаются тексты, порождаемые в результате общения. В учебно-профессиональной сфере общения это доклад, сообщение, обсуждение.

предметная компетенция – *это владение знаниями о предмете речи и способность интерпретировать имеющиеся знания и получаемую о предмете речи информацию.*

Использование языка в речи, то есть реализация коммуникативной компетенции, связано с информационном, предметным наполнением, т.е. с темой общения. По сути, процесс обучения иностранному языку и строится на обращении к различным темам, сложность которых возрастает на разных этапах обучения — от простых тем типа «Моя семья» или «Мой дом» на первом курсе до сложных тем типа «Криптографическая защита информации» на третьем курсе. Причём сложность эта относится как к плану содержания (предметная компонента высказывания), так и к плану выражения (языковая компонента). При этом трудности для изучающих (а порой и преподающих) иностранный язык зачастую связаны не столько с системно-языковым и речевым планами, сколько с планом информационным: человек может достаточно хорошо владеть языком, но при этом не владеть предметной составляющей и не знать, как логично выстроить свое сообщение.

Отбор и аранжировка информации для темы сообщения является проблемой, которая выходит за рамки преподавания иностранного языка. Эта проблема актуальна для работы с учебной информацией по любой дисциплине. Работа с информацией в рамках тем и связанных с ними дидактических единиц и приобретает ныне особую значимость в связи с возрастанием массивов данных в различных профессиональных сферах.

Формирование и развитие выделенных субкомпетенций можно осуществить в рамках фреймового подхода. Фрейм в современном понимании – это структура данных для представления стереотипных ситуаций [1]. Сущность фреймового подхода к организации знаний заключается в смысловой компрессии учебного материала. Специфика смысловой компрессии в том, что она содержит одновременно два процесса: непосредственное свертывание информации и языковое выражение свернутой информации [2] Данное положение предоставляет отличную возможность для формирования и развития коммуникативной компетенции на иностранном языке.

Организация структуры данных во фрейме может быть представлена как сценарий. При этом различаются четыре уровня сценарных фреймов:

поверхностно-синтаксический фрейм, определяющий структуру предложения, то есть модель, отражающую порядок слов в предложении.

поверхностно-семантический фрейм, определяющий структурный порядок денотатов (смысловых языковых единиц) как минимум в тексте параграфа (установление смысловых связей между элементами и компоновка их в целостный сценарий).

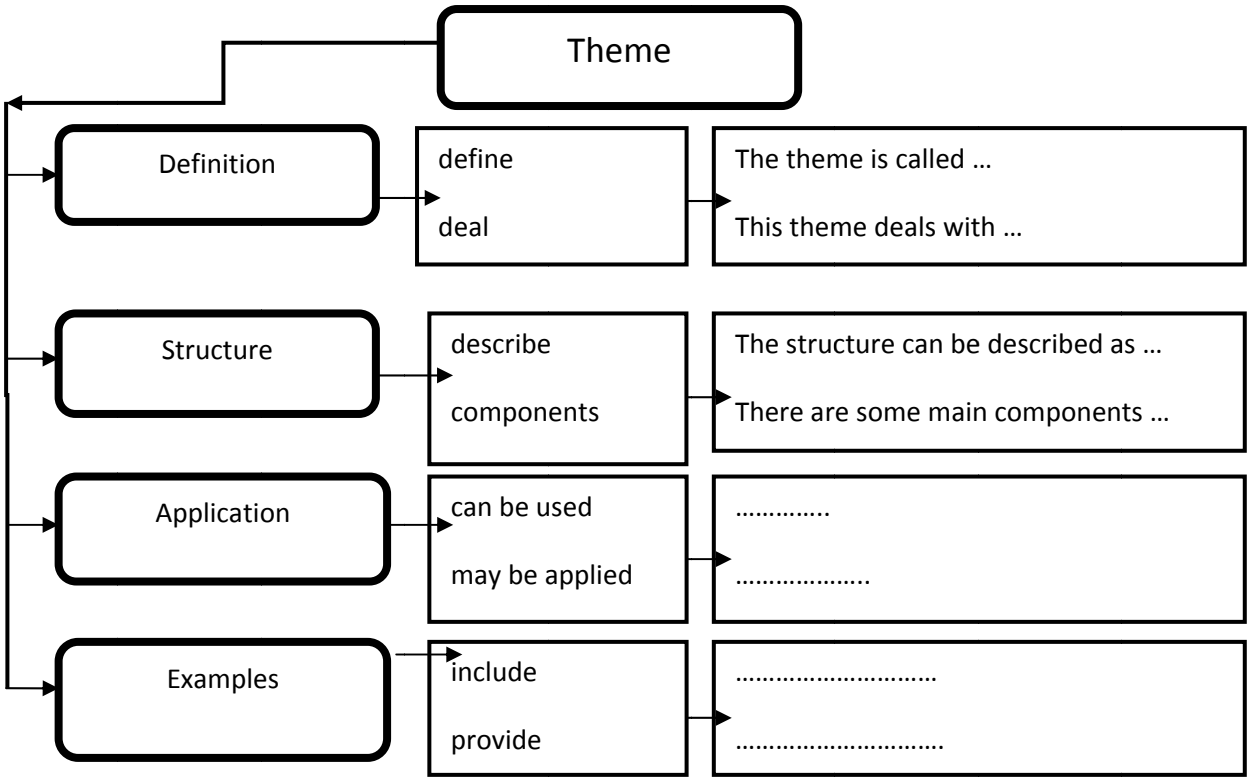
тематический фрейм, определяющий структуру ответа или дискурса конкретной темы (сценарий деятельности обучаемого в пределах обозначенной задачи или темы).

фрейм-повествование – скелетная форма изложения значительного объема учебного или научного материала (рассказа, доклада, реферата). В более узком аспекте – это скелет устного рассказа учебного материала при ответе обучаемого на занятии, на зачете, на экзамене. [2]

Как считают исследователи (Р.В.Гурина, Е.Е. Соколова) характеристика фрейма как типовой стандартной ситуации в той или иной мере относится ко всем видам и типам фреймов, так как стереотипность – основной признак фрейма и четкого разделения между типами фреймов нет.

Тематический фрейм может строиться следующим образом:

Построенные на его основе фрейм-повествование, поверхностно-семантическиий фрейм и поверхностно-синтаксический фрейм могут быть представлены следующим образом:



Считаем важным упомянуть то, что информация, используемая для составления сообщения, получена при работе с текстами темы, т.е. с письменными научными и научно-популярными текстами с соответствующими лексическими и грамматическими особенностями.

С целью формирования и развития стратегической и дискурсивной субкомпетенций можно рекомендовать задание «Добавь информации» (Add some information), причем по условию задания к первоначальному предложению должно быть добавлено еще два-три. Приведем пример такой работы, выполняемый курсантами на основе уже созданного сообщения по теме [5]

Предложения текста	Предложения на основе текста
I. The western coasts of the USA is washed by the Pacific Ocean and its eastern coast - by the Atlantic Ocean.	1. But overall, there are three oceans, which wash the coasts of the USA. 2. The Arctic Ocean washes the state of Alaska. 3. Alaska is also washed by the Pacific Ocean.
II. The USA is a federal republic, consisting of fifty states, each of which has its own government.	1. There are fifty states in the USA. 2. Each state has its own government and its own governor. 3. Each state has its own capital. 4.The federal government works in Washington.

Таким образом, для формирования и развития коммуникативной компетенции при обучении иностранному языку следует создавать условия для расширения операционного пространства языковых единиц и реализации ассоциативных связей при осуществлении речевых действий.

Литература:

1. Арутюнова, Н.Д. Язык и мир человека [Текст] / Н.Д.Арутюнова. - .М, 1988.
2. Гурина, Р.В., Соколова, Е.Е. Фреймовое представление знаний: Монография [Текст] / Р.В.Гурина, Е.Е. Соколова - М. : Народное образование; НИИ школьных технологий, 2005. - 176 с.
3. Программа дисциплины «Иностранный язык» рекомендуемой для социально-гуманитарных, технических, естественнонаучных и экономических направлений подготовки [Текст]. – М., МГУ, 2010
4. Щукин, А.Н. Обучение иностранным языкам. Теория и практика [Текст] / А.Н.Щукин. – М. : Филоматис, 2004. –416 с.
5. Цуприкова, О.В., Апалько, И.Ю., Карлова, К.Д., Сердюк, Е.В. Английский язык для высшего профессионального образования. ЧастьI.:Учебное пособие. [Текст]/ О.В.Цуприкова, И.Ю.Апалько, К.Д.Карлова, Е.В.Сердюк – Краснодар: ВАС (филиал г.Краснодар), 2013. – 481 с.

СМАЙЛ КАК ВЫРАЖЕНИЕ ЭМОЦИЙ ИЛИ ИНФОРМАТИВНЫЙ ВИД ОБЩЕНИЯ?

Цыбина Е.Ю., Лисицына В.О.,
Брашован Е.А.
МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия

Динамично развивающаяся электронная переписка между людьми стала заменять полноценное общение, так как с каждым днем появляется все больше возможностей выразить свои эмоции посредством смайлов. Мы пишем слова «привет», «пока» десятки раз в день, а в течение дня у нас может меняться настроение, что хочется выразить даже в письменном общении. К сожалению, текст не может передать всех эмоций, и на помощь нам уже несколько десятков лет пришел «smile», который конкретизирует эмоциональное состояние. Смайлики не имеют устойчивого, раз и навсегда принятого набора знаков. Это всего на всего значки, иконки, картинки. Эти рожицы как поднимают нам настроение, будь это весёлый улыбающийся смайлик, так и могут испортить его!

Цель нашей исследовательской работы - выявить частоту употребления смысловых и эмоциональных смайлов, определить основную задачу смайлов, рассматривая их как выражение эмоций и как информативный вид общения. В соответствии с поставленной целью необходимо выполнить следующие задачи:

Изучить и систематизировать информацию по теме смайлов (дать определение термину смайл, познакомиться с историей создания смайлика)

Рассмотреть основные виды смайликов и составить их классификацию.

Провести социологический опрос среди учащихся нашего института.

Определить частоту употребления смысловых и эмоциональных смайлов.

Поставленные задачи решались с использованием различных методов научного исследования, основными из которых являются следующие:

Методы теоретического исследования.

Сравнительно-сопоставительный метод.

Описательный метод.

Социологический опрос (анкетирование).

Объектом исследования являются эмоциональные и смысловые смайлы. Актуальность нашей темы обусловлена динамичным распространением виртуального общения, для которого характерно своеобразная передача эмоций посредством смайликов.

Общаясь в сети, мы пользуемся смайликами для выражения своего настроения, чтобы собеседник видел, какие мы испытываем эмоции. 1 октября считается международный день улыбки. Попытаемся выяснить, откуда появились смайлы и кто их придумал? Смайлики, по-другому эмограммы в переводе с английского smile – "улыбка". Под смайлом понимается символ, который состоит из последовательности знаков письма (букв, цифр, знаков пунктуации и т.д.), обозначающий какое-либо понятие или эмоциональное отношение в письменной речи. Смайл не зависит от языка и не подчиняется его грамматическим правилам, являясь интернациональным понятием. Одним из основных назначений смайла является выражение на письме невербальной информации (эмоций), передаваемой в устной речи мимикой и интонацией. Первые смайлики появились в Америке в декабре 1963 года. Харви Бэлл, художник, по случаю слияния двух страховых компаний в одну корпорацию нарисовал первую весёлую улыбающуюся рожицу, которую разместили на значках сотрудников компании. В 70-х годах смайл стал очень популярен: его стали печатать на футболках, марках, карандашах, рюкзаках.

Мы рассматриваем смайлы как эмоциональные и смысловые иконки, которые массово используются в сообщениях. Рассмотрим разновидности смайлов и попробуем классифицировать их.

Смайлики популярны во всем мире, однако в Японии употребление смайлов наиболее распространено. Японские смайлики называются каомодзи и отличаются от западных тем, что их не нужно разворачивать на 90 градусов. В японских смайликах наибольшее внимание уделяется глазам, тогда как в западных улыбочках - рту. Каомодзи изображают схематически эмоции, жесты, мимику не по образцу реальных человеческих образов, а ориентируясь на прототипы, взятые из аниме и манги. Каомодзи также как и западные смайлы могут выжать не только эмоции, но и действия. Рассмотрим несколько примеров каомодзи: (^_^) - улыбка, радость; (^_^)/ - приветственно машущий рукой; (^o^) - умирающий со смеху; (O_O) - сильно удивлён; (v_v) - грусть; (-_-~ - болезнь; (=^_^=) – кошка; Смайлы западной школы набирают латиницей, примеры западных смайлов: :-* целую; 8-0 Шок; :,(слезы; :-^ гнев; O:-) – ангел; C=:-) – повар; >:-I – путешественник;

Западный стиль наиболее компактен по сравнению с каомодзи, именно этим обусловлена наибольшая популярность западных смайлов. Несмотря на то, что западные и японские смайлы имеют достаточно отличий, их объединяет основная задача - выразить эмоции или передать информацию в наиболее сжатом виде. Именно поэтому, нам кажется закономерным классифицировать смайлы на эмоциональные и смысловые.

Какая разница между ними? Смысловые смайлы - это условные обозначения, которые сжато передают различные понятия, процессы, действия, могут напоминать жесты. Эмоциональные смайлики употребляются для выражения эмоций, напоминают собой человеческие образы с определенной мимикой. Смайлы пользуются огромной популярностью в общении по сети, форумах, письмах, чатах и т.д. В последнее время тек-

стовые смайлики уходят в прошлое, а на смену им приходят графические – картинки, изображающие предметы, лица, действия. Ведь очень удобно ответить на сообщение одним кликом мыши. Мы присылаем смайлик с изображением того, что мы сейчас делаем или отправляем рожицу с нашей эмоцией. Сейчас в Интернете встречаются самые разнообразные смайлы: не только выражающие эмоции, но и изображающие разных персонажей, знаки зодиака, таблички с лозунгами, смайлы-буквы, новогодние смайлики. За время существования «смайлик» стал незаменимым атрибутом электронного общения, и многие люди уже даже не могут представить, как можно обходиться было без смайла!

Систематизируя всю информацию по теме смайлов, мы провели социологический опрос, с целью определения частоты употребления смайлов в качестве выражения эмоций или как информативного вида общения. Мы предложили ответить на вопросы студентов нашего института в возрасте 17-22 лет, а также знакомых старшего поколения. Ниже приведен список вопросов, составляющий анкетирование.

1.Какие чаще вы употребляете смайлы, смысловые или эмоциональные?
А) не употребляю
Б) употребляю смысловые
В) употребляю эмоциональные
Г) примерно одинаково, и те, и те

60% опрошенных ответили оба варианта и смысловые, и эмоциональные; 33% ответили эмоциональные и всего 7% употребляют чаще смысловые.

2.Часто ли вы заменяете предложения смайлами?
А) иногда
Б) чаще да , чем нет
В) чаще нет , чем да
Г) всегда

50% отвечающих иногда заменяют предложения смайлами, 40% не заменяют предложения значками в виде смайлов и только 10% могут употребить смайл вместо написания целого предложения.

3. Всегда ли вы понимаете эмоции человека написавшего вам смайл?
А) да, всегда
Б) нет, не всегда
В) иногда понимаю
Г) не понимаю

47% прекрасно понимают эмоции выраженные смайлами, 30% не всегда могут точно уловить эмоции, 23% понимают только иногда, но не нашлось ни одного человека, который не мог бы понять эмоции совсем.

4. Как вы относитесь к частому употреблению смайлов вместо слов?
А) думаю, это бессмысленно
Б) думаю, это хороший способ экономить время
В) думаю это не всегда уместно
Г) считаю, смайл альтернативой словам

40% думают, что это не уместно, 30% считают, что это хороший способ экономить время, 23% думают это бессмысленно и всего 7% считают смайл альтернативой словам.

5. Как вы воспринимаете смайлы в предложениях?
А) как выражение эмоций
Б) как передачу информации в сокращенном виде

80% ответили, как выражение эмоций и всего 20% как передачу информации в сокращенном виде.

В ходе нашего исследования мы пришли к выводу, что и смысловые и эмоциональные смайлы представляют собой альтернативу словам и эмоциям в неформальной переписке. Проанализировав данные социологического опроса, можно установить частоту употребления смысловых и эмоциональных смайлов: 60% людей примерно одинаково употребляет как смысловые так и эмоциональные смайлы. Это говорит о том, что в переписке мы стремимся к сжатости информации и эмоций. Смысловые знаки содержат целые понятия, действия, которые с помощью слов пришлось бы описывать в несколько строк. Эмоциональные смайлы придают высказыванию необходимое настроение и интонационную окраску. Если говорить об отдельном употреблении эмоциональных обозначений и замене предложений смысловыми смайлами, то статистика следующая: 93% употребляют эмоциональные смайлы, 7% - смысловые. Нынешнее поколение уже не представляет переписку без смайлов, рассматривая их как выражение эмоций в письменном виде. Удивительно, что иконкой можно передать свои чувства

громко и ясно. С помощью смайлов можно любить и ненавидеть, плакать и смеяться, грустить и веселиться. Улыбка, какой бы она не была, это естественный ответ, который разделяет наше счастье или печаль с другими. Улыбка делает счастливыми других людей. Ты улыбаешься, и весь мир улыбается с тобой!

Литература:

1. Леонтьев В.О. Классификация эмоций [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://emoatlas.narod.ru/em.html.
2. Шаховский В.И. В начале была эмоция. – Волгоград: ВГПУ, 2003.
3. Правдивая история о смайлике и его создателе [Электронный ресурс]. –Режим доступа: www.articles\simply.
4. История смайлов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://picturedesign. info/2007/12/ 13/ istorija-smajjlikov.html.
5. Smileys and Emoticons [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://www.netlingo. com/ index.cfm.
9. Helwig's smiley dictionary [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //www. cg.tuwien. ac.at/~helwig/smileys.

ВЕРБОВКА МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В РЯДЫ ЭКСТРЕМИСТОВ И ТЕРРОРИСТОВ

Чекмизов А.С.
ФГКВОУ ВО "Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков" Краснодар, Россия

В последнее время проблема международного терроризма превратилась в одну из острейших, глобальных проблем современности. Террористы взрывают дома, поезда, самолеты, захватывают заложников, взрывают бомбы в местах большого скопления людей.

Вербовка – один из способов пополнения различных террористических формирований. Как же происходит этот процесс?

Наше время электронных коммуникаций предоставляет более эффективные способы привлекать сторонников. Речь, разумеется, о множестве социальных сетей, в которых пользователи, в отличие от «живого» общения, более раскрепощены в выражении своего мнения, жизненной позиции. Вербовщики стараются работать по тематическим форумам, группам, сообществам, создают собственные темы. Основная цель – спровоцировать человека на откровенность, вызвать определенную реакцию, найти точки воздействия, манипулируя которыми, можно менять поведение людей. Выбираются преимущественно люди, недовольные окружающей жизнью, политикой, семейными отношениями, фанатически верующие в религию, какое-либо учение, не обязательно религиозное.

Но социальные сети далеко не единственный способ вербовки. Рассмотрим и другие.

В России, например, работают три ветви исламистов, у каждой из которых есть свои функции. Одни наводят, другие мотивируют, третьи вербуют. Первые занимаются поиском слабохарактерных и внушаемых людей, вторые занимаются изучением этих людей и их характеров. В конце появляется вербовщик, взывающий к идеологии ИГИЛ, предлагающий разные материальные блага, в том числе и сексуальные, соблазняя неуверенных в себе людей покупкой собственных рабынь.

Также слабыми местами у российской молодежи у исламистов считаются увлечения компьютерными играми. Геймеров вербуют, предлагая сражаться не в игре, а в реальности, умело применяя методы глубокого психологического и, вероятно, психотропного воздействия.

Первоначальная цель вербовщиков – изоляция молодого человека от близкого окружения и социума в целом. Путем давления на личность они вынуждают человека отказаться от всех прежних контактов и отношений, которые могут помешать его обработке и вовлечению в ряды террористов.

Вследствие подобной целенаправленной обработки происходит подмена наиболее близких человеку людей (семья, друзья, коллеги) на так называемых «духовных сестер и братьев». Человек, находясь в подобном дурмане, по сути даже не задумывается о своих поступках и следует за вербовщиками вслепую. Понимание о совершённой ошибке обычно происходит поздно, когда человек оказывается в зоне боевых действий, откуда обратно дорога уже закрыта.

Самая лучшая защита от вербовки – информированность и понимание, что такое деструктивная идеология, какие у неё скрытые цели и методы.

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПРЕДПОЧИТАЮТ ВИРТУАЛЬНУЮ РЕАЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Чернявский Н.В.
Краснодарское высшее военное училище имени генерала армии С.М. Штеменко Краснодар, Россия

В последние годы развитие информационных технологий позволило создать технические и психологические феномены, которые в популярной и научной литературе получили название «виртуальной реальности». Развитие техники программирования, быстрый рост производительности полупроводниковых микросхем, разработка специальных средств передачи информации человеку, а также обратной связи (надеваемых на голову стереоскопических дисплеев, перчаток и костюма, в которые встроены датчики, передающие на компьютер информацию о движениях пользователя) - всё это создало новое качество восприятия и переживаний, осознанные как виртуальные реальности.

Внешний эффект состоит в том, что человек попадает в мир или весьма похожий на настоящий, или предварительно задуманный программистом (например, попадает на Марс, участвует в космических путешествиях), или, наконец, получает новые возможности в плане мышления и поведения. Наиболее впечатляющим достижением новой информационной технологии, безусловно, является возможность для человека, попавшего в виртуальный мир не только наблюдать и переживать, но действовать самостоятельно. Человек и раньше мог, причём достаточно легко попасть в мир виртуальной реальности, например, погружаясь в созерцание картины, кинофильма или, просто увлечённо поглощая книгу. Однако во всех подобных случаях активность человека была ограничена его позицией зрителя, читателя или слушателя – сам он не мог включиться в действие как активный персонаж. Совершенно иные возможности предоставляют системы виртуальной реальности: самому включиться в действие, причём часто не только в условном пространстве и мире, но и как бы вполне реальных – во всяком случае, с точки зрения восприятия человека. Всё это, судя по всему, и предопределило бум потребностей на новые информационные технологии и, соответственно быстрое их развитие. Виртуальные технологии успешно используются в психиатрии (избавление от различных фобий — боязни летать на самолетах и т. д.), в качестве тренажеров, позволяющих человеку отрабатывать действия в близких к критическим условиях, в военных целях при обучении пользоваться различными видами оружия, в космических исследованиях и во многих других случаях. Однако широкое распространение и внедрение таких технологий порождает множество совершенно особых проблем и тенденций, с которыми человечество не сталкивалось ранее и которые не могут быть оставлены без внимания.

Современный мир предоставляет широкий спектр информационных услуг, мир становится ближе, расстояние и время сокращаются. Главная заслуга в этом принадлежит Интернету и социальным «сетям». Родители, педагоги, психологи и врачи бьют тревогу по поводу того, что современные подростки большую часть свободного времени проводят в Интернете. Можно предположить, что виртуальное общение не просто заменяет реальное общение, а его вытесняет.

Большинство людей убегают от реальных проблем в виртуальный мир. Проходит некоторое время и, не осознавая это, мы начинаем воспринимать виртуальный мир как часть реального. Многие подростки затрудняются ответить на вопрос: где вы по-настоящему больше общаетесь с удовольствием, в реальной или виртуальной жизни? Зачастую случается так, что общение с близкими людьми, друзьями даётся нам с трудом. А в виртуальном мире такое общение – легко, просто и приятно. Пользователи социальных сетей пребывают в иллюзии близости, общения. Виртуальное общение пропитано обманом, как любые другие формы зависимости. Кто-то, к превеликому сожалению, зависим от алкоголя, наркотиков, курения, кто-то от социальных сетей.

Виртуальный мир и общение в Интернете стало настолько популярным, что многие люди порой забывают об общении реальном. Всемирная паутина предлагает нам разнообразные способы обмена информацией. Каждый выбирает то, что ему «по вкусу». Существуют сайты, где можно найти человека, которого не видел много лет. Наиболее универсальное средство компьютерного общения - это электронная почта. Она позволяет пересылать сообщения, фотографии, презентации, документы за считанные секунды в любой угол мира. Каждый пользователь e-mail имеет свой электронный адрес. Электронная почта гораздо удобней обычной, «бумажной». Во-первых, для отправки письма вам не нужно покупать конверт и идти до ближайшего почтового ящика. Достаточно просто воспользоваться Интернетом. Во-вторых, ваше письмо приходит адресату сразу же после отправки. Это очень удобно, так как вы тут же можете получить ответ и отреагировать на него. В-третьих, копию вашего письма можно отправить сразу же нескольким адресатам. Кроме того, через электронную почту можно обмениваться файлами, такими как видео, фото, музыка и многим другим.

Причины обращения к виртуальному миру

Прежде всего - невостребованность собственных ресурсов и возможностей в реальной жизни. Человек не может найти себе место в жизни, среди реальных людей. Обычно это происходит с творческими людьми, их взгляды на жизнь часто не разделяют окружающие люди и не так трактуют их произведения искусства. Такое явление также актуально для подростков, которые начинают думать о своём будущем, а также и для взрослых, которые понимают, что выбрали неправильный путь в жизни. Недостаточное насыщение общением в реальных контактах. У человека очень мало друзей, людей, которые его поддерживают, понимают, это может быть связано со многими причинами, рассмотренными выше. Отсутствие объективной возможности «живого» общения, нехватка времени для реального общения. В условиях современной жизни большая часть времени уходит на работу, учебу и на удовлетворения потребностей, в связи с этим у человека нет сил и нет времени на устройство личной жизни и реальное общение.

Неумение и нежелание общаться в реальной жизни. Эта причина противоположна предыдущей, то есть у человека есть возможность реального общения, но он сознательно от него отказывается, так как не желает прикладывать усилия на развитие своих коммуникативных качеств. Нередко это можно наблюдать и в жизни: очень часто находясь среди людей, даже знакомых, человек достает телефон и выходит в Интернет, выбирая виртуальное общение.

Проблема свободного времени у молодежи. Многие выходят в Интернет «от нечего делать», чтобы скоротать время, что является признаком неправильного распределения свободного времени. Этому способствует отсутствие детских и молодежных клубов, нежелание самой молодежи принимать участие в активной деятельности, которая слоняется по улицам или сидит дома, родительская невнимательность к развитию детей, которых не отдают в спортивные секции или другие кружки, где дети могли бы непосредственно учиться общению.

Социальные сети в настоящее время стали неотъемлемой частью жизни миллионов людей во всем мире. Различные сервисы позволяют людям объединяться в группы с теми, кто разделяет их интересы. Кроме того, с их помощью удобно искать бывших одноклассников, сослуживцев, однополчан и знакомых из других городов. По этой причине огромное количество людей проводит массу времени на этих сайтах, общаясь со старыми друзьями и находя новых приятелей. Вряд ли при этом они задумываются о преимуществах и недостатках социальных сетей.

Попытаемся рассмотреть их сущность:

Социальные сети имеют массу положительных качеств. Во-первых, как уже было сказано, они позволяют людям находиться на связи, даже если они проживают в разных городах и даже странах. При этом можно полноценно общаться с собеседниками, делиться с ними новостями из своей жизни, демонстрировать собственные фотографии, давать ссылки на интересные сайты.

Впрочем, сегодня социальные сети используются не только в развлекательных целях. В настоящее время многие ищут с их помощью работу, занимаются самообразованием, а число тех, кто обрел свою вторую половину благодаря данным сервисам, постоянно растет. И, тем не менее, социальные сети имеют не только плюсы, но и минусы и мы попытаемся их выявить.

Как это ни удивительно, недостатки данных сервисов являются ничем иным, как обратной стороной их достоинств. Так, все знают, что социальные сети являются удобными платформами для разностороннего общения. Однако, многие настолько погружаются в это общение, что не замечают ничего вокруг. Целыми днями они просиживают на любимых сайтах, постоянно просматривая страницы друзей и обмениваясь сообщениями с ними. Работа и учеба при этом нередко уходят на второй план, ведь они гораздо менее интересны, чем возможность неотрывно следить за жизнью друзей.

Погружаясь в виртуальный мир, люди теряют интерес к реальности. Уход в виртуал — легкий способ решения проблемы, но иллюзорный. Наиболее опасными ситуациями для возникновения компьютерной игромании являются возрастные кризисы, особенно подростковый. Поэтому подростков-игроманов больше, чем взрослых. Компьютерные игры обладают невероятной привлекательностью для подростков, дают почувствовать себя освободителем, мстителем, повелителем, хозяином положения. Любая игра с активным сюжетом сопровождается выбросом адреналина в кровь, подросток быстро привыкает к этому, и уже сам начинает искать этого ощущения. В подростковом возрасте авторитетным становится группа сверстников, подростку важно быть принятым группой, не стать «белой вороной». Поэтому, если большинство подростков увлечены новой игрой, а ты в ней не разбираешься, то можешь стать аутсайдером.

Часто подростки, заигравшись, переносят этот мир в реальную жизнь. Учеными-психологами давно уже установлена взаимосвязь между жестокостью в компьютерных играх и агрессивным поведением в жизни. Подростки активно участвующие в компьютерных войнах считают агрессивное поведение нормой, насилие эффективным способом разрешения конфликтов. У них снижена эмоциональная чувствительность к пострадавшим. Примером такой жестокости является ситуация, когда подростки снимают избиение своего товарища на камеру мобильного телефона.

Данный тип зависимости, как и любая другая аддикция, ведет к деградации личности, разложению социального статуса, потере собственного "Я", ухудшению психологического здоровья, возбуждению внутренних раздражителей, возникновению агрессии, замкнутости.

Помимо психологического наблюдается негативное влияние компьютерных технологий и на физическое здоровье людей. Для него характерны такие физические симптомы:

- головная боль, болезненные ощущения в области мышц лица и шеи
- заболевание глаз: чувство острой рези в глазах, слезоточивость, жжение
- нарушение визуального восприятия: неясность зрения на дальнем расстоянии, неясность зрения на близком расстоянии, неясность зрения усиливается в течение дня, изображение на экране двоится, очки становятся слабыми;
- ухудшение сосредоточенности и снижение уровня работоспособности, невозможность сохранить внимательность в течение длительного времени, раздражительность во время работы за компьютером и после.
- ЭМИ компьютеров отрицательно влияет на память школьников. Всего 30 минут активной работы за компьютером снижается уровень способности к запоминанию. Мозг до такой степени адаптируется к возможностям техники, что память практически не используется. В результате она становится поверхностной и кратковременной. Человек скорее запомнит не саму информацию, а то, в какой папке в компьютере она лежит.

Интернет уменьшает способность концентрироваться и созерцать, мозг со временем начинает ожидать поступления информации в том виде, в каком ее распространяет Сеть, - в виде стремительного потока частиц. Мышление становится отрывочным, чтение - поверхностным. В итоге люди превращаются в «расшифровщиков

информации». А зона мозга, отвечающая за абстрактное мышление, атрофируется.

Интернет учит многозадачности - возможности выполнять несколько заданий одновременно. Можно слушать музыку и писать в блог, отвлекаясь на проверку почты. Исследования показали: чрезмерная многозадачность усиливает стресс и дефицит внимания. Снижается наблюдательность, внимание становится рассеянным, когда в интернете следишь за всем сразу, ни на чем не сосредотачиваясь.

Виртуальный мир интересен. В нем мы пытаемся убежать от реальных проблем, и даже от самого себя. Порой, в виртуальном мире мы можем раскрыться, рассказать то, чего мы не можем сказать в реальном мире даже близким друзьям, но виртуальное общение не может заменить контакт с живыми людьми. Виртуальный мир – это лишь частичка реального.

Таким образом, вывод напрашивается один, необходимо заниматься профилактикой и преодолением негативного воздействия ИКТ на физическое здоровье людей и, прежде всего, школьников, их психику, стереотипы поведения в обществе и личной жизни, моральные нормы, нравственные критерии и духовные ценности.

Конечно, запретами и нравоучительными проповедями технический прогресс не остановишь. Тем более что сам по себе он не является злом — научные законы, как и все в мире, созданы Богом, ученые их только открывают. А вот в каких целях используются эти достижения, зависит от человека, от его свободного выбора. Очевидно, что чем больше будет среди специалистов по современным технологиям нравственных людей, тем больше вероятность, что они будут использоваться в благих целях.

Литература:

1. http://en.wikipedia.org
2. http://www.internetintrestingnews.com
3. http://www.newsrussiamolodug.ru
4. http://www.interesnointernet.ru
5. http://www.internetforpeople.com
6. http://www.chemopaseninet.ru
7. http://www.virtualmir.ru
8. http://www.youngnotinreal.com

ЦЕННОСТНАЯ СФЕРА И ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ БУДУЩИХ СУПРУГОВ И МОЛОДОЖЕНОВ

Чинченко В.Н.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Актуальность. Проблема конфликтов значима для людей всех возрастов и профессий. Конфликты сопровождают нас на протяжении всей жизни. Вся практическая психология с ее разнообразными формами работы связана с проблемами психологических трудностей человека, в том числе переживаемых в виде конфликтов.

Из всех возможных форм проявления конфликтов наиболее острыми и болезненными являются внутриличностные конфликты. Именно они имеют прямое отношение к возникновению межличностных конфликтов, влияют на поведение индивида, его самочувствие и мировоззрение.

Внутриличностный конфликт – это состояние структуры личности, когда в ней одновременно существуют противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели с которыми она в данный момент не в состоянии справиться [1]. Основой любого внутриличностного конфликта будет являться ситуация с противоречивостью позиций; мотивов, целей и интересов, противоположностью средств достижения целей в конкретных условиях и отсутствие возможности удовлетворения какой-либо потребности.

Нередко внутриличностные конфликты становятся барьером при создании семьи, а также губительно влияют на уже сложившиеся отношения в браке.

Семейные конфликты обычно связанны со стремлением людей удовлетворить те ли иные потребности или создать условия для их удовлетворения без учёта интересов партнёра. Немало семейных конфликтов происходит на почве различных представлений супругов о семейных ролях и ценностей семьи.

Ролевая структура семьи обеспечивает выполнение функций семьи и удовлетворение потребностей всех ее членов. Один из отечественных подходов к выделению супружеских ролей демонстрирует Т.С. Яценко, когда упоминает четыре основные роли: сексуальный партнер, друг (аналог эмоциональ-

ной функции и функции культурного общения), опекун (воспитание детей), покровитель (хозяйственно-бытовая роль). Т.С. Яценко полагает, что для нормального супружества достаточно соблюдение двух правил: во-первых, присутствие всех четырех ролей (хотя какая-то из них может главенствовать); во-вторых, исключение дополнительных ролей (если только их наличие не согласовано между супругами и не вызывает у них протеста) [2].

Нужно заметить, что для современной молодой семьи характерно рассогласование представлений о супружеских ролях не только и несколько в хозяйственно-бытовой сфере, сколько в области межличностных отношений [3].

Если члены семьи по-разному понимают свои роли и предъявляют друг другу несогласованные, отвергаемые другими, ожидания и соответствующие им требования, семья является заведомо малосовместимой и конфликтной. Поведение каждого, отвечающее его индивидуальным представлениям о своей семейной роли, будет рассматриваться им как единственно правильное, а поведение другого партнера, не отвечающее этим представлениям, как неверное и даже злонамеренное.

С этими ожиданиями и представлениями тесно смыкаются потребности, которые супруги хотели бы удовлетворить в браке. Если представления не совпадают, то и потребности находятся во взаимном рассогласовании: мы стремимся удовлетворить вовсе не те потребности, которые являются актуальными для другого, и соответственно, ждем от него удовлетворения тех наших потребностей, которые он как раз удовлетворять не собирается.

Такое рассогласование переходит сначала в скрытый, а потом и в открытый поведенческий конфликт, когда один из супругов с его ожиданиями и потребностями становится препятствием для удовлетворения желаний, намерений и интересов другого.

Следующая, немало важная, причина возникновения противоречий между супругами состоит в том, что конфликт может обостряться и усугубляться из-за очень слабого знания представлений друг друга. Это происходит, во-первых, потому, что в период предбрачного ухаживания они предпочитают обсуждать любые темы, кроме тех, которые непосредственно относятся к семейным отношениям. Во-вторых, выяснить представления друг друга им мешает весьма короткая продолжительность этого предбрачного ухаживания. Тем самым, молодые люди при вступлении в брак, в котором, сталкиваясь с первыми трудностями семейной жизни, начинают осознавать тот факт, что они совершенно не знают друг друга, имеют разные интересы, мнения, взгляды на жизнь, что резко меняет их взаимоотношения и ведет к разногласиям [1].

Конфликт может обостряться и усугубляться из-за очень слабого знания представлений супругов друг о друге.

Нами проведено эмпирическое исследование, связанное с изучением особенностей ценностной сферы респондентов (в том числе, ценностей, их доступности и внутриличностного конфликта); изучение особенностей ролевых ожиданий респондентов и представлений о распределении ролей при их реализации [6].

Были использованы следующие методики исследования: методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах Е.Б. Фанталовой, методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» А.Н. Волковой. Они позволили выявить представления супругов о значимости в семейной жизни сексуальных отношений, личностной общности мужа и жены, родительских обязанностей, профессиональных интересов, хозяйственно-бытового обслуживания, моральной и эмоциональной поддержки, внешней привлекательности партнеров и т.д.

В исследовании принимали участие 12 респондентов без брачного партнера и 12 респондентов, планирующих вступление в брак. Средний возраст респондентов 20–26 лет. Совокупная выборка составила 24 человека.

Большой интерес представлял анализ особенностей ценностей, их доступности и внутриличностного конфликта у респондентов без брачного партнера и пар до замужества. Результаты измерения уровня ролевых ожиданий и притязаний в браке у юношей и девушек представлены в приведенной ниже сводной таблице результатов.

Сводная таблица по согласованности семейных ценностей

СЦ (семейные ценности)	ИС	ЛИ	ХБ	РВ	СА	ЭТП	ВП
ШСЦю (шкала семейных ценностей юношей)	3	3	6	6	6	5	5
ШСЦд (шкала семейных ценностей девушек)	4	6	6	7	7	6	7
ССЦ (согласованность семейных ценностей супругов)	1	3	0	1	1	1	2

ИС – интимно-сексуальная сфера;
ЛИ – личностно-идентификационная сфера;
ХБ – хозяйственно-бытовая сфера;
РВ – родительско-воспитательная сфера;
СА – социальная активность;
ЭТП – эмоционально-психотерапевтическая сфера;
ВП – внешняя привлекательность.

Согласованность семейных ценностей определяется разностью баллов, показателей шкалы семейных ценностей юношей и девушек. Меньшая разность свидетельствует о большей согласованности представлений супругов о наиболее значимых сферах жизнедеятельности семьи.

Исследование выявило соответствие ролевых ожиданий супругов в хозяйственно – бытовой сфере. Наименьшая ролевая активность наблюдается в установках на создание психотерапевтической атмосферы в семье, что не соответствует ролевым ожиданиям супруги. Супруги неодинаково относятся ко многим вопросам и проблемам (ИС, ЛИ, РВ, СА, ЭТП, ВП), следовательно, при решении проблемы могут возникнуть разногласия из-за недопонимания. Рассогласование ожиданий и притязаний брачных партнеров является конфликтогенным фактором, дестабилизирующим межличностные отношения в семье [6].

Проведенное исследование показало значимость совпадения ролевых ожиданий и притязаний супругов. Успешность и стабильность брака зависит от показателей уровня сходных ориентаций супругов в различных сферах семейной жизни. Гармоничные отношения и высокая удовлетворенность ими – это залог стабильности брачного союза.

Литература:

1. Антонов, А. И. Социология семьи. /А. И. Антонов, В. М. Медков. - М., 1996.
2. Ковалев, С. В. Психология семейных отношений/ С. В. Ковалев - М., 1987.
3. Райгородский, Д. Я. Психология семьи/ Д. Я. Райгородский - Самара, 2002.
4. Фанталова, Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. 1992. № 1.
5. Харчёв, А. Г. Современная семья и её проблемы/ А. Г. Харчев,
6. М.С. Мацковский - М., 1978.
7. Бекетова Е.А., Чинченко В.Н. Взаимосвязь внутриличностного конфликта и ролевых ожиданий молодоженов // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.; URL: http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15887

ВЛИЯНИЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Чучинский А. В.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар. Россия

Как известно, спорт является непосредственной частью ведения здорового образа жизни. Умеренные физические нагрузки позитивно сказываются на сердечно-сосудистой системе, на органах дыхания, пищеварительном тракте, повышают иммунитет, а также способствуют развитию стрессоустойчивости.

Совсем недавно группе ученых удалось установить, что кардиоупажнения способствуют созданию резерва нейронов в

гиппокампе, повышая обучаемость. Помимо этого, при физических нагрузках вырабатываются такие гормоны и нейромедиаторы, как дофамин, отвечающий за повышенное настроение и удовлетворенность, мелатонин, известный как гормон сна, серотонин, ответственный за повышенное настроение. Таким образом, спорт способствует укреплению иммунитета, является отличной профилактикой от различных инфекций, а также онкологических заболеваний [1].

Однако, следует учитывать, что чрезмерные физические нагрузки, либо неправильное выполнение упражнений может негативно сказаться на здоровье человека. В первую очередь будет страдать сердечно-сосудистая и дыхательная системы, также довольно ощутимый вред это принесет костям и суставам.

Наиболее важным аспектом при физических нагрузках является правильный сон и питание, без которых пользы от тренировок не будет вовсе. Эти два понятия играют основную роль в поддержании здоровья при занятии спортом. Также необходимо исключить пагубные привычки.

Чего можно добиться от тренировок? В основном, лица гиперстенического и нормастенического типа стремятся сбросить лишний вес, а астеники наоборот - набрать мышечную массу. Помимо этого, некоторые предпочитают спортивные игры, такие как футбол, хоккей, баскетбол, волейбол, которые, в свою очередь, повышают реакцию, внимание, гибкость, ловкость и учат действовать в команде. Для некоторых же предпочтительны кардиотренировки: плавание, бег, езда на велосипеде и многое другое.

Неотъемлемой частью здорового образа жизни является режим сна и питания.

Сон должен быть в среднем 8-10 часов. Недавние наблюдения ученых подтвердили, что сон, длящийся 6 часов, менее полезен даже чем 4 часовой, таким образом, необходимо правильно рассчитать режим дня: ведь во время сна организм набирается сил к предстоящему дню [2]/

Говоря о питании, в первую очередь стоит помнить про воду. Организм требует в день примерно 1.5-2 литра жидкости. Последние наблюдения показали, что воду полезней добывать из фруктов и овощей, т.к. при этом усваивается больше питательных веществ и витаминов. Прием пищи должен включать в себе крупы, овощи, фрукты, молочные продукты, мясо вареное и специи. В среднем человек ест 3-4 раза в день. Диета зависит от того, к чему вы стремитесь. При наборе мышечной массы и похудении принцип один: есть как можно чаще, но малыми порциями. Пища не должна быть слишком жирной, острой и, желательно, белки с углеводами употреблять раздельно. Следует сократить потребление мучного, т.к. это быстрые углеводы, которые не пойдут вам на пользу.

Когда начинаем тренировки, то в первую очередь необходимо составить план занятий. Второе: соблюдать технику упражнения и дыхания, без этого польза от тренировок будет минимальна. Третье: не брать на себя слишком много. Польза от тренировок будет только в случае постепенного повышения нагрузок, несоблюдение этого правила может привести к травмам.

По данным проведенного опроса следует, что среди 50 студентов факультета среднего профессионального образования режим сна и питания соблюдают 45%, среди них основная часть 70% регулярно занимаются спортом. 7% опрошенных периодически курят, не следят за режимом сна и питанием, 30% не занимаются спортом, но 10% из них хотят заняться спортом в ближайшее время.

Мне хочется поддержать всех ребят, кто занимается спортом или только мечтает заняться и пожелать им верить в себя и настроиться на успех.

Все приходит не сразу, но вышеперечисленные правила помогут достичь физического и психического благополучия, и прожить долгую, полноценную и счастливую жизнь. Будьте здоровы!

Литература:

1. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. - М.: БЕК, 2002
2. Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни. - М.: Сфера, 2003.

ПОВЫШЕНИЕ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ СУБЪЕКТА В РЕЗУЛЬТАТЕ СНИЖЕНИЯ САМООЦЕНКИ ДРУГОГО СУБЪЕКТА В СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шацкая С.С.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Немало людей испытывают затруднения в эффективности общения и успешности трудовой деятельности. Зачастую это связано с тем, что они не в полной мере оценивают свои возможности и способности, тем самым используя непродуктивные стратегии поведения. Представление о самоэффективности – это крайне важный фактор, определяющий наш выбор действия. Чем выше самоэффективность, тем больше вероятность того, что человек будет стараться изо всех сил для достижения цели. В связи с этим необходимо иметь четкое представление о самоэффективности и о способах ее повышения или, другими словами, о факторах, на нее влияющих. Это понимание дает возможность повысить уровень личной самоэффективности любому человеку. Актуальность данной темы обусловлена тем, что о феномене «самоэффективность» недостаточно представлений, более того нет достаточной информированности о факторах, влияющих на самоэффективность, что и определяет научную проблему. И, наконец, некоторые из факторов, влияющих на самоэффективность, представляют интерес не только на теоретическом, но и на эмпирическом уровне [1].

Объект исследования: самоэффективность личности.

Предмет исследования: факторы, влияющие на динамику самоэффективности личности.

Цель: определение факторов, влияющих на самоэффективность личности, и поиск факторов, не освещенных литературой.

Задачи:

1. Изучение литературы, освещающей феномен самоэффективности и факторы, на нее влияющие.
2. Систематизация понятия самоэффективность и вычленение факторов, влияющих на самоэффективность личности.
3. Выявление нового предполагаемого фактора, влияющего на самоэффективность личности и эмпирическое подтверждение такового влияния.

Гипотеза: если при взаимодействии нескольких индивидов, самооценка одной части индивидов падает, то самоэффективность другой части автоматически возрастает.

Методологическая основа исследования: изучены концепции А. Бандуры, R.Lazarus, S. Folkman, Р.Л. Кричевского, Т.О. Гордеевой, К.М. Гайдар, И.М. Кондакова, М.И. Гайдара, М. Шеера, Дж. Маддукса, С.Р. Пантилеева, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, К.Г. Юнга и А. Адлера.

Методы исследования:

- теоретические: анализ литературы по проблеме феномена самоэффективности;
- эмпирические: методика Дембо-Рубинштейн, опросник САМОАЛ А. Маслоу.

База исследования: муниципальное автономное образовательное учреждение высшего образования Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования; респонденты – 44 студента факультета СПО, отделение «Сестринское дело».

По феномену самоэффективность изучены труды А. Бандуры, R.Lazarus, S. Folkman, Р.Л. Кричевского, Т.О. Гордеевой, К.М. Гайдара, С.Р. Пантилеева.

Первым ученым, сформулировавшим термин самоэффективности, был Альберт Бандура (1925-1988гг) — американский психолог, автор теории социального научения. Его определение самоэффективности (Self-efficacy) было следующим. Самоэффективность – это вера человека в успешность собственных действий в той или иной ситуации [1].

Практически все люди могут ставить перед собой цели и желать, чтобы эти цели были достигнуты. Тем не менее, многие так же осознают, что реализовать свои планы не так просто. Бандура и многие исследователи обнаружили, что данный феномен играет важную роль в том, как цели, желания и мотивы воплощаются в жизнь.

Согласно Бандуре, существует четыре главных ресурса самоэффективности (или фактора, влияющих на самоэффективность) [2]:

1) собственный опыт;

2) социальный опыт;

3) социальное убеждение;

4) эмоциональный подъем.

Самоэффективность постоянно меняется — на неё можно целенаправленно воздействовать. В связи с этим, развитие самоэффективности личности обеспечивается посредством формирования когнитивных умений строить свое поведение, приобретать косвенный опыт, пластично входить в поток, в состояние физического или эмоционального подъема, обеспечивающего успех.

Нами был проведен следующий эксперимент. Испытуемые были поделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Экспериментальной группе было позволено посещать практические занятия без обязательной медицинской формы (эксперимент проходил на базе медицинского института). Так же они имели право выбора интересных для них по содержанию практических занятий, тренингов. Контрольная группа студентов была обязана посещать практические занятия в медицинской форме. Она лишалась права выбора тем практических занятий. Эксперимент длился в течение 7 недель.

Для эмпирической части исследования нами применяются следующие методики: методика Дембо-Рубинштейн для оценивания уровня самооценки, опросник САМОАЛ А. Маслоу [3,5,6].

Базой для эмпирического исследования послужил МАОУ ВО КММИВСО (медицинский институт высшего сестринского образования). Респондентами явились студенты 2-го курса очной формы обучения, факультета СПО, отделения «Сестринское дело» в количестве 44 человек. Выборка студентов была случайной.

Концепция С.Р. Пантилеева отражает схожесть понятий самоэффективности и самоотношения. В структуру феномена самоотношения, по Пантилееву, включены две подсистемы: самооценку и эмоционально-ценностное отношение. Таким образом, изменение самооценки приводит к изменению самоотношения или другими словами самоэффективности [4]..

С помощью методики Дембо-Рубинштейн и теста САМОАЛ А. Маслоу были выявлены уровни самооценки респондентов. Результаты исследования показали, что самооценка контрольной группы в течение эксперимента снизилась на 12%, а самооценка экспериментальной группы возросла на 7%. А значит, самоэффективность экспериментальной группы возросла на фоне снижения самооценки в контрольной группе испытуемых.

Таким образом, используемый комплекс методик и приемов экспериментального исследования позволил предположить наличие дополнительного фактора, влияющего на самоэффективность личности. Результаты проведенного эксперимента подтвердили гипотезу о взаимосвязи влияния самооценки на самоэффективность. Так, пример снижения самооценки одного субъекта может повысить самоэффективность другого.

Литература

1. Бандура А. Теория социального научения / Bandura A. (1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. – 84. – P. 191–215.). — СПб. : Евразия, 2000. - 320 с.
2. Чаплин А.В. Взаимосвязь креативности и уровня успеваемости младших юношей и девушек. // Международный журнал экспериментального образования, 2015, №11, стр. 992-995.
3. Чаплин А.В. Влияние разгрузочно-диетической терапии на свойства внимания в период ранней взрослости. // Психология развития: научный, практический и прикладной аспекты. Материалы I научно-практической конференции студентов и магистрантов факультета психологии, г. Астрахань, 26 апреля 2013 г. Издательский дом «Астраханский университет», 2013, стр. 111-120.
4. Чаплин А.В. Избавление от болезней или путь к прозрению. – СПб.: издательство «Крылов», 2005. – 160 с.
5. Чаплин А.В. Ключи к счастливой жизни. Практические методы остановки сознания. М.: Амрита, 2012, 41с.
6. Чаплин А.В., Аверкина Т.О. Взаимосвязь темпераментальных особенностей личности и феномена выученной беспомощности. // Международный журнал экспериментального образования, 2015, №11, стр. 987-990.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Шкилева Е.Ю. , Ломоносова Г.Г.
МАОУ ВО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования
Краснодар, Россия

Актуальность. Социально-экономические реформы, происходящие в РФ, значительно повысили потребность общества в оказании высококвалифицированной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста [2,4, 6].

Возникла настоятельная необходимость в медицинских сестрах, не только владеющих современными методами ухода, соответствующими мировым стандартам, но также способной решать социально-психологические проблемы больного человека. В связи с этим коренным образом изменяются требования к содержанию подготовки медсестер, а также возникает настоятельная необходимость пересмотра взглядов на характер их деятельности. При этом все большее внимание уделяется психолого-педагогическим аспектам в их работе [1,3,5].

Цель исследования. Поэтому целью настоящей работы явился анализ психологических потребностей терапевтических больных пожилого и старческого возраста и разработка морально-психологических требований к среднему медицинскому персоналу.

Результаты исследования. Для реализации поставленной цели проведено анкетирование и динамическое наблюдение 296 больных (215 мужчин и 81 женщина), находившихся на стационарном лечении в четырех терапевтических отделениях ГУЗ «Краснодарский краевой госпиталь для ветеранов войн» в 2011-2013 гг. Возраст больных колебался от 35 до 88 лет (средний возраст 68±3,6 лет). Краевой госпиталь для инвалидов и ветеранов войн является специфическим лечебным учреждением, где преобладают лица пожилого и старческого возраста. Для таких больных характерна полиморбидность – у каждого из них в среднем имеется 4-5 хронических заболеваний. Еще одной серьезной проблемой является изменение психологического и психосоматического статуса лиц старших возрастов. Многие пациенты страдают от психосоматических заболеваний, включая стресс, депрессию и дезадаптацию.

Анализ собственных наблюдений позволил выявить следующие наиболее типичные психологические проблемы пожилых пациентов, с которыми сталкиваются медсестры при работе с ними: дефицит знаний больного о своем заболевании, о рациональном питании и схеме приема препаратов, о здоровом образе жизни (62%); страх, тревога, беспокойство об исходе заболевания (38%); страх смерти (26%); дефицит общения и семейной поддержки (32%); отсутствие полноценного досуга (22%); недоверие к медперсоналу (31%%); отказ от приема лекарств или проведения манипуляций (3%); нарушение представления о своем внешнем облике (78%); неэффективная адаптация семьи к факту наличия заболевания у ее члена; конфликтные ситуации в семье, усугубляющие состояние здоровья пациента (18%); чувство вины и стыда перед близкими из-за своего заболевания; мнительность (12%); сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях; уход в болезнь (42%); удрученность, неверие в выздоровление (38%); безразличие к своему здоровью (9%).

Можно видеть, что многообразие психологических потребностей пожилого человека, связанных с состоянием его здоровья и многочисленными болезнями, формирует сложный комплекс необходимых сестринскому персоналу знаний и умений. Медицинская сестра должна обладать широким диапазоном знаний в области биологии старения человека, знать особенности ухода за больными пожилого возраста, быть знакомой с его психологией, знать его место в социальной среде. Становится очевидным, что работа медсестер не может рассматриваться лишь как механическое выполнение манипуляций. Большое значение имеют психологические аспекты их деятельности, поскольку конечной целью ухода должно быть не только физическое здоровье больного, но и его психическая уравновешенность.

Следует отметить, что умение определить стиль своего поведения и подход к пациенту, развеять гнетущие его мысли – это драгоценные качества медсестры. И

дело не только в профессиональном умении, но и в общечеловеческих качествах, в возможности понять переживания пациента и желании ему помочь. От того, насколько внимательно медсестра относится к пациенту, как налаживается первый контакт между ними, в значительной степени зависит психологический настрой пациента, а также улучшение его физического состояния. Каждый человек – это уникальная личность. И медсестра не должна это забывать.

К каждому пациенту необходимо найти индивидуальный подход. При этом нужно помнить и об этических моментах в общении. В этих обстоятельствах медсестра должна выступать в роли психолога и педагога. Учитывая индивидуальные особенности пациента и его семьи, необходимо поддержать его, помочь адаптироваться к своему состоянию, чаще беседовать с пациентом, создать благоприятную дружескую атмосферу в отделении, разнообразить досуг (например, предложить чтение книг и журналов в библиотеке госпиталя, просмотр телепередач и т.д.), обучить больного и членов его семьи навыкам ухода за ним.

Анализ медицинской психолого-педагогической литературы, а также данные собственных социологических исследований показал, что наиболее значимыми личностными качествами медсестер являются:

1) Моральные: сострадание, доброжелательность, чуткость, скромность, милосердие, терпение, трудолюбие, принципиальность, честность, умение выслушать.

2) Личностно-психологические качества: эмоциональная зрелость, включающая в себя ответственность за свои поступки, открытость, терпимость к другим, требовательность к себе, энергичность.

3) Эстетические: аккуратность, опрятность, чистота, отсутствие вульгарности.

4) Интеллектуальные способности: профессиональные знания, эрудированность, наблюдательность, логичность мышления, стремление к самосовершенствованию.

5) Профессиональные знания и умения: квалифицированное владение всеми необходимыми навыками проведения лечебных и диагностических процедур, многофункциональная подготовка, умение обучить пациента навыкам ухода за собой.

6) Общий уровень культуры: разностороннее развитие личности.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что в настоящее время практическому здравоохранению настоятельно необходима медицинская сестра, которая является не только хорошим исполнителем профессиональных обязанностей, но и обладающая высокими морально-психологическими, нравственными качествами, высоким уровнем культуры, умением общаться с людьми в любых обстоятельствах, используя знания по психологии и педагогике.

Литература:

1. Белялова М.А. Теоретические аспекты профессионализма менеджера в организации эффективной командной деятельности // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 4, С. 45-46.
2. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Курс лекций по сестринскому делу в гериатрии. - Краснодар, 2012. – 160 с.
3. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. 2014. - 128 с.
4. Лазебник Л.Б. // Старение. Профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо. 2014. 320 с.
5. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы // Принята на III Всероссийском съезде средних медицинских работников. Екатеринбург. 2009. 22 с.
6. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 921-925.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ТЕРРОРИСТА

Юрьев В.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В большинстве случаев террористы — это молодые люди в возрасте около 20-25 лет, получившие воспитание в патриархальной и весьма религиозной культуре. Типичные социальные чувства — скорбь и горе, в сочетании с ущемленной национальной гордостью. Чаще всего для террористов характерны искаженные представления об «историческом обидчике» и потребность в мести. Эти представления, скорее всего, дополняются актуальной психической травмой, связанной с фактами гибели родных и близких, нередко — на глазах у будущего террориста[1].

В индивидуальной истории, как правило, присутствует раннее лишение родителей, а также тяжелая юность, и сопровождавшаяся многочисленными утратами (дома, близких, имущества, социального и материального статуса) [3].

Отсутствие эмоциональных связей в детстве обычно компенсируется в их идеологическом или религиозном варианте, в частности, в фанатической преданности лидерам или идеям, утопическим мечтам о совершенном мире [1].

Характерные мировоззренческие составляющие и предпосылки, свойственные людям, совершающим теракты:

- стирание границ между реальностью и мечтой;
- наивность и размытость моральных ограничений;
- смешанность границ добра и зла;
- ненависть к реальному или мифологическому противнику и готовностью к самопожертвованию;
- наличие идей типа: «уничтожь, или уничтожат тебя»;
- ограниченная способность понимать и принимать доводы тех, кто думает иначе;
- утрата рациональности в сфере представлений о доступных и недоступных целях и идеалах; при этом, если цель недоступна, ей может стать тотальная ориентация на разрушение всего, что препятствует достижению цели[1].

Террорист выступает как бездушная «разрушительная машина», лишенная сложных моральных и этических проблем. В литературе имеются психологические описания трех наиболее ярких вариантов такой «машины» – террористов с так называемыми синдромами: «Зомби», «Рембо» и «Камикадзе» .

1. «Синдром Зомби» проявляется в постоянной естественной сверхбоеготовности, активной враждебности по отношению к реальному или виртуальному врагу, устремленности на сложные боевые действия. Это «синдром бойца». Такие люди постоянно живут в условиях войны, они всячески избегают ситуаций мира и покоя, блестяще владеют оружием.
2. «Синдром Рембо» выражается в невротической структуре личности,раздираемой конфликтом между стремлением к острым ощущениям и переживаниями тревоги, вины, стыда, отвращения за свое участие в них. Для подобных людей характерно осознание добровольно возложенной на себя «миссии» спасения мира, мысль о благородных альтруистических обязанностях, позволяющих реализовать агрессивные стремления. Это «синдром миссионера».
3. «Синдром камикадзе-шахэда» свойствен террористам-смертникам, уничтожающим себя вместе со своими жертвами в ходе террористического акта. К основным психологическим характеристикам таких людей относится экстремальная готовность к самопожертвованию. Террорист – «камикадзе» счастлив возможности отдать свою жизнь и унести на тот свет с собой как можно больше врагов. Для этого он должен как минимум преодолеть страх собственной смерти.

Многочисленные свидетельства говорят, что террористы боятся не самой смерти, а связанных с нею обстоятельств: ранений, беспомощности, вероятности попадания в руки милиции, пыток, издевательств. Вот почему террористы скорее готовы к самоубийству, чем к самосохранению. Поскольку реально они присваивают себе право распоряжаться чужими жизнями (жизнями своих жертв), то право распоряжаться собственной жизнью подразумевается автоматически [2].

В культуре общества, откуда пополняются ряды террористов, их смерть считается героической и благородной жертвой,

подвигом, и практически всегда вызывает одобрение и поддержку, которые проецируются на семью и весь род террориста. Это не значит, что семьи поощряют или не испытывают чувства горя, но и семьи, и сами террористы знают, что, вместе со скорбью и болью утраты, будут присутствовать принятие жертвы, понимание, одобрение и даже гордость. Такая смерть считается не самоубийством, а мученичеством, при котором конкретный человек навсегда сливается с историей общества или нации, с его прошлым, настоящим и будущим [1].

Страны, наиболее пострадавшие от терроризма в 1994—2004 годах Место в

рейтинге Страна Число погибших в терактах на территории страны в 1994—2004 годах Число погибших в терактах (на 1 млн. жителей страны):

США	3238
Россия	2111
Индия	1928
Израиль	1274
Колумбия	1135
Ирак	1122
Алжир	869
Пакистан	783
Уганда	471
Шри-Ланка	409

За последние 10 лет количество террористических атак выросло на 25%.

В силу выше изложенного, террорист практически не поддается рациональному разубеждению. Ему неведом страх и раскаяние в содеянном. Попытка изобразить террориста как психически больного не верна по сути и никуда не ведет. Столь же неверны представления о террористе, как примитивном малообразованном человеке. В заключение нужно добавить, что к каждому террористу нужен индивидуальный подход.

Литература

1. Решетников М.М. Психологический портрет террориста// Доклад на форуме «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора». Санкт-Петербург, 23–25 мая 2004 г.
2. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. - Питер, 2002г.

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ямпольская Г.П., Мельник Е.Г.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

В последние годы всё более актуальным становится вопрос повышения качества жизни больных с хронической почечной недостаточности (ХПН), которое зависит не только от соблюдения пациентом общепринятых правил жизни, но и от успешности проводимых процедур гемодиализа, а также от квалификации медицинского персонала и наличия современной аппаратуры.

В основе деятельности медицинских сестер НЦ «Нефрос» лежат разделы, которые должны подлежать контролю и оценке в виду их приоритетной значимости и влияния на качество лечебно-диагностического процесса: подготовка больного к постановке диализного доступа, уходе за доступом, обучению пациента правилам жизни с ним, осуществление процедуры гемодиализа, а также обеспечение санитарно-эпидемиологического режима [1].

Цель: оценить качество работы среднего медицинского персонала отделения гемодиализа в уходе за нефрологическими больными.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» и его филиалов, находящихся в Краснодарском крае, в течение 2015 года методом анкетирования и ретроспективного анализа архивного материала (стационарных карт больных). В анкете для медицинских сестер содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» в том числе, было выяснено, что может повлиять на качество их работы, а также что они делают для повышения своего профессионализма. В анкете для пациентов по балльной системе: от 0 (крайне негативная оценка) до 5 (позитивная оценка) выяснялось их мнение по различным аспектам работы сестринского персонала [2].

Результат исследования показал, что в НЦ «Нефрос» трудились медицинские

сестры всех возрастов, без существенных различий по возрастным группам, p>0,05. В когорте обследуемых не выявлено лиц старше 60 лет. Большинство (38%) медсестер имели общий медицинский стаж 1-5 лет и стаж работы в данном ЛПУ 6-10 лет (50,52%). Преобладали респонденты, имеющие вторую квалификационную категорию (38%) и те, у кого нет категории (49%). Среди 95 медицинских сестер отделения преобладали работники диализного профиля (71%) (p<0,05); медсестер хирургического и перитонеального профиля было по14%. Основные документы, регламентирующие работу медицинских сестер НЦ «Нефрос» были приказы министерства здравоохранения.

Большинство (66%) средних медицинских сестер за смену диализируют от 9 до 12 пациентов отделения за 3 смены (p<0,05), а 19 % - работают с чрезмерной нагрузкой, обслуживая 13-20 человек. Такое положение дел объясняется, с одной стороны, тем, что штат недоукомплектован, с другой стороны, сестринский персонал, стремясь получить больше денежных выплат, увеличивает интенсивность своего труда, расширяет зону обслуживания за счёт свободных ставок в отделении.

Вне отделения, сестринский персонал в рабочее время проводит в среднем 46,6 минут в день, занимаясь уборкой диализного зала и утилизацией использованных систем, диализаторов. Обращает внимание и то, что уборка помещений и утилизация мусора отнимает большое количество рабочего времени - в среднем 1час 29 мин. в день. На выполнение перевязок уходит 50-70% рабочего времени. Большинство (57%) респондентов тратят на подготовку аппарата 2,5-3 часа (p<0,05), что соответствует норме (среднее значение – 2,58 часа). В группе перитонеальных медсестер, большинство (71%) (p<0,05) на обучение пациента тратит более 90 минут в день, что связано с необходимостью обучить их правильности проведения процедуры, умения соблюдать стерильность, умения самостоятельно проводить «слив» и «залив» для дальнейшего своевременного осуществления процедуры в домашних условиях самостоятельно. К частой помощью врача при работе с сосудистым доступом прибегает лишь 3% респондентов; 24% - только при работе с «молодым» сосудом и большинство (73%) пользуются собственным опытом и выполняют манипуляцию самостоятельно (p<0,05).

Большинство медсестер решая вопрос о самообразовании ограничиваются посещением ежеквартальных конференциях (43%) и интернетом (44 %), только 12% читают статьи и научные работы.

В гемодиализе нуждались преимущественно мужчины (59%) старше 45 лет с самой частой причиной ХБП - хронический пиелонефрит (30,1%) и гломерулонефрит (29,6%), мнение которых учитывалось при оценки качества работы среднего медицинского персонала ДЦ «Нефрос». Большинство (61%) пациентов, имеющих такое серьезное заболевание продолжают трудиться (p<0,05).

В целом, работой медицинских сестер удовлетворены 99% пациентов. Большинство отметили отличное владение мед. сестер манипуляцией - пункции сосудов фистульной иглой (63%), аппаратом «искусственная почка» (86%) и поставили наивысший бал (p<0,05). Интегральный балл (оценка общей удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи) составил 4,72, что свидетельствует о хорошей организации работы среднего медицинского персонала отделения.

Важным показателем качества работы среднего медицинского персонала в уходе за больными нефрологического профиля отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» является показатель эффективности гемодиализа - KT\V, который составил за изучаемый период 1,33±0,08 и соответствует требованиям NCDS и других исследований (Kt/V у всех больных не ниже 1,4) [1].

Выводы: 1. В ДЦ «Нефрос» работают медицинские сестры активного трудоспособного возраста - до 35 лет (78%), имеющие преимущественно 2-ю квалификационную категорию (48%), получающие информацию по профессии пассивно: из интернета (44%) и посещая ежеквартальные конференции (43%).

Показатель качества проведенного гемодиализа средним медицинским персоналом ДЦ «Нефрос» Kt/V у 99% больных соответствует среднему показателю - 1,33±0,08 (норма не ниже 1,) p<0,05

Пациенты отделения гемодиализа НЦ «Нефрос» работу среднего медицинского персонала по уходу оценили на 4,72 балла

(интегральный балл 0,8), что свидетельствует, об их удовлетворенности и высоком качестве работы сотрудников.

Литература:

1. Ермоленко В.М., Шутов Е.В. и др. Исследование качества жизни больных на лечении программным гемодиализом и перитонеальным диализом // Лечащий врач. – 2011. – №1. – С.57–60.
2. Железняк Е.С., Вишняков Н.И. и др. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице// Здравоохранение РФ. 2008.-Ks5.- С. 39-41.

ДЛЯ ЗАМЕТОК