

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Материалы
Всероссийской конференции студентов и молодых специалистов
с международным участием

**РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ**

Рязань, 2016

УДК 61:378
ББК 74.58
Р311

Ответственные редакторы: **P.E. Калинина**, д.м.н., проф., ректор
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России;
Н.И. Литвинова, к.м.н., директор ОГБПОУ
«Рязанский медицинский колледж»,
гл. внештатный специалист
по управлению сестринской деятельностью
Рязанской области

Технический редактор: **E.B. Засоркина**, начальник РИО УМУ

Р311 Реализация непрерывного профессионального образования как основа повышения качества подготовки медицинских кадров: материалы Всероссийской конференции студентов и молодых специалистов с международным участием / ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 280 с.

ISBN 978-5-8423-0153-9

Материалы Всероссийской конференции студентов и молодых специалистов с международным участием отражают актуальные проблемы развития системы непрерывного профессионального образования специалистов системы здравоохранения.

УДК 61:378(071)
ББК 74.58

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

А.Д. Авдеева

Студентка 3 курс, факультет ВСО

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

медицинская сестра – анестезист отделения анестезиологии и реанимации
с палатами реанимации и интенсивной терапии филиала № 6

ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ

Научный руководитель: к.м.н. С.Н. Котляров
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

В настоящее время в решении задач по обеспечению доступности и повышению качества медицинской помощи населению весомая роль принадлежит среднему медицинскому персоналу[1, с. 12]. Однако практически отсутствуют рекомендации по дифференцированию нагрузки на сестринский персонал; не выведены на новый уровень стандарты профессиональной деятельности; не решена проблема восстановления эмоционального состояния сестринского персонала, что требует углубленного изучения этих проблем, а принимаемые по этим вопросам решения – научного обоснования.

Медсестры – анестезисты должны не только обладать высоким професионализмом, но и проявлять высокую моральную ответственность [2]. Высокая психологическая нагрузка приводит к эмоциональному выгоранию, которое является механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия [3]. К основным признакам эмоционального выгорания относят переутомление, усталость, нарушение сна, ухудшение общего самочувствия, скучность эмоций, приступы агрессии, снижение социальной активности [3].

От сестринской службы во многом зависит, как соблюдаются права пациента, которые определены в ч. 5 ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ [4]. Высокая степень эмоционального выгорания часто приводит к недостаточному вниманию правам пациентов, что отрицательно сказывается на качестве лечебно-диагностических мероприятий.

Отделение анестезиологии и реанимации филиала № 6 ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ осуществляет мероприятия по восстановлению и поддержанию функций жизненно важных органов и систем, оказывает экстренное и плановое анестезиологическое пособие при оперативных вмешательствах и уход за тяжелобольными. Статистический анализ работы отделения представлен в таблице 1.

Согласно штатному расписанию, вышеуказанное отделение рассчитано на 30 человек – штат полностью укомплектован, большую его часть составляют медицинские сестры – анестезисты (20 сотрудников). Анализ структуры сестринского персонала отделения свидетельствует о том, что

Таблица 1

*Структура летальных исходов больных, умерших
в палате реанимации терапевтического профиля*

Содержание	2013	2014	2015
Умерших, всего:	15	17	19
в том числе:			
- ИБС, инфаркты миокарда	15	7	7
- острая сердечная недостаточность	4	2	4
- ОНМК (геморрагический инсульт, инфаркт мозга)	4	6	2
ППН	1	-	5
- онкозаболевания	1	2	1

большая часть медсестер – анестезистов (98%) имеет высшую квалификационную категорию, а также большой профессиональный опыт, что дает положительные результаты при лечении пациентов.

В тоже время значительный стаж работы медицинских сестер – анестезистов (рис. 1) в сложных условиях отделения негативно сказывается на их нервно – психическом состоянии.

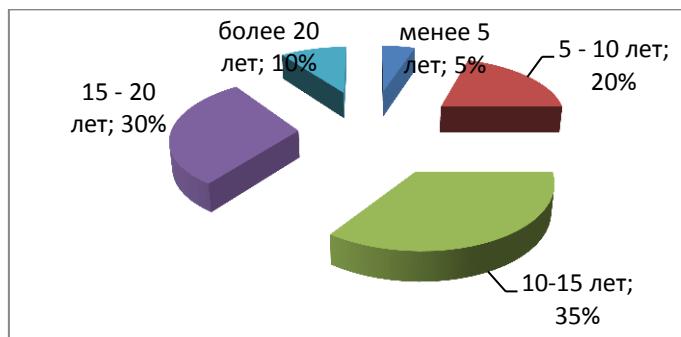


Рис. 1. Стаж работы медсестер в отделении анестезиологии – реанимации

Для проверки гипотезы о том, что медицинские сестры – анестезисты в большей степени, чем сестринский персонал других отделений подвержены синдрому эмоционального выгорания было проведено исследование, в котором приняли участие медсестры – анестезисты отделения анестезиологии и реанимации и такое же количество медицинских сестер из отделения терапии. Для диагностики была использована адаптированная методика К. Маслача и С. Джексона – опросник на выгорание (MBI).

Сравнительный анализ результатов исследования степени эмоционального выгорания медицинских сестер – анестезистов и медсестер терапевтического отделения позволил установить, что у первых высокая степень эмоционального выгорания (у 75% от всех медицинских сестер отделения), в то время как низкая степень эмоционального выгорания не обнаружена вовсе (в терапии отмечена у 20% медсестер). Кроме того, наблюда-

ется прямая корреляция между стажем работы в отделении и выраженностю степени эмоционального выгорания.

С целью выяснения влияет ли степень эмоционального выгорания медицинских сестер на качество медицинской помощи было проведено исследование удовлетворенности деятельностью медицинских сестер пациентов отделений анестезиологии – реанимации и терапии, по результатам которого было установлено, что пациенты отделения анестезиологии – реанимации менее удовлетворены качеством медицинской помощи, чем пациенты терапии. Особенно ярко выражена неудовлетворенность пациентов анестезиологии – реанимации отчужденным отношением к ним со стороны сестринского персонала.

Поскольку в опросе участвовали примерно равные категории пациентов по социально-демографическому составу, то полученную разницу в результатах удовлетворенности сестринской помощью представляется возможным связать с особенностями эмоционального состояния медицинских сестер разных отделений – высокая степень эмоционального выгорания приводит к тому, что медсестры – анестезисты становятся раздражительны, нетерпеливы по отношению к пациентам, что оказывается на низкой степени удовлетворенности пациентов сестринской помощью.

Литература

1. Булаева Е.В. Сестринское дело. – М.: АСТ, 2012. – 146 с.
2. Дорошин М.Р., Курбаш В.Г. Сестринское дело в анестезиологии и реанимации. – М.: Академия, 2010.
3. Вараева Н.В. Программа профилактики эмоционального выгорания специалиста. – М.: АСТ, 2012.
4. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. – М.: Медпресс информ, 2014.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

A.B. Агафонова

Старшая медсестра терапевтического отделения
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1», г. Рязань

Проблема профилактики послеоперационных осложнений, в связи с увеличением количества больных, сохраняет свою актуальность и имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение.

Частота послеоперационных осложнений пропорциональна объему хирургических вмешательств и варьируется в большом диапазоне (6-20%), что связано с особенностями их учета [1].

Послеоперационными осложнениями следует считать вновь возникшие патологические состояния, не являющиеся продолжением основного заболевания и нехарактерные для нормального течения послеоперационного периода [2].

Цель исследования: улучшение качества медицинской помощи, оказываемой хирургическим больным, путем снижения частоты послеоперационных осложнений.

Задачи исследования:

1. Изучить основные виды, динамику и причины возникновения послеоперационных осложнений.
2. Изучить частоту возникновения послеоперационных вентральных грыж, как осложнение позднего послеоперационного периода.
3. Выявить причины возникновения послеоперационных вентральных грыж у больных ургентной хирургии.
4. Оценить влияние элементов ухода на прогноз развития послеоперационных вентральных грыж.
5. Разработать критерии ухода за больными после лапаротомии с целью профилактики послеоперационных вентральных грыж.

Методы исследования: анализ истории болезни; изучение специализированной медицинской литературы, анализ статистических данных, обработка данных методом опроса больных, тестирование медсестер.

Послеоперационный период – это время с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или её стойкой утраты (инвалидности) [3].

Методом изучения и теоретического анализа литературных источников, были определены общие принципы послеоперационной профилактики:

- 1) системная борьба с госпитальной инфекцией;
- 2) сокращение сроков дооперационного и послеоперационного пребывания;
- 3) подготовка в плане усиления специфической и неспецифической сопротивляемости, алиментарного статуса;
- 4) профилактическое применение антибиотиков до и после операций;
- 5) качественный шовный материал;
- 6) профессиональная образованность хирургов;
- 7) ранняя диагностика и максимально полное обследование – каждый больной с болями в животе должен быть осмотрен хирургом;
- 8) своевременное выявление и хирургическая санация, адекватное терапевтическое лечение – хорошая государственная социальная политика;
- 9) участие в послеоперационном лечении оперирующего хирурга;
- 10) своевременное купирование послеоперационных реакций;
- 11) единообразные схемы операционных действий и послеоперационного ведения в стационаре (перевязки, диета, активизация);

12) разумная реализация концепции “активного ведения послеоперационного периода” (ранее вставание, ЛФК и ранее питание) [1, 4].

Так как за последние десятилетия отмечена четкая тенденция к увеличению числа больных с послеоперационной центральной грыжей, практическую часть нашей работы мы посвятили исследованию и анализу этого грозного осложнения. По статистике послеоперационная грыжа возникает у 5-18% больных, перенесших лапаротомию[2].

Проведенный нами анализ в хирургических отделениях Городской клинической больнице скорой помощи показал, что из 150 исследуемых больных, которым были проведены лапаротомии, у 27 пациентов образовались послеоперационные центральные грыжи, что составляет 18% от обследованных больных.

У исследуемой нами группы больных, факторами формирования послеоперационных центральных грыж оказались – избыточная масса тела (29,4%), функциональная недостаточность соединительной ткани (24,1%), воспалительные осложнения раны (17,2%), повышенное внутрибрюшное давление (15,5%), нарушение послеоперационного режима (13,8%).

По результатам статистического анализа, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания органов дыхания) достоверно не воздействовали на образование послеоперационных грыж, но все же было бы неправильно игнорировать эту группу факторов, осложняющих не только заживление раны, но в определенной степени, влияющих на течение всего послеоперационного периода.

Важную роль в профилактике послеоперационных центральных грыж играет средний медицинский персонал, который должен обладать высоким профессионализмом, компетентностью, практическими навыками.

Медсестрам хирургических отделений было предложено ответить на вопросы по их профилю. Проанализировав результаты теста, выяснили уровень знаний медицинских сестер в области профилактики послеоперационных осложнений, в частности ПОВГ. Оказалось правильных ответов 76,7% из 100%, что означает грамотность медицинских сестер хирургических отделений на хорошем уровне. Слабыми оказались знания по вопросам о причинах повышенного внутрибрюшного давления и признакам недифференцированной дисплазии соединительной ткани, на них смогли ответить только половина респондентов.

Уровень знаний и умений определяли по имеющимся квалификационным категориям: из 57 медсестер высшую категорию имеют -29(50,9%), первую – 8 (14%) медсестер, вторую – 2 (3,5%) медсестер, не имеют категории – 18 (31,6%) медсестер. Укомплектованность процедурными, палатными и перевязочными сестрами составляет – 96%.

Методом опроса пациентов в исследуемой группе, выяснили их мнение о послеоперационном уходе, осуществляемом медсестрами хирургиче-

ских отделений. Мнение пациентов оказалось неоднозначное, но все же положительных ответов оказалось больше (65,2%), нежели отрицательных (23%). Назначения лечащего врача выполнялись своевременно, послеоперационная диета соблюдалась. Однако жалобы пациента на состояние своего здоровья после операции, доходили до лечащего врача не совсем во время, что могло оказаться причиной послеоперационного осложнения.

Результаты анализа качества ухода за послеоперационными больными показал, что не только высокий профессионализм, грамотность играют роль в скорейшем выздоровлении больного, но и огромное значение имеют внимание, милосердие, доброжелательное отношение медсестры к больному.

С учетом проведенного анализа, мы разработали критерии ухода за больными с целью профилактики послеоперационных вентральных грыж:

1. На этапе предоперационного обследования больных с учетом анамнеза, клинических проявлений, данных дополнительных методов обследования необходимо выявлять категории больных с риском возникновения послеоперационных грыж.

2. В предоперационном периоде – лечение заболеваний, повышающих внутрибрюшное давление.

3. Раннее вставание больного в послеоперационном периоде способствует скорейшему восстановлению функций всего организма, предотвращает возникновение осложнений, что в конечном итоге приводит к скорейшему выздоровлению (необходимую активизацию больного медсестра проводит строго по назначению лечащего врача).

4. Для улучшения вентиляции и кровообращения в легких, нужно стараться придать больному полусидячее положение, обучить его дыхательной гимнастике и умению откашливаться без значительного напряжения мышц брюшного пресса.

5. Осуществлять уход с целью облегчения отхождения газов и улучшения перистальтики кишечника.

6. При задержке мочи принимать меры для опорожнения мочевого пузыря.

7. Наблюдение за послеоперационными ранами. Если повязка промокла кровью, гноем или другим отделяемым из раны, то об этом необходимо сообщить лечащему врачу и после его осмотра сменить повязку.

8. Соблюдение послеоперационной диеты (стол №0, №1)

9. Ношение бандажа (от 1 месяца до 1 года).

10. Ограничение физической нагрузки (подъем тяжести до 5 кг) (от 3 месяцев до 3 лет).

11. Диспансерное наблюдение послеоперационных больных после лапаротомии. При работе с этими пациентами, медицинская сестра должна объяснить им, что для профилактики послеоперационных вентральных грыж огромное значение имеют соблюдение диеты, применение физических упражнений, своевременное обследование, ношение бандажа, ограничение тяжелого труда и тяжелых физических нагрузок.

12. Диспансерное выявление и наблюдение за больными, у которых появилась послеоперационная грыжа, и своевременное направление на операцию, чтобы предупредить дальнейшее увеличение грыжи и различные осложнения.

Литература

1. Аничкин В., Сачек М., Мартынюк В. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии. Характеристика и методы лечения // LAP LAMBERT Academic Publishing. – 2014. – С. 252.
2. Гостищев В.К., Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н. и др. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 2011. – №5 – С. 56-60.
3. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике: учеб. пособие. – М.: Изд-я гр-па "ГЭОТАР-Медиа", 2010. – 192 с.
4. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т. Уход за хирургическими больными. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 288.

ОПЫТ РАБОТЫ ОГБПОУ «РЯЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» ПО АКТУАЛИЗАЦИИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ФГОС СПО С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ УТВЕРЖДЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА

Ю.А. Алимушкина

Руководитель ОНИО ОП

ОГБПОУ « Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В современном обществе актуальной проблемой профессионального образования медицинских работников является формирование у них конкурентоспособности, готовности реализовать сформированные компетенции в любой ситуации, требующей принятия быстрого и адекватного решения. При этом важное влияние на формирование результатов обучения имеет адаптация профессионального образования к запросам государства в целом и здравоохранения в частности с учетом актуальных и перспективных образовательных запросов потребителя.

В то же время современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение глубоких преобразований в сфере образовательной политики в системе непрерывного профессионального образования, которое должно обеспечить непрерывное обновление профессиональных знаний и умений, делая акцент на постоянстве процесса обучения в профессиональной сфере.

Содержание среднего профессионального образования по каждой профессии, специальности определяется образовательными программами среднего профессионального образования и должно обеспечивать получение квалификации.

Трудовые отношения в Российской Федерации регулируются с помощью Трудового Кодекса РФ (далее ТК РФ). Федеральным законом от 03.12.2012 № 236-ФЗ «О внесении изменений в трудовой кодекс Российской Федерации и статьей 1 Федерального закона "О техническом регулировании» глава 31 ТК РФ была дополнена статьей 195, в которой даны нормативные определения понятий «квалификация» и «профессиональный стандарт».

Практическое значение этих нововведений заключается в том, что у работодателя появились нормативные критерии для оценки квалификации работников. Данная система призвана заменить устаревшие квалификационные справочники.

«Квалификация» – "уровень знаний, умений, навыков и опыта работника, необходимых для осуществления им профессиональной деятельности". Профессиональный стандарт – документ, в котором определяются основные требования к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям работников по различным квалификационным уровням.

Постановлением Правительства РФ от 22.01.2013 №23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов», гл.III.25 отмечено, что профессиональные стандарты применяются:

- работодателями при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, разработке должностных инструкций, тарификации работ, присвоении тарифных разрядов работникам и установлении систем оплаты труда с учетом особенностей организации производства, труда и управления;

- образовательными организациями профессионального образования при разработке профессиональных образовательных программ; при разработке в установленном порядке федеральных государственных образовательных стандартов профессионального образования.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2014 г. № 487-р утвержден комплексный план мероприятий по разработке профессиональных стандартов, их независимой профессионально-общественной экспертизе и применению на 2014-2016 годы. Во исполнение данного плана: создан Национальный совет профессиональных квалификаций (далее НСПК) при Президенте Российской Федерации (п. 1), усовершенствована нормативная правовая база, регламентирующая разработку профессиональных стандартов и их применение, включая правила разработки, утверждения и применения ПС (п. 2), подготовлены методические рекомендации по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов(п.8) и др.

Представители нашего колледжа 15.12.2014 г. принимали участие в расширенном заседании рабочей группы по применению профессиональных стандартов в системе профессионального образования и обучения Национального совета при Президенте РФ по профессиональным квали-

фикациям, где были представляли материалы по актуализации ФГОС по специальности Социальная работа.

В ходе заседания отмечено, что перед работодателями и педагогическим сообществом стоит задача участия в подготовке комплекса мер в области среднего профессионального образования, направленного на внедрение самых современных стандартов, а также предстоит значительная работа как НСПК, так и СПК в области сопряжения профессиональных и образовательных стандартов, включая решение проблем уровневых несоответствий профессиональных стандартов и ФГОС.

Таким образом, введение новых профессиональных стандартов неизбежно влечет за собой изменение/корректировку стандартов подготовки обучающихся в профессиональных образовательных учреждениях и переподготовки в центрах повышения квалификации специалистов в сфере здравоохранения.

Применение профессиональных стандартов при разработке образовательных программ предусмотрено Правилами разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов (утверждены постановлением Правительства РФ от 22.01.2013 № 23. Официальные документы в образовании. – 2013. – № 5. – С. 7-12).

В январе текущего года принят профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал» (приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 2н, зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2016г. № 40993). В связи с этим возникла необходимость актуализации действующего ФГОС СПО по профессии 060501.01 «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» (утв. приказом МОН РФ от 02.08.2013г. № 694) с учетом принятого профессионального стандарта «Младший медицинский персонал».

Приказом директора в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» сформирована рабочая группа, которой проведена работа в соответствии с типовым алгоритмом актуализации ФГОС СПО методических рекомендаций действующих Федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального образования с учетом принимаемых профессиональных (утверждены приказом МОН РФ от 22 января 2015 года № ДЛ-1/05вн).

На основании проведенного анализа рабочей группой сделан вывод о необходимости внесения коррективов:

- в определение области и объектов профессиональной деятельности выпускника;
- в формулировку профессиональных компетенций,
- конкретизации, расширения и углубления знаний и умений, предусмотренных ФГОС, т.к. требования ФГОС по объему меньше требований профессионального стандарта.

Национальный совет при Президенте Российской Федерации по профессиональным квалификациям приступил к формированию инфра-

структурой организаций (начат сбор предложений от объединений работодателей, профессиональных сообществ), которые будут осуществлять экспертизу качества профессиональных образовательных программ, развивать систему сертификации. Поэтому проведенная ОГБПОУ СПО «Рязанский медицинский колледж» работа актуальна, востребована временем.

Литература

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (глава 2 ст. 11, глава 9 ст. 73, 74; глава 10 ст. 76).
2. Федеральный закон от 3 декабря 2012 г. № 236-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации (в части законодательного определения понятия профессионального стандарта, порядка его разработки и утверждения)».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов».
4. Распоряжение Правительства РФ от 31.03.2014 N 487-р "Об утверждении Комплексного плана мероприятий по разработке профессиональных стандартов, их независимой профессионально-общественной экспертизе и применению на 2014-2016 годы" (п.13, 15).
5. Приказ Минтруда России от 29.04.2013 N 170н "Об утверждении методических рекомендаций по разработке профессионального стандарта".
6. Приказ Минобрнауки России от 14 июня 2013 г. № 464 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования».
7. Приказ Минобрнауки России от 18 апреля 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения».
8. Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
9. Приказ Минобрнауки России от 29 октября 2013 г. № 1199 «Об утверждении перечня профессий и специальностей среднего профессионального образования».
10. Приказ Минобрнауки России от 2 июля 2013 г. № 513 «Об утверждении перечня профессий рабочих и должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
11. Приказ Минтруда России от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях разработки проектов профессиональных стандартов».
12. Приказ МОН РФ от 20.04.2015г № ДЛ – 11/06 вноб утверждении Методических рекомендаций по актуализации действующих ФГОС СПО с учетом принимаемых профессиональных стандартов.

13. Приказ МОН от 22 января 2015 года N ДЛ-1/05вн об утверждении Методических рекомендаций по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов.

ВОПРОСЫ НЕПРЕРЫВНОГО ЯЗЫКОВОГО ОБУЧЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ю.В. Анисимов

Студент гр. 1411, специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: преп. Е.Е. Осипова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

На современном этапе развития человеческого общества, глобализация экономик и взаимопроникновение культур стран и народов позволяют рассматривать непрерывное образование как один из ведущих показателей интеллектуального здоровья нации и необходимый компонент профессиональной компетенции специалиста любого уровня. Не обошли стороной эти процессы и нашу страну: так, наблюдается постепенный переход от традиционной, еще советской, формулы «качественное образование на всю жизнь» к универсальному девизу «образование в течение всей жизни» («Lifelong Learning»). Безусловно, ведущими факторами в данном процессе служат те сложные радикальные политico-экономические и Социокультурные изменения, произошедшие в нашем обществе на рубеже 80-90-х гг. прошлого века, а именно: крах социалистической системы и форсированный переход к рыночным способам хозяйствования. В современных условиях непрерывное образование работника, специалиста становится фактором, делающим его конкурентоспособным на рынке труда.

Одним из главных аспектов современного непрерывного образования является процесс языкового обучения, ибо в условиях стремительно расширяющегося международного общения, сотрудничества и обмена научным и культурным опытом увеличивается спрос на специалистов, практически владеющих иностранными языками.

Отличительными особенностями изучения любого языка являются не только необходимость затрачивания значительных интеллектуальных ресурсов, но именно его методичность и последовательность.

Главным мотивом для меня как студента медицинского колледжа в изучении иностранного языка является возможность более совершенного овладения специальностью, быть не стесненным в получении и понимании интересующих меня сведений, способности ориентироваться в профессиональном информационном потоке. Совершенное овладение иностранным языком представляется мне одной из необходимых предпосылок как в ста-

новлении специалиста-медика, так и в дальнейшем обучении с перспективой проведения научно-исследовательской деятельности.

Проводя комплексный анализ процесса обучения в рамках медицинского колледжа, могу смело заявить о том, что преподавательским составом созданы максимально благоприятные условия для непрерывного языкового обучения.

Процесс обучения начинается с входящего тестирования для определения уровня базовых знаний по основным языковым аспектам (включая говорение, аудиование; лексико-грамматические явления иностранного языка) с целью проверки сформированности лингвистических компетенций, повторения основного теоретического материала, с изучения и перевода адаптированных текстов, приобретения навыков построения элементарных фразеологических конструкций, навыков и понимания элементарной англоязычной речи на слух.

Происходит постепенное усложнение изучаемого материала: мы учимся использовать профессиональную терминологию и обороты, проводим деловые ролевые игры. По истечении первого и второго годов обучения проводятся предметные олимпиады, позволяющие выявить лучших студентов и стимулировать дальнейшее изучение иностранного языка. Подобный подход позволяет не только сформировать базовые языковые навыки у «слабых» студентов, но и дает возможность изучения языка на более углубленном уровне, а следовательно, в более полной мере реализовывать свои общие и профессиональные компетенции.

Уже на II-III курсе ведущим студентам предоставляется возможность принять участие в общероссийских и международных олимпиадах. Так, дипломами победителей I степени Международных грамматической и лексической олимпиад («Grammar Day-2014», «Watchword-2015») были удостоены двое студентов нашего колледжа, II степени – шесть и III степени – двое.

Проведенное исследование и личный опыт обучения позволяют сделать следующие рекомендации-пожелания:

1. в начале обучения желательно проводить дополнительное тестирование с целью формирования более однородных групп по уровню первичной языковой подготовки;

2. проводить дальнейшую работу по стимулированию интереса изучения иностранного языка путем формирования «духа состязательности» (организация дополнительных межколледжных олимпиад, а в перспективе и смешанных «колледж-вуз», конкурсов, круглых столов, конференций с участием носителей языка);

3. активизировать работу по изучению аутентичных профессионально направленных текстов со студентами мотивированными на углубленное изучение иностранного языка в рамках внеаудиторной работы.

Таким образом, говоря роли непрерывного иноязычного образования в реализации компетенций обучающихся по специальностям среднего ме-

дицинского образования, приходим к выводу, что оно не только является необходимым инструментом устойчивого интеллектуального развития и формирования личности студента, но и служит необходимым атрибутом профессиональной состоятельности будущего специалиста.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ НА ПЕРВИЧНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Ю.В. Анисимов

Студент гр. 1411, специальность «Лечебное дело»
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

На сегодняшний день серозные менингиты (далее СМ) продолжают оставаться одной из самых распространенных форм инфекционного поражения центральной нервной системы. В настоящее время частота встречаемости вирусных менингитов значительно превышает частоту встречаемости гнойных поражений мозговых оболочек(соответственно 10,9 и 3,0 на 100000 жителей). Среди многочисленных вирусных менингитов особое значение для медицинской практики имеет СМ энтеровирусной этиологии (80-90% всех случаев СМ), эпидемические подъемы заболеваемости которым наблюдаются в нашей стране в течение последних лет. Несмотря на преимущественно благоприятное течение, в ряде случаев это заболевание может протекать тяжело, приводить к летальным исходам и инвалидизации.

Таким образом, актуальность исследования проблематики СМ в деятельности фельдшера обусловлена вопросами ранней диагностики, своевременной госпитализации и эффективной профилактики.

Цель исследования: установить ведущие клинико-эпидемиологические аспекты заболеваемости СМ в Рязанской области для оптимизации профилактики и диагностики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 36 пациентов, проходивших лечение в инфекционном отделении ГБУ РО КБ им. Семашко с июля по сентябрь 2013 г.

В ходе проведения исследования нами получены следующие результаты. В период подъема заболеваемости территориями неблагополучия в эпидемиологическом отношении оказались Рязанский (25,4%) и Рыбновский (10,7%) районы, а также город Рязань (50,5%). Основными группами риска являются молодые люди в возрасте от 20 до 25 лет, преимущественно служащие (28,8%), учащиеся (21,5%) либо женщины, находящиеся в декретном отпуске (19,3%). Отличительной особенностью анализируемого явления является то, что 56% исследуемых больных были женщины. В эпидемиологическом анамнезе доминируют непосредственный контакт с

больными СМ(39,3%) либо ОРВИ (44,5%), в остальных случаях (16,2%) – употребление сырой воды, купание в водоеме. Главным каналом поступления больных является «скорая помощь» (67,5% случаев).

Установлено, что ведущими клиническими проявлениями являются головная боль (100%), лихорадка (как правило, субфебрильная 66,3%), диспепсические явления (69,7%), боль в глазах (41,6%), слабость (36,4%), катаральные явления (33,5%). Положительные менингеальные симптомы были выявлены у 64% больных. Наиболее информативными для диагностики исследуемого нейроинфекционного заболевания являются выраженность тетрады симптомов: головная боль, субфебрильная лихорадка, диспепсия, положительные менингеальные симптомы (Кернига); а также изменения в периферической крови, контактирующей со структурами нервной ткани (умеренный лейкоцитоз 31,9%).

На основании данного исследования особенностей заболеваемости населения СМ, в том числе энтеровирусной природы удалось выявить основные клинико-эпидемиологические тенденции данного процесса, что позволяет конкретизировать противоэпидемические, профилактические и диагностические мероприятия по данному заболеванию. Таким образом, для построения эффективной работы фельдшера на первичном этапе оказания медико-санитарной помощи представляется целесообразным практическое применение следующих рекомендаций:

1. Профилактические мероприятия следует активизировать в период подъема заболеваемости (летне-осенний);
2. Основной акцент мер профилактики должен быть сделан преимущественно в отношении молодых категорий граждан, ведущих активный образ жизни;
3. Следует воздержаться от купания в открытых водоемах, не предусмотренных для этих целей;
4. Исключить прием сырой воды из неизвестных источников;
5. При проведении диагностического поиска целесообразно ориентироваться на установленную тетраду симптомов СМ.

Литература

1. Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 779н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при серозном менингите средней степени тяжести». – М., 2012.
2. Богомолов Б.П. Диагностика вторичных и первичных менингитов / Б.П. Богомолов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 6. – С. 44-45.
3. Борисова Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология / Л.Б. Борисова, А.М. Смирнова. – М.: Медицина, 1994. – 528 с.
4. Неврология и нейрохирургия: учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова. – 2009. – Т. 1. – 624 с.

ОБЩЕНИЕ КАК СПОСОБ ВОСПИТАНИЯ

T.H. Ахтырских

Рыльский филиал

ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Рыльск

Формирование профессионального общения – основное условие развития личности медицинского работника. Этика деловой коммуникации, психология построения отношений в системе сестра-пациент, вопрос актуальный. Ответ на него многогранный и неоднозначный.

Интерес к проблеме общения уходит своими корнями в далекое прошлое. На протяжении столетий поколения наблюдали, анализировали и пытались объяснить процессы взаимодействия между людьми, их взаимоотношения. В 80-х годах XX века польский психолог Е. Мелибруда определил процесс общения как «социально-психологическое явление, вмещающее в себя все богатство многообразных форм жизнедеятельности человека и являющееся его насущной потребностью» [1].

Процесс общения занимает в жизни большинства людей много времени. Умение говорить, слушать, читать, писать – важнейшие способности, обеспечивающие совместную деятельность и позволяющие корректировать поведение людей.

Невозможно себе представить развитие человека, само существование индивида, как личности, его связь с обществом вне общения с другими людьми. Исторический опыт и повседневная практика говорят о том, что полная изоляция человека от общества приводит к полной утрате человеческой личности, ее социальных качеств и форм. Неопределенная притягательность общения для человека хорошо выражена в известном высказывании французского писателя А. де Сент-Экзюпери: «Единственная настоящая роскошь – это роскошь человеческого общения» [4].

Общение наших студентов, в большей степени, проходит в коллективе сокурсников. И здесь, направляемые умелым воспитателем, молодые люди имеют возможность занять активную жизненную позицию, высказывать свою точку зрения, иногда противоположную мнению большинства и отстаивать ее. В конечном итоге это должно привести к формированию таких ценных качеств как гражданственность, инициативность, гуманизм, ответственность. Проявляя социальную активность, каждый из студентов принимает для себя общение в коллективе, как арену для самовыражения и самоутверждения себя как личности. Благодаря педагогическому руководству коллективной деятельностью у студентов появляется возможность формировать в себе такие личностные характеристики как самооценка, самоуважение, т.е. утверждение себя как личности. Качества, необходимые всем для достижения взаимопонимания.

Казалось бы, что может быть проще? Улыбка, рукопожатие, одобриттельный кивок, приветственный жест. Но и на таком простейшем уровне

общения могут возникнуть непредвиденные и досадные недоразумения, если у студента нет элементарного представления о культуре общения – эта та часть поведения, которая выражается главным образом в речи, во взаимном обмене репликами, в беседе. Естественно, что существуют определенные правила ведения беседы, которые можно назвать этикетом речи. Молодые люди часто общаются, используя сленг. С деятельностью медицинского работника это мало гармонирует. Поэтому лучшим доводом говорить правильно может служить проведение исследовательской работы на заседаниях предметных кружков.

Члены кружка «Сестрички» подготовили и провели анкетирование студентов филиала. Основные вопросы отражали поведение людей в разных жизненных ситуациях, их реакцию на некорректное поведение собеседника.

Контингент обследуемых	Кол-во анкетируемых	Вопросы анкеты											
		1		2		3		4		5		6	
		да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
II курс	96	34	62	6	90	4	92	26	70	48	48	80	16
III курс	100	28	72	14	86	9	91	48	52	23	77	70	30
IV курс	95	18	77	35	60	2	93	71	24	32	63	45	40

В анкетировании участвовали студенты II, III, IV курсов, которые в зависимости от своей возрастной группы проявляют реакцию следующим образом:

- развитие речи способствует расширению коммуникативных возможностей;
- самооценка и самоутверждение зависит от индивидуальности студента и его интеллектуального уровня;
- возрастает умение избегать конфликтных ситуаций и приобретается понятие об автономии личности;
- на II курсе студенты активно налаживают связи в социуме, стремясь утвердить собственное «я» и определить референтную группу, к IV курсу стремятся к общению в ней;
- толерантность студентов возрастает к IV курсу.

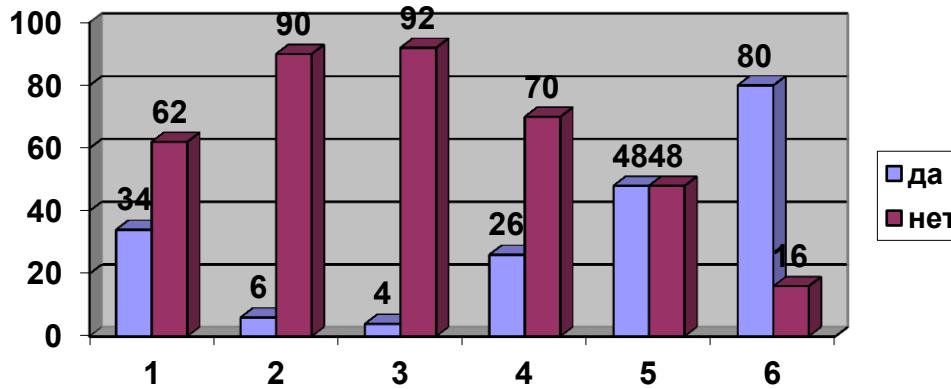
Проанализировав реакцию студентов на заданные вопросы, касающиеся общения молодых людей, даны рекомендации:

- принимать любую речь и отдавать слушанию предпочтение перед любым действием (быть сдержаным в словах и поступках);
- не наносить ущерб слушающему нежелательным и вредным ему содержанием речи.

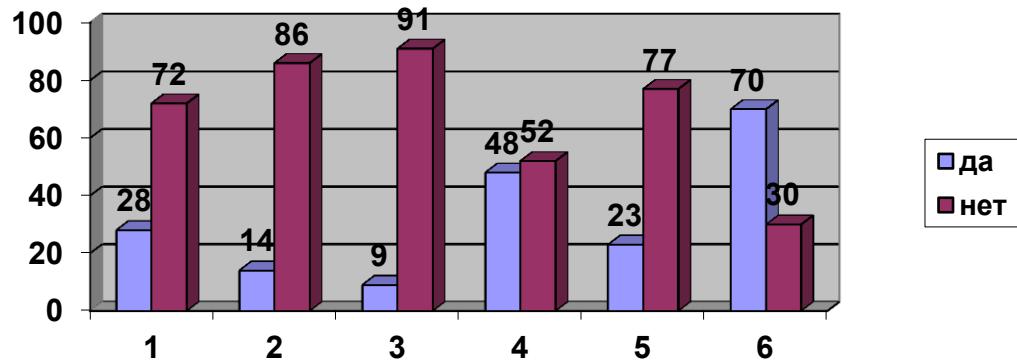
Сила слова беспредельна, особенно доброго слова.

Иштван Харди в книге «Врач, сестра, больной» писал: «Нежность, ласковость, терпение и вежливость – вот качества, которые должны быть присущи медицинскому работнику». Поэтому, в своей работе я способствую формированию у студентов возможность взглянуть на себя со сторо-

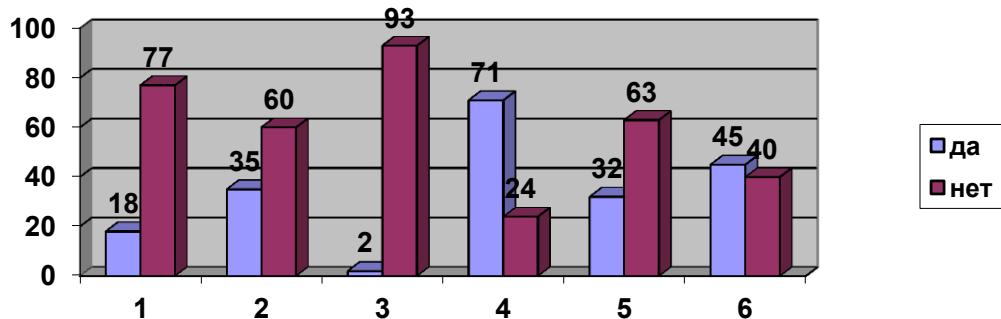
II курс



III курс



IV курс



ны, т.е. провести самооценку и делать это систематически. Указывая на важность данного качества (самооценки), Н.Г. Чернышевский писал: «Кто не изучал человека в самом себе, никогда не достигнет глубокого знания людей». А это так необходимо в профессиональной деятельности фельдшеру и медицинской сестре [2].

От курса к курсу студенты становятся взрослее и кажется вопрос о поведении воспитанного человека должен уйти на второй план. Однако это не всегда так. Общество, в котором многие ценности утрачивают силу, является отрицательным примером поведения для многих людей, не являются исключением и наши подопечные.

Педагогические коллективы учреждений СПО г. Рыльска проводят совместные мероприятия со студентами, требующими проявления интеллектуальной, творческой и нравственной целостности личности. Такая форма общения расширяет круг знакомых, учит уважать мнение других, если в нем есть рациональное зерно. Молодые люди отрицательно реагируют на несправедливость, не агрессивной реакцией, а умным изречением. Странятся быть, иногда казаться, воспитанными людьми. Но возраст, и, присущая ему веселость, не должны рассматриваться со стороны взрослых, как отсутствие воспитания, неумения вести себя прилично в обществе. Реакция взрослых, преподавателей, воспитателей должна быть адекватной времени, месту и цели общения.

От Ренессанса к Просвещению перешла великая мысль о том, что человек есть творческое существо, способное изменить мир и создать самого себя. Не мало зависит и от нас каким будет молодое поколение, и в каком мире жить нам и нашим детям. Будем надеяться на то, что наши совместные усилия не напрасны. И из теперешних студентов получатся хорошие специалисты и не менее хорошие люди.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М., 2007.
2. Морозов А.В. Социальная психология / А.В. Морозов. – М.: Академический проект, 2003.
3. Островская И.В. Основы сестринского дела / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОГиАР-Медиа, 2008.
4. Полянцева О.И. Психология / О.И. Полянцева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА

И.В. Баженова

Студентка гр. 6311, специальность «Сестринское дело»

Научный руководитель: преп. А.И. Аблицов

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Неуклонный рост инвалидизации населения, смертности от неинфекционных заболеваний, в том числе от инфаркта миокарда, делают проблему ухода за пациентом наиболее актуальной и острой. Это особенно важно в связи с изменением привычного качества и образа жизни пациента на фоне перенесенного заболевания, высоким риском развития вторичных осложнений, полиморбидных явлений, особенно у пожилых пациентов. Медицинская сестра принимает активное участие в медицинской и социальной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда. Корректные дей-

ствия и профессионализм медсестры помогают сохранить и повысить качество жизни пациента, способствуют его скорейшему выздоровлению и возвращению к полноценной жизни.

Основной целью сестринского реабилитационного ухода за пациентами являются:

- сохранение и улучшение качества жизни пациента,
- его трудовая и социальная адаптация после перенесенного заболевания.

Задачи реабилитационного ухода включают:

- информирование пациента о симптомах заболевания,
- преодоление им вредных привычек и формирование здорового образа жизни,
- организация физической активности и рационального питания,
- формирование поведенческих навыков по контролю за заболеванием (навык мониторинга своего состояния),
- побуждение пациентов к социальной активности,
- выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях,
- изменение установок и ценностных ориентаций.

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, предусматривает участие медицинской сестры в уходе за больным от момента выписки из стационара и до возможно полного физиологического и психологического восстановления. Цель данного этапа – как можно быстрее вернуть пациента к полноценной жизни и профессиональной деятельности. Длительность этого периода не ограничена и направлена на поддержание физического и психического благополучия пациента.

С пациентом должна быть проведена беседа о категорическом исключении алкоголя и запрете курения, важности соблюдения рекомендаций по правильному питанию и физической активности, приему лекарственных препаратов, соблюдению режима дня. Пациенту объясняется необходимость своевременного прохождения необходимых обследований и диспансерного наблюдения.

Медицинская сестра в рамках своей компетенции проводит обучение навыкам здорового образа жизни (регулирование режима труда и отдыха, диеты), осуществляет коррекцию факторов риска (курения, избыточной массы тела, гиперлипидемии, артериальной гипертензии). Медсестра проводит беседу с родственниками об оказании больному психологической поддержки, знакомит их с профилактическими и лечебными мероприятиями, правилами оказания первой помощи.

Реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе характеризуется тем, что ей подлежит наиболее сложный контингент пациентов, которые требуют от медицинского персонала особых навыков и знаний.

Должность медицинской сестры многогранна. От организации, творческого подхода, реализации намеченных планов и задач, чуткого и вниматель-

ного отношения к пациенту прямо зависит результативность реабилитационных мер. Внедрение в практику работы медицинских учреждений новых сестринских технологий, реабилитационных программ способно обеспечить дальнейший рост и развитие сестринского дела как науки, оказать действенное влияние на качество медицинской помощи, поднять значимость и престиж профессии в системе здравоохранения, что соответствует целям реабилитации и учитывает специфику данного направления медицины.

ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ

Г.В. Бажина, М.С. Кызыюрова, В.Д. Поздеева, Е.Н. Черемисинова

Научный руководитель: доц. И.А. Частоедова

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Исследования, проведенные в Университете Восточного Лондона, расположенному в Англии («Frontiers in Human Neuroscience»), показали, что у людей, которые выпивают три стакана воды (примерно 775 мл) перед прохождением сложных тестов, производительность и результат выше, чем у тех, кто воду не пил. Ученые предположили, что чувство жажды может отвлекать внимание мозга от решения поставленных задач, тем самым замедляя время реакции.

Сигналы, подаваемые о нехватке воды очень похожи на сигналы о голодае, поэтому их легко спутать и вместо воды человек начинает употреблять пищу [1]. Специалисты из Иллинойского университета в Урбан-Шампейне («Regnum», 2016 г.) изучили ежедневный рацион питания 18 тысяч человек. Результаты проведенных исследований позволили им прийти к выводу о том, что питьевая вода сокращает потребность организма человека в жирах, соли и сахаре.

Часто люди вместо воды употребляют чай, кофе, алкоголь и другие напитки, которые содержат обезвоживающие вещества, а они, в свою очередь, освобождают организм не только от той воды, в которой они растворены, но и от той, которая составляет резерв организма [2].

Недостаточное потребление воды нарушает нормальную жизнедеятельность организма: появляется усталость и снижается работоспособность, страдают процессы пищеварения и усвоения пищи, замедляется течение многих биохимических реакций, нарушается процесс кроветворения, увеличивается вязкость крови, что создает условия для образования тромбов. Обезвоживание негативно влияет на все важнейшие функции организма, ослабляя его и делая уязвимым для болезней [3].

Цель исследования: оценить особенности питьевого режима студентов и его влияние на здоровье и самочувствие.

Задачи исследования:

- 1) провести оценку питьевого режима студентов;
- 2) оценить взаимосвязь между питьевым режимом и самочувствием.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 65 студентов Кировской государственной медицинской академии об особенностях питьевого режима и его воздействии на состояние здоровья.

У 8 студентов была проведена оценка эмоционального состояния с помощью шкалы дифференциальных эмоций К. Изарда, самочувствия, активности и настроения (опросник САН) исходно и после месяца соблюдения определенного водного режима.

Результаты исследования: по результатам анкетирования мы выяснили, что у большинства опрошенных (52,3 %) недостаточное потребление воды: причем у 9,2% опрошенных в объеме до 1 литра, а у 43,1% – от 1 до 2 литров. Из этого количества чистая питьевая вода занимает у большинства опрошенных (66,2%) менее 1 литра в сутки. Во время еды в качестве питья большинство (66,2%) предпочитают чай и кофе, 36,9% – соки и компоты, 44,6% – чистую воду и 4,6% газированную воду. Около 26,2% употребляют воду до еды, 32,3% во время и 41,5% после еды. На вопрос как чувствуют себя опрашиваемые, если долгое время не употребляли воду, 50,5% ответило, что удовлетворительно, у 32,3% появляются слабость, сонливость, а у 9,2% – тошнота и головные боли. Сопоставив субъективную оценку самочувствия и здоровья с объемом потребления воды мы определили, что лишь 27%, студентов с объемом потребления воды до 0,5л в день считают себя здоровыми, тогда как при объеме потребления воды более 1,5 литров – 86%. Чаще всего (64,1% опрошенных) для питья используют фильтрованную воду, 53,1% опрошенных обрабатывает воду путем кипячения, 45,3% покупают бутилированную воду, 10,9% используют минерализованную воду, 18,8% из скважины и 9,4% не обрабатывают.

После проведения анкетирования была сформирована группа добровольцев из 8 человек (6 девушек, 2 юношей), которые в течение месяца соблюдали определенный водный режим. Тройм в этой группе с исходно высоким уровнем потребления воды (примерно 2 литра) был предложен режим с исключением чистой воды для питья. Через месяц соблюдения безводного режима было проведено повторное анкетирование. Участники этой группы отмечали усталость, сонливость, пессимистичное настроение, неуверенность в себе. Пятеро добровольцев в ежедневный рацион включили большое количество воды (не менее 1,5 литров в сутки) и исключили из рациона обезвоживающие напитки (чай, кофе, газированная вода). Через месяц все опрошенные этой группы чувствовали себя отдохнувшими, повысились физическая активность, работоспособность, улучшилось самочувствие.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что существует взаимосвязь между объемом потребления воды и субъективными показателями самочувствия.

Литература

1. Назаров А.А. Как замедлить старение и с чего начинаются болезни / А.А. Назаров. – М.: Открытое решение, 2009.
2. Батмангхелидж Ф. Ваше тело просит воды / Ф. Батмангхелидж. – Минск: Белорусский дом печати, 2009.
3. Грищенко О. О питьевой воде и других напитках / О. Грищенко // Партнер. – 2009. – №11. – С. 146.

РОЛЬ ИГРОВОГО ПРОЦЕССА В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

A.H. Баринова

Студентка гр. 6311, специальность «Сестринское дело»

Руководитель: преп. А.Л. Шумова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Актуальность темы обусловлена в первую очередь тем, что личность ребенка раскрывается более спонтанно именно в игре, благодаря тому, что в процессе игровой деятельности снимается напряжение, дети ведут себя более легко, раскованно, лучше усваивают материал, ведь основой успешного управления сахарным диабетом у детей являются хорошо организованные условия и своевременная поддержка родителей на всех этапах обучения. Как показывает практика, дети и их родители могут получить необходимую информацию о заболевании в дружеской, игровой и спокойной атмосфере. За счет этого ребенок и его родители чувствуют себя наиболее уютно, могут задавать вопросы и активно участвовать в обучении, увеличивается объем и охват материала, глубина понимания, на формирование понятий, умений, навыков тратится меньше времени.

Цель работы: выделить приоритеты игровых процессов обучения пациентов детского возраста с сахарным диабетом для их дальнейшей оптимизации.

1. Формы организации игрового обучения

Эффективность любой программы обучения может быть обеспечена только при ее правильной организации.

Занятия в игровой форме подразделяются на:

- основные (содержат познавательный теоретический материал в сочетании с практическими заданиями),

- практические (предполагают тренинг поведения в конкретных ситуациях, необходимого для развития навыков ребенка),

- дополнительные (проводятся в форме факультатива, на которых дается дополнительная информация, закрепляются навыки, повторяется изученное).

Главной целью применения методов игровых технологий — это развитие у пациентов детского возраста устойчивого познавательного интереса через разнообразные игровые формы обучения.

Основные задачи:

1. Способствовать прочному усвоению детьми:

- природы заболевания,
- необходимости лечения и профилактики рецидивов,
- необходимости постоянного контроля сахара крови,
- необходимости соблюдения принципов лечебной диеты и правильного питания,
- необходимости правильного распределения физических нагрузок при СД.

2. Способствовать практическому применению умений и навыков, полученных в процессе обучения:

- ведение «Дневник больного СД»,
- техника введения инсулина; места инъекции,
- меры при появлении признаков гипергликемии и кетоацидоза.

Формы игровых занятий:

1) Настольная Игра «Продуктовый магазин» – знакомит детей, страдающих сахарным диабетом, с продуктами, которые они могут покупать и употреблять в пищу

2) Игровая сюжетная сценка «Как сделать укол инсулина» – формирует знания детей о правильном введении инсулина и местах постановки, о том, что их необходимо периодически менять.

3) Деловая игра «Как измерить сахар крови?» – совершенствует знания детей о кол-ве сахара крови в норме, позволяет овладеть умением пользоваться шприц-ручкой, глюкометром, тест-полосками.

4) Игра-головоломка «Ключевое слово» – расширяет знания детей о заболевании, учит выделять приоритет.

Так же применяются такие игровые формы как:

Сказко-терапия – с помощью сказки ребенку легче усвоить материал о строении органов и их функциях, особенно это касается детей младшего школьного возраста, сказка раскрывает духовный потенциал личности. Сказка мягко влияет на поведение ребенка.

Арт-терапия – изобразительная деятельность не только развивает зрительную и механическую память, но и используется как средство самовыражения. Рисование, в частности, снижает внутреннее сопротивление, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание

Терапия танцем – инсценировка исторических событий с положительным влиянием музыки на ребенка

2. Применение современных игровых технологий

В настоящее время широко применяется внедрение достижений научно-технического прогресса в различные области теоретической и

практической медицины. Одним из таких достижений является Игровое приложение «Супер Я». Целью этого проекта является создание сообщества сознательных родителей и детей вокруг темы СД1, обмен информацией, опытом, взаимопомощь и поддержка. Раздел для ребенка содержит два режима: «Еда» и «Тренировка», оформлен в стиле игры, сопровождается звуками, анимацией и «модерируется» Героем, который помогает и подбадривает ребенка. Режим содержит меню из 220 привычных продуктов. Для каждого из продуктов указано содержание ХЕ, но не в граммах, а в удобной для ребенка единице измерения (столовых ложках, “размером с ладошку”, горсть, штука). Это позволяет приучить ребенка «измерять» количество ХЕ в предложенной порции. А дружелюбные герои, полезная информация и несложный интерфейс делают это приложение доступным для понимания всем детям, которые уже научились читать.

Судя по многочисленным работам, отмечаются положительные результаты: отмечено снижение гликозилированного гемоглобина у детей, прошедших успешное обучение до 10,86% (Кондратьева Е.И., Кравец Е.Б., Самойлова Ю.Г., 2003). Снижается частота кетоацидозов в 5-6 раз у пациентов, прошедших обучение (Двойнишникова О.М., Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., 2003). Значительно снижается процент госпитализаций по поводу декомпенсаций и осложнений диабета, более чем на 50%, уменьшается количество гипогликемий и связанных с ними госпитализаций в стационаре в 2,5% после обучения в школе «Диабет» (Черепанова С.В., Иванова С.Н., Рогалев А.А., 2001). В работе R. Rubin в 1989 году отмечено улучшение эмоционального фона (уменьшение тревоги, депрессии).

3. Роль медицинской сестры в организации игрового процесса обучения

Роль медицинской сестры при организации игрового процесса обучения детей страдающих сахарным диабетом очень важна, от уровня организации зависит дальнейшее самочувствие ребенка. При правильно организованном обучении ребенок и его родители должны знать все о заболевании и его лечении, овладели навыками проведения инсулинотерапии и методов самоконтроля в домашних условиях, организации режима и питания своего ребенка.

При обучении детей особенно необходим правильный квалифицированный подход, хорошая организации труда, энтузиазма и обязательности. Его проведение можно организовать несколькими способами, но без заинтересованности и желания все они будут неэффективны.

Сестре необходимо наладить тесное взаимодействие, как с ребенком, так и с его родителями, именно коллективный подход к проблеме играет главную роль в обучении пациентов детского возраста. Главная ее цель в том, чтобы помочь детям в доступной для них игровой форме перевести теоретические знания в практические навыки, составляющие индивидуально подобранный план.

Выводы: результаты, полученные в ходе данного исследования роли игрового процесса в обучении детей с СД на этапе реабилитации подтверждают что пациентов детского возраста больных сахарным диабетом. необходимость дальнейшего развития, а так же разработку и внедрение новых дифференцированных игровых программ, что обеспечит большую мотивацию детей к обучению и самоконтролю и позволит ребенку наиболее успешно усваивать полученные знания по данному заболеванию.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

E.V. Бобина, О.А. Литвинова

Рыльский филиал

ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Рыльск

Этические принципы являются очень важными в профессиональной деятельности медицинских работников. Им посвящён целый раздел медицины – деонтология. Современная деонтология базируется на принципах исполнения обязанностей и честности медика, его автономии, не причинения вреда пациентам, благодеяния и справедливости, коллегиальности при выстраивании отношений в профессиональном коллективе [1].

Медицинская сестра, как никто другой, особенно тесно и непосредственно общается с больными. Поэтому неудивительно, что психологическая атмосфера в палате, настроение больного, эффективность лечения и исход заболевания во многом зависят от её работы. Человеку, потерявшему здоровье, трудно примериться с малейшими проявлениями равнодушия. И больной с чувством радости встречает знаки внимания к себе, проявляющихся в словах, поведении и действиях медицинского работника. И где бы не работала медицинская сестра, её поведение должно соответствовать биоэтическим и деонтологическим требованиям [2].

В этой связи вопросы этики и деонтологии выступают обязательным компонентом при обучении студентов медицинского профиля.

При проведении практических занятий по ПМ.04 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра. Решение проблем пациента путем сестринского ухода» мы широко используем практикоориентированные задания различного уровня сложности, ролевые игры, требующие соблюдения этических правил, проявления гуманности, сострадания. Подготовка и разыгрывание ролевых ситуаций с включением выполнения манипуляций, использования мастерства общения, элементов этико-деонтологических аспектов, дает возможность освоить дидактические единицы на третьем (проблемном) уровне, формировать общие и профессиональные компетенции, выявлять и решать проблемы обучающихся, возни-

кающие при общении с пациентами. Студенты учатся, как помочь пациенту в состоянии «страха», горя, агрессии, боли.

Практическое обучение предполагает использование такого метода как демонстрация пациентов. При этом возникают вопросы: как осуществлять показ крайне тяжело больных, осмотр молодых женщин или людей весьма почтенного возраста, ставить диагноз при больном? К сожалению, нет такого пособия, где молодой преподаватель – клиницист мог бы найти ответы на подобные вопросы, чтобы не допустить промахов, ошибок.

До сих пор молодые преподаватели осуществляют все медицинские манипуляции по образцу более опытных педагогов, руководствуясь известными деонтологическими принципами и собственными соображениями. По нашему мнению, студенты должны видеть всех больных разной патологии, вплоть до тяжело больных. Но очень важно, как идет демонстрация пациентов.

Мы считаем, что в подготовке практического занятия с демонстрацией пациента необходимо выделить несколько моментов. Прежде всего, необходимо подготовить студентов к такой встрече. Принципы сестринской этики, деонтологические мотивы следует учесть. Уважение, сочувствие, доброта, подбадривающая улыбка и доброжелательность – вот те ключи, которыми надо запастись студентам перед встречей с больными. К учебному занятию следует подготовить и больного. Дело это не из легких и требует деликатности, такта и умения. Взять пациента на занятие без предупреждения – значит нанести ему эмоциональную травму, что в некоторых случаях может ухудшить его самочувствие.

Полагаем, что будет лучше, если преподаватель предварительно расскажет больным в палате о студентах, о тех трудностях, с которыми они сталкиваются при изучении медицины. Характеризуя студентов, преподаватель должен подчеркнуть, какие они стеснительные, как стремятся научиться многому, как любят свою будущую профессию. Следует попросить пациента помочь преподавателю в проведении практического занятия. Если больной отказывается присутствовать на занятиях, ни в коем случае не следует настаивать.

При обследовании пациента, студент может допустить различные ошибки при измерении артериального давления, наблюдении за пульсом, дыханием. Стоит ли поправлять его в присутствии пациента? Мы считаем, что необходимо поправлять. Но ни в коем случае не унижая его достоинства. Не беда, если больной видит промах студента. В данном случае преподаватель, благодарит больного за участие в проведении занятия, должен обязательно отметить, что без пациента будущие медики не научились бы видеть свои ошибки.

На учебной практике студенты учатся общаться с пациентами с обязательным соблюдением этико-деонтологических принципов. Наиболее значимым считаем самостоятельное общение студента с пациентом при сборе субъективной и объективной информации.

Нами со студентами второго курса отделения сестринское дело был проведен опрос пациентов, находящихся на длительном стационарном лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ «Рыльская ЦРБ». Опрошено было 32 человека, в результате выявлено, что 85% больных высказали положительные отзывы о работе студентов, 10% отметили неуверенность в общении студентов с пациентами и 5% опрошенных затруднялись ответить.

О чём говорят такие результаты? Стоит начать с того, что недостаточно сильна практическая подготовка студентов. Это связано с тем, что опрос пациентов проводился в самом начале учебной практики, и опыта в общении с пациентами у студентов недостаточно. Также необходимо отметить и индивидуальные, личностные качества каждого студента, которые, также необходимо учитывать. Естественно итог опроса мы проанализировали вместе со студентами, была поставлена задача устранить недочеты в работе.

К моменту окончания учебной практики мы повторили опрос пациентов в том же количестве. Результаты были следующими: 95% опрошенных пациентов были довольны общением со студентами, 5 % пациентов отметили неуверенность в общении студентов.

Анализируя полученные данные, мы делаем вывод, что нам предстоит дальнейшая работа со студентами по преодолению данных недочетов.

В своей деятельности мы уделяем серьезное внимание воспитанию студентов в духе современных требований гуманизма, и уверены, что тщательное соблюдение принципов этики и деонтологии при преподавании учебных дисциплин и модулей профессионального цикла играет важную роль в подготовке высококвалифицированного специалиста в соответствии с требованиями ФГОС.

Литература

1. Иванюшкин А.Я. Биомедицинская этика / А.Я. Иванюшкин. – М.: КМК, 2010. – 272 с.
2. Сунич Е.С. Щелков С.А., Третьяк С.В. Врач – пациент – родственник: этика взаимопонимания // Биоэтика. – 2012. – Т. 2, № 10. – С. 37-44.
3. Ясеновая В.В. Правовое и морально-этическое в поведении врача / В.В. Ясеновая // Вестник Московского университета МВД России. – 2010. – № 4. – С. 1

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОСТАВА

Э.И. Богородская

Педагог-психолог

МБОУ «Школа №3 «Центр развития образования», г. Рязань

Синдром эмоционального выгорания – это реакция организма на длительный стресс, проявляющийся истощением, эмоциональными и пси-

хосоматическими расстройствами, вследствие профессиональной деятельности. Одним из проявлений синдрома выгорания может быть эмоциональное ограждение, холодность, равнодушие в ответ на психологическое травмирующее воздействие [2].

Причинами возникновения синдрома являются нездоровые условия труда: повышенная нагрузка, постоянная необходимость быть «включенным» в рабочую деятельность, повышенный контроль и ответственность, нарушение режима труда и отдыха. Накопление психологической «усталости» происходит по мере увеличения стажа, возраста и нагрузки человека.

Проявлениями синдрома выгорания являются перепады и снижение настроения, тревожность, поведенческие срывы, неспособность получать от профессиональной и личной жизни удовольствие.

Причины развития синдрома

Профессия педагога, неразрывно связана с необходимостью общения, с большим количеством контактов. Неблагоприятными условиями этой профессии является необходимость быстро и адекватно реагировать на переживания других людей, оказывать эмоциональную поддержку, проявлять эмпатию.

К неблагоприятным условиям труда, повышающим риск возникновения синдрома выгорания относятся:

- работа, не представляющая интерес для человека, который её выполняет;
- монотонность и однообразие работы;
- отсутствие возможности применения творческого потенциала человека;
- рабочие условия, требующие немедленного реагирования адекватными действиями;
- низкий уровень поддержки и высокий уровень критичности коллег;
- запрет на инновации и творческое самовыражение, носящий чаще всего административный характер;
- стремление сохранить свои профессиональные секреты и боязнь быть разоблаченным.

Эти факторы способствуют повышению истощаемости нервной системы, снижают адаптационные ресурсы организма, приводят к раздражительности, напряженности, конфликтности.

Фазы и симптомы

У синдрома эмоционального выгорания выделяют три основные фазы: напряжения, резистенции, истощения.

- Наиболее легкая фаза напряжения проявляется такими симптомами, как появление тревожности, неудовлетворенности собой, ощущение «загнанности в клетку». Человек долго и мучительно переживает травмирующие ситуации.

- В фазе резистентности у человека возможно возникновение нейтрального эмоционального реагирования, режима «экономии» эмоций, попытки сужения профессиональных обязанностей.

- Наиболее тяжелая фаза истощения характеризуется эмоциональным дефицитом и отстраненностью, холодностью, равнодушием, психосоматическими и вегетативными нарушениями.

Кто подвержен эмоциональному выгоранию

Существуют личностные факторы, предрасполагающие к возникновению синдрома эмоционального выгорания:

- повышенная восприимчивость, внушаемость, чувствительность, ранимость к чужим переживаниям, эмоциональность;
- самокритичность, неуверенность, низкая самооценка, застенчивость;
- повышенная тревожность, мнительность;
- повышенная ответственность, самоконтроль, стремление к справедливости;
- склонность фиксироваться на негативных переживаниях;
- эмоциональная неустойчивость, импульсивность, нетерпеливость.

Семейные конфликты, материальные сложности снижают психологическую устойчивость, гибкость, способность разрешения профессиональных проблем. Особенно неблагоприятны ситуации развода, распада семьи, смерть родственника, ситуации потери имущества, алкогольная или игровая зависимость близкого человека [1].

Последствия

В перспективе синдром выгорания может перерасти в профессиональную непригодность, способствовать возникновению тревожных, фобических и других эмоциональных расстройств.

Последствия синдрома негативно сказываются на внутрисемейных отношениях в виде конфликтов, напряженности, враждебности, игнорирования, равнодушия. Синдром выгорания повышает риск возникновения зависимостей, депрессивных и суицидальных тенденций.

Методы лечения и профилактики

В борьбе с синдромом эмоционального выгорания используются методы первичной психопрофилактики. Задачами профилактической работы являются:

- изучение психологических особенностей психологом сотрудников, описание профилей их личностей для выявления сильных сторон, ресурсов, творческого потенциала;
- изучение психологического климата в коллективе с учетом корпоративных целей, задач и возможностей сотрудников;
- возможность эстетического оформления рабочих мест сотрудников;
- возможность чередовать разные виды работ;
- проведение индивидуальной корректирующей психологической работы с целью повышения личного потенциала сотрудников, профилактики переутомления, поиска индивидуальных средств борьбы со стрессом;

- проведение тренингов и семинаров, целью которых является обучение грамотным способам взаимодействия, разрешения конфликтов, повышению стрессоустойчивости и сплоченности коллектива;
- проведение бесед, затрагивающих актуальные проблемы в коллективе, возможности их разрешения, совместный поиск компромиссных решений, корпоративных игр;
- проведение и организация корпоративных праздников, выездных мероприятий, спартакиад [3].

Атмосфера в коллективе влияет на самочувствие, настроение, активность, психологическое состояние сотрудников. Изучение групповых процессов, происходящих в коллективе, способно предоставить информацию о том, как грамотно и эффективно распределить обязанности, повысить работоспособность каждого сотрудника и предотвратить синдром эмоционального выгорания.

Литература

1. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. – СПб.: «Речь», 2014. – 272 с.
2. Долгова В.И., Напимеров А.А., Латюшин, Я.В. Формирование эмоциональной устойчивости личности. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцина, 2009. – 167 с.
3. Семенова Е.М. Тренинг эмоциональной устойчивости педагога. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2012. – 224 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

B.C. Болдушевская

Студентка 3 курс, 1 гр. факультета ВСО (бакалавриат)
Республика коми, г. Усинск

Болезни органов дыхания в настоящее время являются актуальной клинической, и социальной проблемой из-за резких изменений экологии. Поступающие в атмосферу оксиды углерода, серы, азота, углеводороды, соединения свинца, пыль оказывают различное токсическое воздействие на организм человека. Именно потому сейчас стоит очень остро проблема «окружающая среда и здоровье человека» [1].

Функционирование организма здорового человека всегда находится в соответствии с внешними условиями. Заболевания органов дыхания в условиях Крайнего Севера возникают в более раннем возрасте и протекают более тяжело, и перерастают в хронические заболевания легких [2].

Специфичность питания, так же является одним из факторов Крайнего Севера, имеющим прогностическое значение в отношении формирования

уровня заболеваемости: малое потребление витаминов, свежих овощей и фруктов, много консервированной пищи. Следует выделить проблему питьевой воды, которая характеризуется низкой минерализацией, что способствует развитию дефицитных состояний и приводит к изменениям в обмене веществ.

Показано, что в условиях Крайнего Севера имеет место дефицит водорастворимых витаминов: в крови снижается содержание витамина С, витамина В1, витамина В2, витамина В6, витамина РР, есть данные и о снижении содержания в крови витаминов А, Д, Е [5].

Для того, чтобы организм мог успешно адаптироваться к условиям Крайнего Севера, должны соблюдаться два условия: первое – он должен обладать соответствующими данными от рождения, принадлежать к определенному типу, способность выдерживать нагрузки длительное время (годы); второе – профилактика хронических заболеваний органов дыхания. Одним из важнейших направлений работы медицинской сестры является профилактика заболеваний, в развитии которых большое значение имеют неблагоприятные факторы окружающей среды и низкая мотивация людей к оздоровлению [6].

Медицинская сестра почти 30 % рабочего времени отводит на профилактические мероприятия и гигиеническое воспитание население [3]. Поэтому в условиях Крайнего Севера огромную роль играет профилактика направленная на предупреждение заболеваний и вторичная профилактика хронических заболеваний легких.

Профилактика болезней органов дыхания – это основополагающий принцип, который может остановить распространение хронических заболеваний органов дыхания. Эффективная вторичная профилактика хронических болезней органов дыхания включает в себя и меры первичной профилактики, что свидетельствует о единстве профилактической деятельности в области охраны здоровья. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация, как комплексный метод раннего выявления заболеваний и последующего динамического наблюдения пациентов с проведением направленного лечения, рационального последовательного оздоровления, предупреждение рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений, предотвращение инвалидности и развития тяжелых форм заболевания, при которых трудоспособность либо утрачивается, либо существенно ограничивается.

Для того, чтобы диспансеризация была качественной и эффективной, необходимо:

- активно выявлять больных на ранних стадиях заболевания;
- активно вести динамическое наблюдение за ними;
- проводить профилактические и лечебные мероприятия для возобновления здоровья;
- изучать окружающую среду, производственные и бытовые условия и способствовать их улучшению;

- систематически повышать квалификацию врачей;
- вовлекать в проведение диспансерных мероприятий администрацию производств, профсоюзы, общественность [4].

Таким образом, роль медицинской сестры играет решающее значение в эффективной вторичной профилактики хронических заболеваний которой является диспансеризация, как комплексный метод раннего выявления заболеваний и последующего динамического наблюдения пациентов с проведением направленного лечения, и проведение населению информационно-просветительской работы, направленной на предупреждение заболеваний и сохранение здоровья.

Литература

1. Антонов Н.С. Хронические обструктивные заболевания легких: распространенность, лечение и профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / НИИ Пульмонологии МЗ Российской Федерации. – М., 2002.
2. Актуальные проблемы экологической физиологии человека на Севере: тез. докл. – Сыктывкар, 2001.
3. Общественное здоровье и общественное медсестринство / под ред. Е.Я. Склярова, В.И. Пироговой. – Киев: Здоровье, 2000.
4. Приказ МЗ РФ от 03.02.2015 г. №36 ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». – М., 2015.
5. Российский статистический ежегодник / под ред. В.Л. Соколина. – офиц. изд. – 2007.
6. Человек на Севере: демография, здоровье, экология / Рос. Акад. наук; Коми науч. центр УрО РАН; М.П. Рошевский и др. – Сыктывкар.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С.А. Бордущко¹, Е.В. Дубинина², И.Ф. Лотарева²

Студент 3 курс, специальность «Сестринское дело» (1),
преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Духовно-нравственное воспитание личности – это сложный и многосторонний процесс, включающий педагогические, социальные и духовные влияния. Спецификой его особенностью следует считать то, что он длительен и непрерывен, а результаты его отсрочены во времени.

Все люди, посвятившие свои жизни служению медицине, должны не только уметь излечивать недуги пациентов, но и соблюдать правила медицинской этики и деонтологии[2]. Что же означают эти понятия?

Медицинская этика – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников. Самый главный принцип восходит к временам Гиппократа. Не навреди, гласит он, ведь неправильная диагностика, лечение и поведение врача, а также представителей среднего и младшего медицинского персонала могут привести к физическим и душевным страданиям пациентов.

Деонтология является частью медицинской этики, она означает не только соблюдение профессионального долга перед пациентом и обществом, но и профессиональное поведение самого медицинского работника [1].

Педагогический коллектив нашего колледжа стремится воспитывать нас не только специалистов для конкретной профессиональной деятельности, которые должны быть конкурентоспособными, компетентными, творчески мыслящими, свободно владеющими своей профессией, современными информационными и коммуникационными технологиями, но и духовно-нравственных, ответственных, добродорядочных граждан.

Особое внимание на всех занятиях уделяется вопросу духовно-нравственного воспитания студентов. Именно по работе медицинской сестры пациенты судят о медицине в целом. Медсестра чаще, чем врач, контактирует с пациентом. Поэтому медсестра должна обладать такими качествами, как заботливость, самоотверженность, понимание, терпение и милосердие. Но любовь к избранной профессии, гуманное отношение к человеку не приходят сами собой.

С первых занятий обучения студентов нашего медицинского колледжа обучают основным элементам сестринского дела.

Профессиональный модуль «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» включает как теоретические, так и практические занятия. На лекциях будущие медицинские сестры знакомятся с историей развития сестринского дела, с правами пациентов и медицинской сестры, с принципами и правилами биоэтики, этическим кодексом медицинских сестер России. На практических занятиях студенты осваивают ценности и нормы профессиональной этики, отрабатывают практические манипуляции на фантомах, решают ситуационные задачи с элементами проблемности и разбором конкретных профессиональных ситуаций.

На практических занятиях, мы не только осуществляем уход за больными, выполняем практические манипуляции, которые способствуют формированию профессиональных компетенций, но и стараемся заботиться о душевном здоровье пациентов. А также выпускаем памятки, буклеты, листовки, санитарные бюллетени, участвуем различных аудиторных и внеаудиторных мероприятий, в субботниках по уборке территории.

Во время учебной и производственной практики студенты нашего колледжа, будущие медики, выполняют манипуляции, демонстрируя не только профессионализм, но и внимательность, вежливость, милосердие.

В колледже проводятся ежегодные, внеклассные мероприятия, приуроченные ко Дню матери, Всемирному Дню медицинской сестры, недели ЦМК ПЦ. Проводятся праздники чествования ветеранов, пожилых людей, акции и проекты по здоровому образу жизни. Студенты активно участвуют в исследовательской деятельности по вопросам медицинской этики и деонтологии, общению и обучению в сестринском деле.

В лечебно-профилактических учреждениях города и области существует острая проблема дефицита крови и ее компонентов. Наши студенты активно участвуют в проведении Дня Донора, а также сами становятся донорами.

Студенты-волонтеры нашего колледжа проводят активную работу по вопросам пропаганды здорового образа жизни не только в колледже, но и в других учебных заведениях города.

Хочется отметить, что преподаватели нашего колледжа являются для нас студентов личностью, с мнением которых все они, как правило, считаются и дорожат им. Если педагог в своем поведении в колледже, на учебных занятиях, вне занятий, в своих отношениях со студентами и другими людьми создает для нас нравственный образец, то он тем самым осуществляет нравственное воспитание своих студентов.

Таким образом, образовательная и воспитательная деятельность в нашем колледже направлена на воспитание нравственных качеств личности, формирование профессиональных компетенций, и развитие духовности как неотъемлемой части профессионального облика медицинского работника. Выход из духовного кризиса, в котором находится современная медицина, возможен лишь в результате личных усилий преподавателей и студентов.

Медицинскому работнику должны быть присущи такие качества, как сострадание, доброта, чуткость и отзывчивость, заботливое и внимательное отношение к больному, а также самопожертвование и любовь к своему делу. Не зря А.П. Чехов, врач по образованию, писал: «Профессия медика – подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и помыслов. Не всякий способен на это» [2].

Действительно, медицина – одна из самых почётных и, в то же время, самых ответственных профессий.

Литература

1. Обуховец Т. Основы сестринского дела [Текст] / Т. Обуховец, Т. Склярова, О. Чернова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2011. – 505 с.
2. Основы медицинской этики. – [Электр. ресурс]. – www.novpv.ru.
3. Иванюшкин А.Я. История и этика сестринского дела / А.Я. Иванюшкин. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2013. – 120 с.

РОЛЬ РУКОВОДСТВА ГБОУ ВПО РЯЗГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Ю.Ю. Бяловский

Ответственный представитель руководства в области качества
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Формирование СМК вуза в соответствии с современной философией качества и требованиями международных стандартов серии ИСО-9000 невозможно без лидерства высшего руководства. В ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России действуют правило «Руководитель-лидер – условие устойчивого успеха организации» и точка зрения, что руководители-лидеры должны быть на всех уровнях управления.

На деятельность университета влияет множество внешних и внутренних факторов, способных вызвать его ускоренное развитие или кризисное состояние. Следовательно, в компетенцию руководителей входит умение уловить сигналы изменений внешней и внутренней среды, определить «проблемные зоны» и разработать адаптационные механизмы по преимуществу инновационного характера. В соответствии с современной концепцией управления качеством, провозглашенной стандартами серии ИСО-9000, руководство ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России определило приоритеты, стратегию развития и ценности университета, на основании которых была разработана политика и цели в области обеспечения качества подготовки специалистов. При разработке Политики в области качества основными принципами были провозглашены: удовлетворение требований потребителей и заинтересованных сторон; сохранение и развитие статуса ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России как одного из ведущих медицинских вузов ЦФО; постоянное улучшение качества образовательных услуг и повышение эффективности образовательного процесса. В 2008 году были созданы Миссия РязГМУ и Политика в области обеспечения качества образования в разработке которых активно участвовали первые руководители университета и его ключевых структур. Обсуждение этих важнейших документов проходило на всех уровнях управления, во всех структурных подразделениях Университета. Единогласное одобрение этих документов ученым Советом РязГМУ 27 декабря 2008 года, является убедительным доказательством слаженной работы ректората и всей управленческой команды над созданием внутривузовской СМК.

Наличие политики в области качества означает, что руководство университета, взяв на себя лидерские функции, добровольно обязалось последовательно стремиться к достижению целей в области качества и гарантирует потребителю качественные образовательные услуги, базирующиеся на требованиях ФГОС ВО и ФГОС СПО – с одной стороны, и выявленных

требованиях и ожиданиях – с другой сторон. Принятие этого важного и ответственного документа обязывает руководство университета приложить все силы для вовлечения всех сотрудников в процесс обеспечения качества образования и его непрерывного улучшения. Руководством университета был определен один из приоритетов в подготовке специалистов на 2013–2017 гг. – формирование позитивных качеств личности через систему воспитательной работы. Это дает основание говорить о нарастающей роли университета как центра формирования нравственности и гражданского сознания молодых специалистов – граждан Российской государства применительно к настоящему периоду, что получило отражение в определении миссии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

Общеуниверситетская Политика в области качества получила свою конкретизацию в политике и стратегии институтов, факультетов и кафедр. Процесс развертывания по вертикали и горизонтали и актуализации Политики и стратегии реализуется через демократический стиль управления, который отражен в Уставе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России и включает выборность руководителей учебных подразделений: деканов факультетов, заведующих кафедрами; ежегодные отчеты перед своими коллективами. Все решения в вузе принимаются коллегиальными органами: ученым Советом ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Учеными советами факультетов, Советом по качеству, Советом по информатизации, научно-плановым Советом, учебно-методическим Советом и другими общественными организациями. В ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России разработаны и действуют Положения об ученом Совете университета, Совете факультета, общественных Советах по направлениям деятельности, попечительском Совете университета, Конференции представителей всех категорий работников и обучающихся.

Стратегия ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России – это стратегия диверсификации (интеграции), направленная на вертикальное взаимодействие с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерством образования и науки Российской Федерации, Правительством Рязанской области, образовательными организациями региона, а по горизонтали – на взаимодействие с образовательными организациями, входящими в Восточноевропейский научно-образовательный кластер ЦФО. Взаимодействие руководства университета по вертикали власти в области образования позволяет лучше понять потребности государства и общества в области образования и учитывать их при планировании деятельности университета. ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России имеет собственную инновационную программу развития и дважды выступал как номинант всероссийского конкурса инновационных вузов (2010 и 2013 гг.).

Приверженность руководства РязГМУ корпоративной культуре подтверждается демократическим стилем управления, который основывается на уважении мнения сотрудников, доступности руководства, корректности и

доброжелательности рабочих взаимоотношений. Свои предложения и пожелания сотрудники могут представить руководству в устной и письменной форме. В дальнейшем они учитываются при разработке планов развития отдельных структурных подразделений и вуза в целом. Руководители вуза доступны для обращений сотрудников и студентов не только по рабочим, но и по личным вопросам. В приемной ректора существует специальная книга обращений по личным вопросам, в которой фиксируются все обращения.

Важным элементом корпоративной культуры является также социальная поддержка сотрудников, присутствие ректората во главе с ректором на различных внутривузовских мероприятиях (День медика, День открытых дверей, День Победы, посвящение первокурсников, открытие лагеря «Здоровье» и т.д.), наличие в кабинетах руководителей фирменной атрибутики вуза (эмблемы, флага, вымпела, календаря и т.д.). В нашем университете стало традицией проведение таких мероприятий, как дни рождения факультетов и кафедр с проведением концерта, посвящение первокурсников, встречи выпускников разных лет, а также поздравление сотрудников вуза на заседаниях Ученого Совета.

Руководство университета периодически анализирует СМК с точки зрения возможностей и результатов для обеспечения ее эффективного функционирования. Для этих целей назначены уполномоченные по качеству структурных подразделений (деятельность которых регламентирована Положением об уполномоченных по качеству), создан молодежный Совет по качеству при Совете студенческого самоуправления, регулярно проводятся внутренний аудит, мониторинг и опросы работодателей, обучающихся, преподавателей и сотрудников Университета. В 2014-2015 учебном году проведена самооценка внутривузовской системы обеспечения качества, результаты которой докладывались на заседании ученого Совета Университета.

Политика и Цели в области качества для руководителей подразделений развернуты по вертикали в виде Целей университета в области качества. По горизонтали они развернуты в виде внутренних планов и программ факультетов, кафедр и других структурных подразделений. Кроме того, цели и задачи, определенные в Политике в области качества, отражены в положениях о структурных подразделениях и в должностных инструкциях персонала. Каждое структурное подразделение осуществляет планирование своей деятельности (учебные планы, индивидуальные планы ППС и др.), составляются обязательные ежегодные отчеты (отчет по НИР, учебной работе и др.).

Ежемесячно на заседаниях ректората и ученого Совета университета заслушиваются отчеты руководителей различных уровней по соответствующим направлениям деятельности. На основании представленной информации осуществляется процесс анализа и выработка корректирующих мероприятий для улучшения результатов деятельности структурных подразделений и Университета в целом. Источниками информации для анализа являются: протоколы, статистические сведения по различным аспектам дея-

тельности, сравнение с плановыми показателями, результаты мониторинга удовлетворенности потребителей услуг РязГМУ и т.д. Также по результатам проведения внутренних аудитов структурные подразделения заполняют карточку корректирующих действий для устранения выявленных несоответствий. Кроме того, обеспечение процесса измерения и анализа результатов деятельности осуществляется в рамках документации на процессы, где установлены периодичность измерения, измеряемые показатели, способ регистрации результатов, технологии сбора и систематизации данных.

В последние годы в вузе постоянно ведется работа над совершенствованием структуры, расширением видов деятельности и сотрудничества, разработкой и внедрением инновационных проектов. Среди инновационных проектов последних лет наиболее значимыми были: инновации в сфере развития информационно-коммуникационных технологий; совершенствование внутривузовской системы управления качеством образования; внедрение новых образовательных технологий; расширения лечебно-диагностической базы; реализация и внедрения научной продукции в практическое здравоохранение. Проекты направлены на поддержание высокого качества подготовки выпускников и интеграцию РязГМУ в международное образовательное пространство.

В учебном процессе широко применяются инновационные методы и средства обучения: чтение проблемных и комплексных лекций, доказательная медицина, дистанционное и интерактивное обучение; электронные учебники и мультимедийные средства. В соответствии с современными требованиями в университете сегодня активно внедряются новейшие технологии образовательной деятельности, например, внедрение балльно-рейтинговой системы. Эта система, наряду с академической мобильностью студентов, взаимным признанием дипломов и другими основополагающими принципами, лежит в основе интеграционного Болонского процесса.

На официальном сайте университета создана рубрика «Колонка ректора». Любой посетитель сайта может задать вопрос ректору и получить на него ответ в «Колонке ректора». Общение проректоров и руководителей структурных подразделений университета по основным направлениям деятельности с аудиторией осуществляется с помощью «Мед-чата» на официальном сайте. В установленные часы проходит прием по личным вопросам посетителей ректором. Для удобства связи между структурными подразделениями в главном корпусе была установлена внутренняя АТС с назначением персональных телефонных номеров и выходом на внешние линии, а также существует корпоративная сотовая связь.

С 2007 по 2016 год по вопросам управления качеством прошли повышение квалификации 192 сотрудника, в том числе высшее руководство (23 чел.) в Москве (МИСиС, ВНИИС), Санкт-Петербурге (Институт экономики и права), Рязани (РГРТУ) и др. учреждениях. В вузе существует Молодежный совет по качеству (входит в состав Совета студенческого ак-

тива университета и факультетов), для собраний которого администрацией была представлена комната в главном корпусе, а также были выделены средства для закупки оргтехники и канцелярских принадлежностей.

На всех советах РязГМУ представляются ежегодные отчеты ректора университета (сентябрь, декабрь) и проректоров по основным направлениям деятельности (в течение учебного года – в соответствии с планом работы совета). Так же 1 сентября каждого года проходит расширенное заседание ученого Совета университета с обсуждением итогов деятельности коллектива и ректората университета за прошедший учебный год и установление основных направлений деятельности в новом учебном году. Вся необходимая информации об образовательной, научной, лечебной, воспитательной и международной деятельности университета появляются на одноименных страницах официального сайта для всеобщего ознакомления. Постоянно происходит информирование сотрудников, студентов и другой аудитории с помощью официального сайта университета о решениях ректората и Ученого совета университета (ежемесячное размещение в разделе «Новости университета» на главной странице официального сайта пресс-релизов заседаний ректората и ученого Совета университета) а также о последних событиях, прошедших в вузе.

Особая наша гордость – это механизм внутреннего социального партнерства, суть которого состоит в реализации Коллективного договора с работниками и Соглашения с обучающимися ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. По инициативе ректора в Коллективный договор включен значительный блок гарантий работникам ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России по профессиональному росту. Важным условием эффективного управления качеством образования является формирование управляемческой культуры в области качества у менеджеров всех уровней. Руководство РязГМУ придает этому особое значение, и как результат – за четыре года действия проекта «Система качества образования» каждый второй менеджер повысил квалификацию по программам «Управление качеством образования» и каждый второй преподаватель прошел обучение по вопросам обеспечения качества. Анализируя систему управления в ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России и на факультетах, следует отметить, что их руководство обеспечивает единство цели и направления деятельности организации. Ответственные работники университета и факультетов создают и поддерживают внутреннюю среду, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации. По мнению большинства деканов факультетов, система качества в вузе повысила эффективность их руководства, что проявляется в:

- снижение затрат на "плохое качество" в подразделении (снижение количества отчисленных студентов, снижение числа пересдач экзаменов);
- увеличение доходов (увеличение количества коммерческих студентов, в том числе за счет оправданного повышения цен);

- улучшение управляемости коллективом благодаря повышению обоснованности и оперативности принимаемых решений (соблюдение сроков выполнения документов).

Руководство ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России проводит политику совершенствования организационной структуры вуза с целью улучшения процессов управления качеством. Взаимодействие руководства РязГМУ с органами власти и управлениями образования позволяет лучше понимать потребности всех заинтересованных сторон и ориентировать развитие вуза в направлении удовлетворения потребностей потребителей.

Университет известен практическими шагами по созданию условий для оздоровления студентов и сотрудников, по пропаганде здорового образа жизни. Университетский спортивный комплекс включает крытые спортивные залы, мини-футбольное поле, хоккейную площадку, баскетбольные площадки, теннисные корты, лучный стрелковый тир. Построенный в рамках партийного проекта Единой России «500 бассейнов» в 2013 году физкультурно-оздоровительный комплекс с плавательным бассейном «Аквамед» стал одним из самых востребованных объектов университета. На его базе реализуются программы здорового образа жизни, социальные проекты региона по популяризации физической культуры и спорта среди студентов, школьников и жителей г. Рязани всех возрастов.

В бассейне проводятся занятия по физической культуре в рамках образовательной программы, занятия секций во внеучебное время, соревнования всероссийского и регионального уровня. На занятиях по физической культуре студенты занимаются плаванием, на водных дорожках тренируются и соревнуются наши пловцы. Администрация вуза лоббирует минимально возможные цены, чтобы студенты и сотрудники активнее посещали бассейн в свободное время. Успехи наших ветеранов-пловцов – профессора Абросимова В.Н., профессора Мартынова В.А. служат примером для студентов и преподавателей.

Специальные акции для студентов университета и горожан в бассейне приурочены ко всем праздничным дням. Рязань в апреле 2015 года стала столицей студенческого спорта. Для участия во Всероссийском фестивале спорта «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача» в университет прибыли 38 команд медицинских и фармацевтических вузов Российской Федерации. Участников фестиваля приветствовала Министр здравоохранения России Вероника Скворцова. Спортсмены в форме с вузовской символикой, торжественная музыка, болельщики на трибунах, атмосфера честной спортивной борьбы – вот чем запомнилось самое ожидаемое спортивное события для студентов медицинских и фармацевтических вузов.

В 2015 году Рязанский медицинский университет в шестой раз принимал участие в открытом публичном Всероссийском конкурсе образовательных учреждений ВПО Минздрава России на звание «ВУЗ здорового образа жизни» под эгидой Межрегиональной общественной организации

«Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России», при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации и Всероссийской политической партии «Единая Россия».

В Рязанском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова с 2012 года функционирует специальное структурное подразделение – Центр симуляционного обучения (ЦСО), созданный в соответствии с требованиями образовательных стандартов к качеству практической подготовки. Центр симуляционного обучения стал подразделением, востребованным по обучению алгоритмам оказания неотложной медицинской помощи при критических состояниях на догоспитальном и на клиническом этапах лечения больных и пострадавших. Современное оборудование позволяет решать поставленные задачи по симуляционному обучению. Общая стоимость оснащения Центра составляет более 50 млн. рублей; в том числе высокотехнологичные симуляторы и фантомы: HARVEY симулятор для обследования кардиологического пациента; Робот-симулятор АйСТЭН с модулями расширенной сердечно-легочной реанимации и экстренной помощи; LapSim – высокотехнологичный виртуальный хирургический симулятор. Смонтировано оборудование (видеокамеры, ЖК-мониторы) для видеосвязи демонстрационных залов и учебных комнат ЦСО. Штатные должности в Центре занимают квалифицированные сотрудники, прошедшие подготовку в ведущих Центрах России и за рубежом.

Таким образом, ориентация руководства ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России на удовлетворение ведущих потребностей основных групп потребителей – залог успешной профессиональной и социальной деятельности Университета.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ РЯЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

E. Волкова, E. Кузнецова

Студенты гр. 6301, специальность «Сестринское дело»

Научный руководитель: преп. Е.М. Бобкова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Профессия медицинского работника является одной из самых гуманных и благородных, лучшие представители которой вызывают уважение своим милосердием, душевной щедростью. Развитие медицины отдаляет медицинского работника от пациента. Технологии обостряют ситуацию – пациент не рассматривается как личность. Больше внимания уделяется приборам, показывающим состояние пациента, а не ему самому. Это ос-

новная проблема современной медицины, которая касается всего мира и не может не обратить на себя внимание. В 2014 году была проведена международная встреча по сестринскому делу, представители 50 стран собрались для обсуждения этических проблем в деятельности медицинских сестер. На конференции было отмечено, что этика играет важную роль в 4 направлениях человеческой деятельности: клиническая практика, научно-исследовательская работа, управление и образование.

Согласно Этическому кодексу медицинской сестры России: «Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; сохранение здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и профилактика заболеваний.» (Часть I. Общие положения) Именно милосердие и сострадание к другому человеку делает нас человечнее в понимании морали. Милосердие тесно связано с понятием сострадание. Ведь милосердие – это желание приносить пользу другим людям, не думая о вознаграждении. Сострадание же, в свою очередь, это сочувствие чужому страданию, участие, возбуждаемое горем, несчастьем другого человека.

Качество оказания медицинской помощи напрямую зависит от качества подготовки будущих специалистов. Поэтому, данная тема в рамках профессиональной деятельности является очень актуальной и важной не только для квалифицированного медработника, но и для студентов нашего Рязанского медицинского колледжа при взаимоотношении медицинского работника с пациентами и другими людьми.

Цели исследования: изучить мнения студентов об уровне этико-деонтологического воспитания в колледже и выявить основные проблемы, связанные с этикой и деонтологией.

Для определения проблем с точки зрения населения был проведен опрос в лечебных учреждениях, в котором приняли участие около 70 человек.

Были использованы следующие вопросы:

1. Как часто Вы обращаетесь к медицинским работникам?
2. Как Вас принимают в лечебно-профилактических учреждениях?
3. Какими качествами, на Ваш взгляд, должна обладать медицинская сестра?

Результаты опроса показали, что к медицинским работникам: 69% – обращаются редко, 20% – часто и 11% – никогда

На вопрос об отношении медицинского персонала к пациентам: 45% опрошенных указали, что «приветливо», 21% – «грубо» и 34% – ответили, что это зависит от того, в какую клинику обращались.

На 3-ий вопрос о личностных качествах медицинской сестры 50% опрошенных ответили, что такими качествами являются- милосердие и со-

страдание, 25% – доброжелательность и ответственность, 21% – профессионализм, 4% – называли другие качества.

Таким образом, большинство опрошенных считают, что основными качествами медицинского работника должны быть милосердие и сострадание, но не всегда эти качества проявляются при работе с пациентами.

При изучении основных проблем, связанных с представлениями обучающихся о качествах медицинской сестры был проведен опрос около 150 студентов первого и выпускного курсов обучения.

При ответе на вопрос: «Какое из качеств Вы цените в профессии медицинской сестры больше всего?», студенты выделили следующие – 45% – профессионализм, 30% – ответственность, и, всего лишь 25% – милосердие.

На вопрос: «Когда, по вашему мнению, формируются эти качества?», ответы распределились следующим образом: 64% – в момент работы или прохождения практики в медицинских учреждениях, 29% – на протяжении всей жизни, 7% – даются с рождения.

Исследование показало, что для большинства опрошенных студентов главными являются в первую очередь профессионализм медработника, и во вторую – нравственные качества. Проведенное исследование подтверждает, что студенты правильно выбрали свой жизненный путь, имеют набор морально-нравственных качеств, необходимых для профессии медицинского работника, осознают, что «...медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки». (Статья 2. «Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь»).

Подводя итоги, можно сказать, что половина опрошенных жителей города с позиции пациентов считают, что медицинская сестра, в первую очередь, должна обладать такими качествами, как милосердие и сострадание. Студенты с позиции медработников же считают, что основной составляющей в работе медсестры должен быть профессионализм, однако не всегда профессионализм связан с морально-нравственными качествами. Качества, которыми должен обладать медицинский работник, закладываются ещё во время учёбы в образовательном учреждении, и самым важным является формирование у студентов профессионализма на основе милосердия и сострадания.

Результаты проведенного исследования легли в основу организации работы волонтёрского отряда по пропаганде этических ценностей, также была проведена конференция «Этика и деонтология в деятельности медицинской сестры» и включена в программу ежегодных мероприятий, сделана легкодоступной информация об этико-деонтологических вопросах через демонстрацию презентаций на плазменной панели.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА НА ФАПе ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПСОРИАЗЕ

A.YU. Голованова

Студентка гр. 1412, специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: преп. Н.М. Лагуткина

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Значительную роль в профилактике псориаза на ФАПе играет фельдшер. Одним из важнейших видов профилактической работы фельдшера является диспансеризация населения.

В Российской Федерации заболеваемость псориазом, по данным официального государственного статистического учета, в 2012-2014 годах составила около 1%. У больных псориазом существенно ухудшается качество жизни, что связано с поражением больших участков кожи, психологической реакцией на повреждения и, вследствие этого, ограничением жизнедеятельности. В последние годы наблюдается тенденция к омоложению болезни и увеличению частоты тяжелых форм, в связи с чем возрастает роль своевременной диспансеризации больных с псориазом.

Основными элементами диспансеризации являются:

- активное выявление больных с начальными стадиями патологического процесса;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, включающего амбулаторное лечение, диетическое питание, трудоустройство;
- разработка мер по устранению вредных факторов среды и обеспечению наиболее благоприятных условий жизни человека;
- периодическое обобщение данных об эффективности диспансеризации.

С целью определения возможной профилактической работы был проведен анализ, изучены вопросы определения качества жизни больных. Анализ заболеваемости в Рязани и Рязанской области проводился по материалам ежегодной статистики ГБУ РО “ОККВД”. По данным обращаемости распространение псориаза составляет в среднем 3,5% от общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. Частота вновь выявленных случаев псориаза за последние пять лет снизилась на 6,5%, что соответствует тенденциям первичной заболеваемости в целом по болезням кожи. Однако общая заболеваемость псориазом несколько возросла (прирост составил 4,2%) на фоне снижения показателей в целом по классу. В 2014 году по Рязани и Рязанской области общая заболеваемость псориазом составила 1559 случаев из них взрослого населения 1366, детского населения 193. Впервые выявленные случаи за 2014 год 385, взрослого 365, детского 20.

В дерматологии оценка качества жизни имеет очень большое значение, так как большинство дерматозов не угрожают жизни (в том числе псориаз), но значительно влияют на общее состояния здоровья и качества жизни. По данным некоторых авторов у 20-50% больных с различными заболеваниями кожи это влияние может быть достаточно выраженным, чтобы отнести пациента к группе риска развития тяжелых психических нарушений, например депрессии или других психиатрических заболеваний. Поэтому определение возможности фельдшера оказывать помощь по улучшению качества жизни пациентов при псориазе является актуальной проблемой.

Целью нашей работы является выявление эффективных возможностей в деятельности фельдшера по улучшению качества жизни больных при псориазе. Были изучены статистические отчеты ГБУ РО “ОККВД”, приказы Минздрава РФ, приказы Минздрава Рязанской области, клинические рекомендации, материалы периодических изданий по дерматовенерологии.

В соответствии с приказом «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» (МЗ РФ приказ от 15.11.2012 № 924н) на основании которого установлено что медицинская помощь по профилю дерматовенерология может оказываться амбулаторно; при этом первичная медико-санитарная помощь включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению дерматовенерологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Диагностика, лечение псориаза проводится, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи больным с псориазом, утвержденный приказом «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи больным псориазом» (МЗСР РФ приказ от 18.12.2007 № 780).

Таким образом, на уровне первичной медико-санитарной помощи в компетенцию фельдшера входят:

1. своевременное выявление и направление на обследования пациентов к врачу дерматовенерологу;
2. проведение противорецидивных курсов лечения псориаза по назначению врача;
3. оказание психологической поддержки пациенту;
4. предоставление рекомендаций по уходу за кожей в период ремиссии с помощью средств оказывающих увлажняющие, смягчающие, противоздушное действие. Таким действием обладают эмоленты, которые относятся к прочим средствам для лечения заболеваний кожи, не обозначенные в других рубриках стандарта оказания медицинской помощи при псориазе.

Осуществляя амбулаторный прием на участке фельдшер может дать рекомендации по повышению качества жизни пациентов и рекомендации по применению средств, позволяющих облегчить состояние больного, что, в конечном итоге, оказывает существенное влияние на сохранение и повышение качества жизни.

Литература

1. Приказ МЗСР РФ от 18.12.2007 г. № 780 "Стандарт оказания медицинской помощи больным псориазом". – М., 2007.
2. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "Дерматовенерология". – М., 2012.
3. Статистический отчет ГБУ РО "ОККВД". – [Электронный ресурс] <http://rokkvd.ru> (дата обращения 06.04.2016).
4. Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в РФ / А.А. Минеева, Л.Е. Мелехина, Л.Ф. Знаменская, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №5. – С. 22.
5. Минченко А.В., Бэтти К. Оценка качества жизни при чувствительной коже: современное состояние проблемы // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №1. – С. 78.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ АКУШЕРОК ПО ПМ.03 «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНЕ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ»

Л.М. Гречанинова, Е.А. Левандовская

Преподаватели кафедры акушерства и гинекологии
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Основываясь на современных подходах подготовки специалистов среднего звена, мы считаем необходимым совершенствование методов обучения будущих акушерок.

Целью нашей работы является формирование профессиональных и общих компетенций с учетом требований образовательных стандартов, Порядка оказания медицинской помощи, стандарта деятельности и клинических протоколов по акушерству и гинекологии.

Для выполнения поставленной цели решаются следующие задачи:

- подготовка специалистов для работы в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля;
- воспитание личностных качеств будущего специалиста, необходимых в работе с женским населением;
- совершенствование образовательного процесса на базе ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж».

Для осуществления изложенного используются образовательные стандарты, программа подготовки специалистов среднего звена по специальности 31.02.02. Акушерское дело, Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», стандарты деятельности,

клинические протоколы, методическое обеспечение модуля ПМ.03 «Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни».

Практическое обучение проводится в симуляционном центре колледжа и клинических базах города с использованием современного оборудования и информационных технологий.

Используются активные методы обучения: малыми группами, деловые игры, индивидуальный подход, интерактивный метод, симуляционное обучение. В воспитательном направлении большое внимание уделяется формированию здоровьесберегающей среды на теоретических и практических занятиях: рекомендации по сохранению репродуктивного здоровья девушки, ведению здорового образа жизни, уважительному отношению к будущим коллегам и пациентам, эстетичности в общении с женским контингентом.

Данные методы обучения направлены на подготовку акушерки для самостоятельной работы и на приеме с врачом:

- на ФАПе;
- в смотровых кабинетах территориальных поликлиник и диагностических центров;
- на гинекологическом приеме и процедурном кабинете женских консультаций.

Согласно образовательным стандартам, будущие специалисты готовятся к выполнению следующих видов деятельности:

- проведение профилактических медицинских осмотров женского населения;
- диспансеризация пациенток различных возрастов;
- проведение диагностических манипуляций самостоятельно: осмотр пациенток на гинекологическом кресле, бактериоскопическое, бактериологическое, онкоцитологическое исследования.
- проведение лечебных манипуляций самостоятельно при воспалительных заболеваниях вульвы и влагалища, смена пессариев при опущении половых органов.
- подготовка и обработка инструментария и стерильного стола для проведения малых гинекологических операций, ассистенция врачу при их проведении, сбор материала для гистологического исследования;
- подготовка пациентов к оперативным вмешательствам и уход за ними в послеоперационном периоде;
- оформление и ведение медицинской документации;
- консультационная работа по вопросам контрацепции, профилактики абортов, воспалительных и онкологических заболеваний.
- совместно с представителями практического здравоохранения участвовали в обучении и проведении цервикального скрининга средних медицинских работников медицинских организаций области.

Достижение положительного результата возможно при проведении тренинга на симулянтах, участия в ведении пациентов гинекологического профиля при прохождении учебной и производственной практик на клинических базах Рязани.

Показателем хорошей подготовки обучающихся служат положительные отзывы практикующих акушеров-гинекологов, главных медсестер и старших акушерок медицинских учреждений города. Большинство выпускников колледжа распределяются и работают в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля.

Проанализировав качество подготовки будущих специалистов, делаем вывод, что работа выпускников оценивается положительно.

В дальнейшем необходимо совершенствовать симуляционный метод обучения и укрепить материально-техническую базу симуляционного центра ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», что позволит качественно освоить отработку практических умений на доклиническом этапе обучения.

РОЛЬ АКУШЕРКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ I И II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Т.Ю. Гришина

Студентка факультет сестринское дело (бакалавриат)
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

До настоящего времени преэклампсия остается тяжёлым осложнением беременности и одной из актуальных научно-практических проблем акушерства. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике, диагностике и лечении, преэклампсия занимает одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности [1].

Акушерка играет очень важную роль в ведении пациенток с преэклампсией. Обследование и лечение назначается врачом акушером-гинекологом, однако в обязанности не только врача, но и акушерки входит своевременное выявление отеков беременных, а также их профилактика (проведение бесед с пациентками о рациональном режиме и специальной диете). Акушерка отделения патологии беременности должна осуществлять необходимый уход, выполнять назначения врача, измерять артериальное давление, следить за самочувствием и состоянием пациентки в условиях стационара, помогать ей в решении возникших проблем. Одной из важных проблем является то, что беременные с отеками не осознают необходимость проведения лечения (тем более в условиях стационара), опасаются, что прием лекарственных препаратов может быть вреден и

опасен для плода. Акушерка должна объяснять целесообразность и необходимость проводимой терапии [5].

Преэклампсия выступает кратковременным промежутком перед развитием судорог (эклампсии). Она характеризуется нарушением функции жизненно важных органов с преимущественным поражением ЦНС.

В настоящее время заболевание рассматривают как генетически обусловленную патологию, при которой нарушается адаптация (приспособление) организма женщины к условиям функционирования при беременности [3].

Сущность преэклампсии заключается в нарушении и недостаточности мозгового кровообращения (начинающийся отек мозга). В сочетании с генерализацией системных нарушений печени, почек, гемостаза, гемолик-виродинамики, легких, сердечно-сосудистой системы.

О преэклампсии может свидетельствовать появление на фоне симптомов гестоза одного-двух из следующих симптомов:

- тяжесть в затылке и/или головная боль;
- нарушение зрения (ослабление, появление «пелены» или «тумана» перед глазами, мелькание «мушек» или «искр»);
- тошнота, рвота, боли в эпигастральной области или в правом подреберье;
- бессонница или сонливость; расстройство памяти; раздражительность, вялость, безразличие к окружающему.

Указанные симптомы могут быть как центрального генеза, так и обусловлены поражением органа, ответственного за клиническую картину заболевания [1].

Госпитализация на период беременности показана при раннем проявлении тяжелых форм гестационной гипертензии или преэклампсии. Вопрос о продлении беременности у данного контингента пациенток должен обсуждаться каждый день. Пациентке важно проводить интенсивное наблюдение за ее состоянием и состоянием плода, ведение беременных обычно осуществляется в условиях стационара третьего уровня. У некоторых пациенток состояние улучшается после госпитализации и немедленном назначении магнезиальной и антигипертензивной терапии [2].

Значимость роли акушерки отделения патологии беременности в ведении пациенток с преэклампсией I и II степени, а также в предотвращении её возникновения и профилактике осложнений данной патологии очень высока [4].

В современном российском обществе социальная составляющая профессиональной роли акушерки является определяющей в вопросах качества сестринской помощи в учреждениях родовспоможения, и включают в себя: отношение государства и медицинского сообщества к данным специалистам, взаимоотношения в медицинских коллективах, востребованность со стороны пациентов.

Одной из задач приоритетного национального проекта в области здравоохранения является укрепление профилактической направленности российской системы здравоохранения. Роль средних медицинских работников в её решении трудно переоценить [6].

Реформирование акушерской практики идет значительно медленнее реформы практики сестринского дела. Таким образом, в современных условиях функционирования Российского здравоохранения заслуживает пристального внимания всестороннее исследование профессиональной роли средних медицинских работников вообще и акушерок в особенности, поскольку их участие в сохранении здоровья женщин – как залога здоровья будущих поколений – несомненно.

Беременная женщина хочет получать от акушерки как можно больше информации, таким образом акушерка – это главный информатор. От неё зависит информационный фундамент, на котором будут строиться беременность, роды и послеродовый период. Пациентки также ждут психологической помощи от акушерки и тщательного контроля за их состоянием. Акушерка отделения патологии беременности – это контролирующий психолог-информатор. В пределах своей компетенции она информирует женщин об их состоянии, рассказывает об изменениях происходящих в организме в связи с беременностью, рассказывает о родах и послеродовом периоде, оказывает психологическую поддержку и тщательно контролирует изменения в состоянии здоровья и исполнение назначений лечащего врача [6].

Литература

- 1) Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для студентов мед. вузов. – СПб: «Специальная литература», 2007. – 213 с.
- 2) Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 3-е изд. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 880 с.
- 3) Макаров О.В., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Прэклампсия (гестоз). – М.: «ЦКМС ГОУ ВПО РГМУ», 2010. – 31 с.
- 4) Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации / под ред. Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян. – М., 2009. – 85 с.
- 5) Прэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты / О.В. Макаров, О.Н. Ткачева, Е.В. Волкова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 136 с.
- 6) Хромушин В.А. Информатизация здравоохранения: учеб. пособие / В.А. Хромушин, В.А. Черешнев, Т.В. Честнова. – Тула: «ТулГУ», 2007. – 207 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ МОДУЛЕ
«МЛАДШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ» В СВЯЗИ С ВНЕДРЕНИЕМ
В СЕСТРИНСКУЮ ПРАКТИКУ ГОСТОВ**

B.A. Губарева, Е.В. Захарова, Л.В. Клишунова

Преподаватели

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года задача повышения качества подготовки работников среднего медицинского звена определена как одна из основных.

Этому способствует осуществление комплекса мероприятий по стандартизации. До настоящего времени в профессиональной деятельности использовались ОСТ «Протокол ведения больных. Профилактика пролежней» и Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.1 – 2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования». Эта нормативно-правовая документация нашла применения в образовательном процессе на начальном этапе профессионального обучения в рамках модуля «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Повышение спроса на медицинские услуги потребовало дополнительную разработку стандартов технологий выполнения манипуляций сестринского ухода, которые с целью усовершенствования профессиональной подготовки будущих специалистов были изучены на стадии проектов, что в дальнейшем позволило вести процесс обучения на профессиональном модуле на более высоком уровне.

С 1 марта 2016 вступили в действие:

1) Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.3 – 2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг Манипуляции сестринского ухода.

2) Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.4 – 2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств, которые позволяют вести процесс обучения, ориентируясь на профессиональную деятельность.

Ознакомившись с утвержденной нормативно-правовой документацией, возникла потребность в корректировке процесса обучения. Сложность внедрения стандартов в образовательный процесс обучающихся на первом курсе возникает из-за:

- 1) отсутствия профессионального опыта;
- 2) наличие юного возраста (15-18 лет);
- 3) отсутствие четкого представления о будущей профессиональной деятельности.

В связи с этим возникла необходимость адаптации внедренных ГОСТов в образовательную программу профессионального модуля с учетом возрастных и психологических особенностей обучающихся.

При сравнении нормативной документации и особенности технологии обучения, прослеживается преемственность по следующим направлениям – требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала, этапности выполнения манипуляций и условия для их проведения. При обучении манипуляциям, предусмотренных программой профессионального модуля, обращается внимание на:

1) действия медицинской сестры, связанные с уходом за пациентом, начинаются с эффективного общения, объяснения пациенту цели и хода предстоящей манипуляции, получения согласия пациента на проведение манипуляции.

2) выполнение манипуляций, содержит унифицированный набор и объем действий, позволяющий затрачивать минимальное количество времени.

3) по окончании выполнения манипуляции соблюдаются мероприятия по обеспечению безопасной больничной среды, внесению сведений о результатах выполнения в соответствующую документацию.

Отличительным моментом выполнения сестринских манипуляций во внедренных ГОСТах являются:

1) достигаемые результаты и их оценка при выполнении простой медицинской услуги,

2) коэффициент УЕТ медицинской сестры, отражающий хронометраж.

Эти изменения дополнительно включены в образовательный процесс. Такое обучение дает возможность унифицировать образование, упорядочить требования преподавателей к студентам, избежать необъективности при оценке правильности выполнения манипуляций на зачетах и экзаменах. Обучение с использованием данной технологии дисциплинирует будущих специалистов, позволяет создать стойкий стереотип профессиональной деятельности. Активный тренинг с применением предложенной технологии обеспечивает подготовленность студентов к прохождению производственной практики на базах медицинских организаций.

Для повышения качества подготовки будущих специалистов внедрение национальных стандартов по выполнению сестринских манипуляций является важным, так как позволяет идти в ногу с практическим здравоохранением.

САМООБРАЗОВАНИЕ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ЗУБНЫХ ТЕХНИКОВ

A.Г. Губочкин

Преподаватель

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Самообразование в последние годы становится важной формой организации учебного процесса и в освоении профессиональных и общих компетенций. Также оно помогает совершенствовать свои навыки на протяжении всей профессиональной деятельности. Современное образование ставит задачи не только передать знания обучающемуся, но и научить самостоятельно приобретать знания и применять их на практике. А ведь еще Конфуций говорил: « Скажи мне – и я забуду, покажи мне – и я запомню, дай мне сделать и я пойму».

К сожалению, учебные заведения не всегда могут дать полные знания о профессиональной деятельности в будущей профессии так, как прогресс в сфере здравоохранения не стоит на месте и с каждым годом используются новые технологии и материалы в изготовлении стоматологических замещающих аппаратов. Ведь зачастую, образовательная программа включает в себя получение знаний лишь о консервативных и наиболее применяемых аппаратах и материалах. Одним из условий в получении современных знаний является самостоятельная работа, которая является основой самообразования.

Самостоятельная работа способствует формированию следующих компетенций:

- понимать сущность и значимость своей будущей профессии;
- осуществлять поиск и использование информации;
- самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития;
- заниматься самообразованием.

Одной из форм организации самообразования является учебно-исследовательская работа студентов (УИРС). Специфика учебно-исследовательской работы заключается в том, что студенты выступают не в роли получателя готовой информации и знаний, а в роли субъекта познавательного процесса. То есть студенты самостоятельно ведут наблюдения, осуществляют поиск информации в научной и методической литературе. Наиболее распространенные формы УИРС – это подготовка рефератов, докладов, презентаций, изготовление плакатов и таблиц, изготовление современных замещающих аппаратов, а так же выполнение исследований на заданные темы.

Важную роль в процессе самообразования играют различные конкурсы профессионального мастерства, как среди студентов группы, так и конкурсы регионального и всероссийского масштаба. Участие в таких кон-

курсах, а особенно получение призовых мест, приносят неоценимый опыт в развитие профессиональных и общих компетенций. Так же, на таких конкурсах участники могут делиться друг с другом личным опытом, тем самым узнавая что-то новое о своей профессиональной деятельности.



Конкурс профессионального мастерства «Лучший зубной техник» среди студентов 3-го курса отделения «Стоматология ортопедическая» группы 8311 (2016 год)



Победитель конкурса профессионального мастерства «Лучший зубной техник» среди студентов 3-го курса отделения «Стоматология ортопедическая» группы 8311 (2016 год)

В настоящий момент многие студенты РМК совмещают учебу с работой в сфере будущего профессионального образования. Это положительно влияет на совершенствование профессиональных навыков, повышение общих и профессиональных компетенций. Обучающиеся имеют возможность работать с современными видами материалов, изготавливать большое разнообразие замещающих аппаратов, работать по технологиям, не предусмотренными учебной программой, общаться с опытными специалистами медицинских организаций.

Важно не забывать, что процесс самообразования не прекращается после получения диплома, а длится на протяжении всей профессиональной деятельности специалиста.

Повышение квалификации является видом профессионального обучения работников, обладающих целью повысить уровень теоретических знаний, усовершенствовать практические навыки и умения.

Главной целью повышения квалификации специалистов является совершенствование их теоретических и практических умений в связи с вариативными требованиями медицинских организаций.

Стоматология является одной из наиболее постоянно развивающихся отраслей в медицине. Стремительные темпы научно-технического прогресса в области стоматологии, внедрение новых современных технологий и напряженная конкуренция требуют постоянного совершенствования знаний и повышения квалификации специалистов – зубных техников.

Система дополнительного профессионального самообразования должна занимать особое место в профессии зубного техника. Она играет большую роль в повышении социального статуса специалистов как в самой отрасли стоматологии, так и в обществе, функционирует качественно и организованно уже много лет. Более того, она успешно развивается.

Повышение квалификации в рамках непрерывного профессионального образования может иметь различные формы: самостоятельную работу с литературой, участие в конференциях, семинарах и других формах обмена информации.

Развитие стоматологии не стоит на месте, так как постоянно внедряются новые технологии, материалы и оборудование, новые методы лечения и протезирования больных, меняются подходы к стоматологической практике. Все эти нововведения требуют от специалистов постоянного совершенствования в собственной профессиональной деятельности. Зубной техник должен овладевать новыми методиками протезирования и для этого ему просто необходимо прохождение курсов повышения квалификации и обучающих семинаров.

На курсах должно уделяться внимание не только теоретической части, но и совершенствованию практических навыков. При этом необходимо активно использовать и анализировать типовые ситуации практической производственной деятельности в медицинских учреждениях.

В медицинских учреждениях, располагающих современным оборудованием, на мастер-классах можно узнать, технологию установки аттачментов, основные приемы техники фрезерования, плазменную обработку каркасов и многое другое, повышающее компетентность специалиста.

Другое обязательное условие реализации непрерывного профессионального образования - последующая аттестация специалистов. Курсы повышения квалификации являются непременным условием повышения квалификационной категории для зубных техников. Основная роль последующего обучения в системе непрерывного образования определена тем, что она способствует обновлению и обогащению интеллектуального потенциала специалистов. Система непрерывного самообразования призвана в ко-

роткие сроки повысить квалификацию и компетентность в профессии и общественной деятельностью специалиста.

Студентами РМК в Рязанском медицинском колледже проводится многогранная работа по подготовке студентов стоматологического профиля, которая обеспечивает компетентностный подход, гарантирующий качественную подготовку студентов в соответствии с современными требованиями рынка труда.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

A. Гурьева

Студентка гр.6402, специальность «Сестринское дело»

Руководитель: преп. Г.С. Прокопьева

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Актуальность этой темы заключается в изучении проявления стресса на организм человека в экстремальных условиях. Сейчас наблюдается резкое увеличение количества антропогенных катастроф по всему миру. Такие ситуации оказывают пагубное влияние на психику человека, вызывая у него стресс. Каждый конкретный человек реагирует на одну и ту же ситуацию индивидуально в зависимости от типа личности и особенностей характера. Медицинский работник не всегда может правильно отреагировать на чрезвычайные условия. Из-за этого могут возникнуть коммуникативные проблемы с пострадавшими и коллегами. Медицинской сестре необходимо знать особенности оказания медицинской помощи в экстремальных ситуациях.

Основные цели данной работы:

1. изучить цель влияния психотравмирующих ситуаций;
2. проанализировать особенности психики людей после экстренной ситуации;
3. рассмотреть роль медсестры в оказании психологической помощи пострадавшему.

Психическая травма – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов окружающей его среды. Различают три основных периода развития чрезвычайной ситуации (далее- ЧС), в процессе которых у пострадавших наблюдаются различные психические нарушения.

Первый период – внезапно возникает угроза жизни людей (пожар, взрыв, землетрясение, наводнение, ураган и т.д.). Он обычно длится не более 5 часов и сопровождается чувством страха, паники и оцепенения различной степени тяжести.

Второй период соответствует процессу выполнения аварийно-спасательных работ и для него характерно появление новых стрессовых

воздействий. Психоэмоциональное напряжение человека сменяется депрессией и повышенной утомляемостью.

Третий период начинается после его эвакуации пострадавших в безопасные районы или после окончания ликвидации ЧС.

Для людей участвующих в экстренных ситуациях характерны: нарушения сна, раздражительность, вспышки внезапного гнева, трудности сосредоточения внимания, повышенная бдительность, готовность к оборонительной реакции «бей или беги», «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования, неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события.

Изучая последствия психотравмы пострадавших можно сказать, что помошь должна быть оказана в кратчайшие сроки. Она должна быть оказана как можно ближе к месту событий, чем больше времени пройдет со времени травматизации, тем больше вероятность возникновения необратимых изменений в организме. Экстренная психологическая помощь – это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события, в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации.

Экстренная психологическая помощь может быть оказана одному человеку после критического события (изнасилование, грабеж, посягательство на жизнь и здоровье, дорожно-транспортное происшествие и т.д.), группе людей (семья, профессиональный коллектив, группа незнакомых ранее людей), а также большому числу пострадавших в результате крупной аварии, катастрофы, стихийного бедствия. Оказание экстренной психологической помощи имеет своей целью поддержание психического и психофизиологического самочувствия и работу с вновь возникшими (в результате кризисной ситуации) негативными эмоциональными переживаниями (например, страх, чувство вины, гнев, беспомощность и т.д.).

Достижение этой цели определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пострадавших (психосоматические проблемы, посттравматическое стрессовое расстройство и др.).

С пострадавшим следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком, чье состояние психологически понятно и объяснимо пережитым событием. Такое воздействие носит характер первой помощи и направлено на побуждение пострадавшего к «проговариванию» своих переживаний, перенесенной травмы и текущего состояния. Медсестра должна рассказать пострадавшему, что даже с самым ужасным событием можно справиться и вынести что-то поучительное. Также следует поз-

волить такому человеку общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию.

Однако, нельзя допускать, чтобы пострадавший играл роль жертвы, т.к. он может воспользоваться этим в корыстных целях. Главной задачей медсестры является установить с пациентом психологический контакт, тем самым она окажет ему помощь. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа. Медсестра реагирует на наличие у пострадавшего психологической напряженности в отношениях с самим собой. В этом и заключается основная проблема при коммуникации медицинского персонала. Таким образом, главными целями медицинской сестры является наблюдение за пострадавшим с психической травмой, наладить с ним доверительный контакт, быть к нему внимательной, отзывчивой, бдительной и пунктуальной. При наблюдении за такими пострадавшими необходимо знать особенности психики и поведения человека в экстремальных ситуациях, что может привести к нежелательным последствиям.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ»

Ю. Дедловская-Ли¹, З.Т. Лошина²

Студентка гр. 6311, специальность Сестринское дело (1)

Преподаватель

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (2)

В Государственном центре профилактической медицины Минздрава РФ адаптировали к российским условиям рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Методика ВОЗ основывается на масштабных исследованиях и длительных наблюдениях, которые проводились в течение многих лет. Медики изучали зависимость продолжительности жизни и состояния здоровья человека от его дневного рациона и образа жизни. Все рекомендации по здоровому питанию в принципе общеизвестны, однако, поскольку большинство россиян их упорно игнорируют, в стране продолжается рост сердечно-сосудистой и эндокринной заболеваемости, весьма распространено нарушение обмена веществ.

Хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические) являются основной причиной смертности населения и в определенной мере связаны с образом жизни и такими факторами риска, как курение, неправильное питание, низкая физическая активность, стресс и др.

В этих условиях возрастает роль медицинских работников в реализации профилактических программ и обучении пациентов здоровому образу жизни.

Здоровый образ жизни начинается с правильного режима питания.

Правильное питание – это такой способ питания, при котором итогом этого процесса является укрепление и улучшение здоровья, физических и духовных сил человека, предупреждение и лечение различных заболеваний, замедление процессов старения, т.е. правильное питание – это здоровое питание.

Здоровое питание требует потребления с пищей необходимого количества энергии, а также достаточного потребления незаменимых пищевых веществ, в число которых входят витамины, микроэлементы, незаменимые аминокислоты и незаменимые жирные кислоты. Потребности человека в различных пищевых веществах связаны с его энергетическими потребностями, возрастом, полом, ростом и весом. На потребность в пищевых веществах влияют также такие факторы образа жизни, как уровень физической активности, стресс, курение, потребление алкоголя. Ни один пищевой продукт в отдельности не содержит всех пищевых веществ в оптимальных количествах и правильных соотношениях. Вот почему здоровее питание возможно только при потреблении разнообразных пищевых продуктов.

Три основных принципа рационального питания:

- Равновесие между энергией, поступающей с пищей, и энергией, расходуемой в процессе жизнедеятельности.
- Удовлетворение потребности организма в определенном количественном, качественном составе и соотношении пищевых веществ.
- Соблюдение режима питания. Рациональным является 4-х разовый прием пищи: первый завтрак – 25% суточного рациона, второй завтрак – сравнительно легкий (15%), обед довольно сытный (50%), ужин – легкий, не обременяющий желудок (10%).

Создание в системе первичного звена здравоохранения Школ здоровья способствует предупреждению преждевременной заболеваемости и смертности от многих хронических неинфекционных заболеваний.

Учебные программы для Школ здоровья основаны на активном обучении и укреплении способностей пациента в планировании и разработке собственного непрерывного обучения, сотрудничестве пациентов друг с другом и партнерстве медработника и пациента в управлении здоровьем.

Существует множество методов обучения и много возможностей для пропаганды здорового питания. Важно, прежде всего, заинтересовать пациентов, а затем приступить к обучению, и дать ему как можно больше информации и на примерах показать, как влияет выполнение всех условий на здоровье каждого.

Знания – важный, но недостаточный стимул для изменения своего поведения. Для каждого индивидуума повод и мотивация к изменениям различны, и медсестре следует помочь пациенту в поиске мотива. Медсестра должна учитывать готовность пациента к восприятию информации и вовлекать его в процесс обучения, поощрять к установлению собственных целей и самооценке, обучать справляться с трудностями, связанными с соблюдением различных режимов.

Для определения приоритетов в работе среднего медицинского персонала при организации работы Школ здоровья по внедрению программы здорового питания и разработка рекомендаций по ее совершенствованию явилось целью нашего исследования.

Материалы и методы исследования.

Нами было проведено анкетирование лиц молодого возраста (от 18 до 21 года) в количестве 40 человек. Анкета была разработана на основе анкеты ВОЗ. Она включала три направления: «отношение к питанию», «оценка собственного пищевого поведения», «осведомленность о правильном питании».

Результаты исследования по «отношению к питанию», показали, что 50% респондентов считают, что должно соблюдаться равновесие между энергией, поступающей с пищей, и энергией, расходуемой в процессе жизнедеятельности, 33% – не уверены, а 17% не согласны с этим. Ежедневно нужно соблюдать здоровый рацион питания считают 55% респондентов, не уверены – 40%, а не согласны -5%. Необходимо соблюдать режим питания считают 50%, не уверены – 30%, а не согласны – 20%.

Результаты исследования по «оценке собственного пищевого поведения» показали, что всегда (чаще – да) респонденты следят за качеством употребляемых продуктов – 29%, иногда и редко – 32%, а никогда – 39%. Соблюдают здоровый рацион питания всегда (и чаще – да) – 30%, иногда и редко – 50%, а никогда – 20%. Соблюдают режим питания всегда (и чаще – да) – 26%, иногда и редко – 52%, а никогда – 22%.

Результаты исследования по «осведомленности о правильном питании» показали, что 56% респондентов знают, что энергозатраты зависят от возраста, пола, профессии, энергетической ценности рациона, а 44% – не согласны. Питание должно быть сбалансированным и разнообразным считают – 30%, а 70% – нет. Что включает правильный режим питания, верно ответили -37%, а не верно -63%.

Итак, исследование показало, что примерно половина респондентов понимают необходимость соблюдения энергозатрат, здорового рациона питания и режима питания, но в оценке собственного поведения не всегда все выполняют, так как плохо осведомлены о правилах здорового питания и его влиянии на здоровье.

Исходя из этого, медицинская сестра, работающая в школе здорового питания должна выставить приоритеты на мотивацию к здоровому питанию

Мотивация – основной стимул к заданному результату. Первое и главное преимущество правильного питания – великолепное самочувствие, неистощимая бодрость, великолепные показатели мозговой деятельности и бесконечное наслаждение от каждого прожитого момента. Разве не это – мечта любого человека? Стоит лишь на несколько минут себе представить, какой прекрасной будет жизнь, если все ощущения преисполнятся света, радости и неисчерпаемого оптимизма, чтобы понять: сложный этап пере-

хода не так сложен, как богат удивительными ощущениями результат. Вообще рисование картин замечательного будущего – один из самых сильных инструментов психологического преодоления барьера, выстроенного ленью, страхом, сомнениями и прочими врагами личностного прогресса человека. Поэтому использовать его надо обязательно.

Литература

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – № 1. – С. 3-9.
2. Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 1. – С. 42-46.
3. Тутельян В.А., Вялков А.И., Разумов А.Н. и др. Научные основы здорового питания. – Панорама, 2010.
4. Куковякин В.М. Азбука здорового питания // Рипол Классик. – 2007.
5. Безруких М.М., Филиппова Т.А., Макеева А.Г. Формула правильного питания: метод. пособие. – ОЛМА Медиа Групп, 2009.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭЛЕМЕНТОВ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

И.В. Денисова¹, О.А. Лашин²

Преподаватель иностранного языка

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (1),
Преподаватель иностранного языка и общественных дисциплин
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (2)

Междисциплинарное взаимодействие мы рассмотрим как комплексную связь между содержанием отдельных учебных дисциплин и профессиональных модулей, посредством которой достигается внутреннее единство программы подготовки специалистов среднего звена. В данной системе межпредметные связи работают на реализацию профессионального стандарта, формирование определённых стандартом общих (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций. Общие и профессиональные компетенции, представленные в ФГОС, не могут быть сформированы в рамках освоения студентами одной учебной дисциплины и требуют организации методического взаимодействия на межпредметном уровне. Межпредметная интеграция предусматривает определенный вклад каждой учебной дисциплины и профессионального модуля в процесс формирования компетенций.

В соответствии с ФГОС, общегуманитарные дисциплины, и иностранный язык в том числе, в первую очередь работают на формирование

общих компетенций. Профессиональной направленность преподавания иностранного языка рассматривается как общеобразовательная подготовка, на основе межпредметной интеграции с дисциплинами общепрофессионального и профессионального циклов.

Сформированность компетенций является конечным результатом образования, при этом общие компетенции – не отдельная часть учебного плана, они интегрированы в его содержание. В процессе организации обучения, основанного на компетентностном подходе, на первый план выходят самостоятельная познавательная деятельность студента; активность обучаемого при овладении содержанием профессионального образования; максимальный учет индивидуальных особенностей личности; комплексность получения знаний.

Содержательный компонент учебно-методического обеспечения при изучении иностранного языка должен включать материал, несущий актуальную научную информацию по профилю будущей специальности обучаемого. Межпредметные связи создают наиболее благоприятный режим для практического применения языка как средства общения и получения новой полезной информации. Профессионально ориентированное содержание, по нашим наблюдениям, повышает мотивацию студентов к изучению иностранного языка в медицинском колледже.

Обучение студентов профессиональному иноязычному общению помогает сформировать целостное, адекватное современным условиям представление будущих специалистов о своей профессии. На наших занятиях по иностранному языку мы стремимся создать условия, приближенные к реальной профессиональной деятельности, обучаем студентов применять весь комплекс иноязычных коммуникативных умений в профессионально значимых ситуациях.

В этой связи приведем несколько примеров. При освоении ОК 1 ФГОС СПО «Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес», учебный материал выстроен таким образом, чтобы развивать активность, инициативность в процессе освоения профессиональной деятельности, умение аргументировано и полно объяснять сущность и социальную значимость будущей профессии. В этом плане четко прослеживаются междисциплинарные связи с дисциплиной «История здравоохранения Рязанской области», в рамках изучения которой студенты знакомятся с особенностями регионального здравоохранения.

При освоении ОК 2 «Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество» мы концентрируем внимание на аргументированном выборе способов решения профессиональных задач, рациональной организации собственной деятельности во время выполнения самостоятельной и практической работы с опорой на профессиональные компетенции.

Результатом овладения ОК 5 «Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности» является демонстрация навыков использования иноязычной информационно-коммуникационной среды. При формировании ОК 9 «Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности» прослеживается взаимодействие с дисциплиной «Информатика». Так, например, при переводе оригинальных медицинских текстов студенты часто используют электронные словари и специализированные переводческие программы. Такая работа способствует развитию критического мышления и помогает ориентироваться в лавинообразном процессе смены технологий.

Уместно отметить также, что при подготовке к учебно-исследовательским конференциям, при осуществлении самостоятельной работы выполняется большая работа по выбору необходимых ресурсов сети Интернет, по отбору и анализу необходимого материала.

Нельзя также не отметить синтез латинского и английского языков. Используя компаративный подход, мы стараемся сделать изучение иностранного языка более эффективным, актуализируя знания, полученные в курсе латинского языка.

Сложный, многосторонний процесс междисциплинарного взаимодействия требует координации усилий структурных подразделений и отдельных преподавателей колледжа, а также работодателей. Последние могли бы активнее, чем в данный момент, предъявлять свои требования к содержанию рабочих программ по общегуманитарным дисциплинам. Преподавателям иностранного языка необходимы консультации преподавателей специальных дисциплин для коррекции содержательного компонента обучения, полезно совместное обсуждение учебно-методических материалов, проведение конференций, семинаров, круглых столов по проблемам междисциплинарного взаимодействия.

Современная образовательная среда смещает акценты с получения учебной информации на ситуацию практического действия. Поэтому одним из условий эффективного обучения студентов иноязычному профессиональному общению является применение междисциплинарных образовательных технологий, которые, помимо всего прочего создают и поддерживают у студентов высокую внутреннюю мотивацию к изучению иностранного языка.

Литература

1. Берулава М.Н. Теоретические основы интеграции образования. – М.: Совершенство, 1998. – 210 с.
2. Дроздова Д.В. Интегрированное обучение латинскому и английскому языкам в педагогическом колледже. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – № 94. – С. 17-24.
3. Лаврентьева Г.В. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов. – Барнаул: Изд-во Алтайского гос. ун-та, 2002. – 156 с.

4. Попова Н.В. Междисциплинарная парадигма как основа интегративных компетенций студентов многопрофильного вуза (на примере дисциплины Иностранный язык): автореф. дис. ... д.п.н. / Н.В. Попова. – СПб.: 2011. – 50 с.

5. Тормасин С.И., Пучков Н.П. Организационно-методические проблемы интеграции компетенций // Вопросы современной науки и практики. – 2012. – №1 (37).

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ВЫЗВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

K.C. Долгова

Студентка гр. 2401, специальность «Акушерское дело»

Руководитель: преп. Л.М. Гречанинова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Проблемы рациональной фармакотерапии во время беременности обусловлены крайне ограниченными возможностями клинических испытаний лекарственных средств на беременных, возможными осложнениями со стороны плода, побочными действиями лекарственных средств на мать и плод. Актуален также и вопрос о необходимости медикаментозной поддержки нормально протекающей беременности. Беременность является особым состоянием, при котором лекарство назначается сразу двум тесно взаимосвязанным друг с другом пациентам, поэтому такие назначения особенно сложны. Большинство лекарств, принимаемых беременными, способно проникать через плаценту и оказывать на развивающийся эмбрион и плод, как правило, негативное действие. Каждое лекарство таит в себе риск побочного действия, который определяет нежелательное последствие его применения во время или после курса лечения. Побочное действие может зависеть от фармакологических свойств препарата или быть проявлением аллергии. Приём некоторых лекарств беременной особенно опасен в первом триместре – в период органогенеза. Приём лекарственных средств во время беременности может приводить к замедлению внутриутробного развития плода и последующему отставанию ребёнка в физическом и интеллектуальном развитии. Нередко сопутствующие заболевания при беременности оказывают вредное воздействие на плод, что требует применения различных лекарственных препаратов.

Цель работы – изучить особенности обучения беременных правилам приёма препаратов, назначенных врачом.

Лекарственные средства для лечения и поддержания организма беременной в нормальном состоянии назначают врачи. Однако у акушерки в этой сфере также имеются свои обязанности, которые она должна выполнять и это очень важно, потому что может повлиять на дальнейшую судьбу

ребёнка и его родителей. Акушерке следует знать и придерживаться в беседе с беременной следующих правил.

- В первую очередь при общении с беременными пациентками необходимо устанавливать доброжелательные отношения.
- Обязательно рассказывать беременным женщинам, что ни в коем случае нельзя заниматься самолечением, все препараты нужно принимать под наблюдением врача.
- Рассказывать женщинам о тесной связи матери и плода в период беременности, о механизмах действия лекарственных средств на плод.
- Сообщать о пороках развития плода, к которым приводят различные лекарственные средства и по возможности привести примеры.
- Если беременные пациентки задают вопросы, входящие в компетентность акушерки, нужно обязательно давать на них ответы.
- Действительно во время беременности плод и мать являются как бы одним единым организмом.
- Внешние факторы, которые влияют на мать, безусловно, влияют и на плод. Во время беременности плод очень уязвим, и любые неблагоприятные воздействия на него могут приводить к нарушению его нормального развития.
- Самые опасные лекарственные средства при беременности характеризуются тремя механизмами действия (тератогенным, эмбриотоксическим, фетотоксическим).
- Лекарственные средства различных фармакологических групп имеют разные механизмы действия.
- Нарушения развития плода, связанные с приемом некоторых лекарственных средств, могут быть очень серьезными и приводить к инвалидизации.

Таким образом, задачей акушерки является проведение бесед информационного, разъяснительного, профилактического характера о вреде самолечения и несоблюдения назначений врача, что имеет довольно важную роль в обеспечении физиологического течения беременности, рождения здорового ребёнка.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

E.C. Доможирова

Преподаватель ПМ 01 Профилактическая деятельность

Узловский филиал

ГОУ СПО «Тульский областной медицинский колледж»

Первые работы по этой проблеме появились в США. Американский психиатр Н. Freidenberger в 1974 г. описал феномен и дал ему название

"burnout", для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить медицинских работников, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности.

СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Так же это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения.

В настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома «выгорания», но, несмотря на различия в подходах к его изучению, можно заключить, что он предопределяет личностную деформацию. Заложенный в нас природой механизм сопереживания, сочувствия другому человеку устроен таким образом, что мы сначала подсознательно отождествляем себя с партнером по общению, автоматически отражаем, как в зеркале, его телесно-эмоциональное состояние. Инстинктивно воспроизводя ощущения, вызванные эмоциями другого человека, мы принимаем их за свои и в результате «заражаемся» чужим настроением. Как это ни парадоксально, «эмоциональное выгорание» развивается вследствие действия естественных механизмов психологической защиты, в первую очередь – вытеснения эмоций, с помощью которых человек неосознанно пытается отгородиться от неприятных переживаний. Вытесненные из сознания эмоции превращаются сначала в телесный дискомфорт, а со временем – в расстройства.

Профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации, которая является необходимой для медицинского работника. Адаптация к новым, а тем более экстремальным условиям достигается ценой затрат функциональных резервов организма. Реакция организма на внешние и внутренние воздействия протекает в зависимости от силы фактора, времени его воздействия и адаптационного потенциала организма, который определяется наличием функциональных резервов. Нарушение регуляторных процессов приводит сначала к функциональным, а затем и к морфологическим изменениям в организме, свидетельствующим о развитии болезни.

Склонность к профессиональной деформации особенно часто наблюдают у представителей определенных профессий, которые обладают трудно контролируемой и ограничиваемой властью. От решения и воли этих людей зависят здоровье и жизнь других людей. Обладание властью приводит к общественной и психической деформации, особенно если отсутствуют действенные обратные связи – общественный контроль, критика и возможность лишить носителя деформации власти. Медицинский работник тоже обладает определенной властью над больными.

У медицинского работника, который в начале своей профессиональной карьеры очень бурно переживал все события, тяжело влияющие на психику больных (страдания, операции, кровотечения, смерть), постепенно развивается определенная эмоциональная сопротивляемость. Профессиональными деформациями являются поведение и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у окружающих создается впечатление бездушности и даже цинизма. Профессионально деформированный лечащий специалист производит на больного впечатление незаинтересованности и безразличия, не осознавая этого.

Следствием «эмоционального выгорания» является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание снизить объем работы, т. к. медсестре в этом состоянии кажется, что ее чувство хронической усталости и напряжения связаны с перегрузкой. У нее появляется желание устраниться от дополнительных нагрузок, увеличить дистанцию в общении с пациентами и коллегами, избегать новых обязанностей. Формализация общения приводит к тому, что медицинская сестра начинает прятаться за правила, инструкции и становится менее открытой для контакта. Одним из очень серьезных следствий профессионального стресса у медицинских сестер считается появление или заметное учащение соматических заболеваний, поэтому следует задуматься над тем, что беспринципно учащаемые головные боли, повышение АД, частые ОРЗ могут быть соматическими эквивалентами эмоциональных расстройств.

Наряду со стремлением снижать эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто наблюдают обратный вариант, связанный с «трудоголизмом» – стремлением компенсировать ощущение своей недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и напряжением в работе, нередко за счет семейных, дружеских и других значимых для человека отношений. У многих медицинских работников нет никого, кроме супруги/супруга или партнера, с кем можно обсудить личные вопросы. Внося профессиональные вопросы в семью, они рисуют испортить личные взаимоотношения. Они не в состоянии выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие. Образ родителя, который

не способен отключаться от работы и недоступен для своих детей, остается печальным стереотипом.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, характеризуется двумя крайностями – дистанцированием и полным слиянием. При слишком маленькой пространственной и эмоциональной дистанции между индивидуумом и другим человеком специалист “зарождается” его состоянием, как бы втягивается в него, как втягиваются в воронку, где растворяется и теряет “чувство себя”. Это один вариант возникновения синдрома “эмоционального выгорания”.

Другой вариант – человек просто не подпускает других к себе. На общение он идет, подстегивая себя, как бичом, словом “должен”. В этой группе находятся люди, компенсирующие недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет своих детей или не складываются отношения с ними, поэтому он компенсирует неудачи частной жизни в отношениях с окружающими. “Сгорание” – не от непосильной включенности в трудовую деятельность, а скорее от плохого знания себя, неполного разрешения личных проблем, которые не дают возможности почувствовать в общении с людьми легкость и радость.

Говоря о профилактике выгорания у медиков, следует рекомендовать стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса. Необходимо научиться переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в повседневную рутину. Принимая на себя ответственность за характер переживания стресса, вы начинаете обретать контроль над собой и при этом душевно переходите из положения жертвы к состоянию уцелевшего. Можно начать с того, чтобы снова зажечь установку на то, что работа может и должна доставлять удовольствие и возрождать, развивать личные ресурсы.

Чтобы избежать синдрома эмоционального выгорания:

- старайтесь рассчитывать, обдуманно распределять все свои нагрузки;
- учитесь переключаться с одного вида деятельности на другой;
- проще относитесь к конфликтам на работе;
- как ни странно это звучит – не пытайтесь всегда и во всем быть лучшими.

Необходимо помнить, что работа – всего лишь часть жизни. Знание того, что СЭВ фактически является не только и не столько проблемой, сколько проблемой профессии, должно помочь адекватно отнестись к появлению его симптомов и своевременно попытаться внести коррективы в жизнь.

Литература

1. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2005. – 336 с.
2. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб., 2003. 312 с.

3. Арутюнов А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей / А.В. Арутюнов. – 2004. – 165 с.
4. Стress жизни / сост.: Л.П. Попова, В.М. Соколов. – 2000. – 125 с.
5. Турачев Ю., Иовлев Б. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – 2001. – 328 с.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ: ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

O.A. Евдокимова¹, Е.Н. Гарамова², Э.Ю. Головачева²

Студентка 3 курс, специальность «Сестринское дело» (1),
преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Учебная исследовательская работа студентов (УИРС) – это специально организованная, познавательная творческая деятельность студентов, по своей структуре соответствующая научной деятельности, характеризующаяся целенаправленностью, активностью, предметностью, мотивированностью и сознательностью, результатом которой является формирование познавательных мотивов, исследовательских умений, субъективно новых для студентов знаний или способов деятельности [2].

Цели и задачи исследовательской деятельности:

1. анализ актуальности проводимого исследования;
2. постановка цели, формулировка задач, которые следует решить;
3. выбор средств и методов, адекватных поставленным целям;
4. планирование, определение последовательности и сроков работ;
5. проведение исследования;
6. оформление результатов работ в соответствии с целями исследования;
7. представление результатов [3].

Логика построения исследовательской деятельности включает формулировку проблемы исследования, выдвижение гипотезы (для решения этой проблемы) и последующую экспериментальную или модельную проверку выдвинутых предположений. В ходе исследования организуется поиск в какой-то области, формулируются отдельные характеристики итогов работ. Отрицательный результат есть тоже результат.

УИРС является наиболее эффективной для развития исследовательских и научных способностей у студентов. Это легко объяснить: если студент за счет свободного времени готов заниматься вопросами какой-либо дисциплины, то снимается одна из главных проблем преподавателя, а именно – мотивация студента к занятиям. Студент уже настолько развит, что работать с ним можно не как с учеником, а как с младшим коллегой.

То есть студент из сосуда, который следует наполнить информацией, превращается в источник последней. Он следит за новинками литературы, старается быть в курсе изменений, происходящих в выбранной им науке, а главное – процесс осмыслиения науки не прекращается за пределами колледжа и подготовки к практическим занятиям и экзаменам. Даже во время отдыха в глубине сознания не прекращается процесс самосовершенствования. Реализуется известная ленинская цитата: «во-первых – учиться, во-вторых – учиться и в-третьих – учиться и затем проверять то, чтобы наука у нас не оставалась мертвой буквой или модной фразой, чтобы наука действительно входила в плоть и кровь, превращалась в составной элемент быта вполне и настоящим образом» [1].

В Скопинском филиале ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» много времени уделяется УИРС. Я, студентка третьего курса, за время обучения проводила учебные исследования по различным направлениям.

На первом курсе по физике на тему «Звук и его влияние на здоровье человека», мной был изучен не только теоретический материал, но и при посещении кабинета ультразвуковой диагностики ГБУ РО «Скопинская ЦРБ» смогла увидеть на практике применение звука для обследования пациентов, а также изучить технические характеристики приборов для ультразвуковой диагностики.

На втором курсе своего обучения мной были проведены исследования: «Роль физической подготовки в системе воспитания ЗОЖ», «Направления формирования ЗОЖ в Скопине», в ходе которых мной был опрошен ряд респондентов по вопросам ЗОЖ, а также составлен список спортивных сооружений города Скопина и произведена оценка их оснащенности, я изучила отчеты по проводимым спортивно – массовым мероприятиям города за последние три года. В результате анализа и систематизации полученных данных, были сделаны выводы о снижении заинтересованности населения в ЗОЖ из-за недостаточной возможности заниматься спортом.

В этом же году я проводила исследование по микробиологии на тему «Защита атмосферы от загрязнения веществами, содержащимися в вентиляционных выбросах», в ходе которого посетила Скопинский автоагрегатный завод, получила данные о вентиляционных выбросах завода и расчетным путем выяснила степень загрязнения атмосферы нашего города, а также описала последствия, к которым в ближайшее время может привести загрязнение атмосферы.

Также мной проводилось исследование «Компьютер и здоровье подрастающего поколения». В процессе работы был проведен опрос и оценка состояния здоровья школьников младшего и среднего звена школы №4 города Скопина. Результаты показали неутешительные перспективы будущего наших детей.

На третьем курсе я вместе со своими одногруппниками проводила исследование «Биологический и хронологический возраст человека». В ходе работы было проведено анкетирование и тестирование родственников сту-

дентов нашей группы различной возрастной категории и пола. Систематизировав и обработав данные тестирования мы сделали вывод, что у большинства респондентов возраст биологический меньше или равен возрасту паспортному – это является хорошим показателем здоровья населения.

В 2015 году я участвовала в I региональном конкурсе исследовательских студенческих проектов «Профессией горжусь» на базе ООАУ СПО «Старооскольский медицинский колледж» Белгородской области. Мной была представлена работа на тему: «Подвиг фронтовых медсестер в годы Великой Отечественной войны(По страницам газеты «Скопинский вестник»)». В ходе исследования были изучены материалы газет «Скопинский вестник», а также я посетила медработников нашего города, участников ВОВ, и побеседовала с ними.



В этом же году я участвовала и во II региональном конкурсе исследовательских студенческих проектов «Профессией горжусь» на базе того же колледжа. На этот конкурс мной совместно со студентом 4 курса И. Холиным была представлена работа на тему: «Формирование понимания и социальной значимости своей будущей профессии через знакомство с первым директором Скопинского медицинского училища Лиловой К.Л.». Работа проводилась по материалам интервьюирования Клавдии Львовны Лиловой (видеоматериалы, фотографии, документы, вырезки из газет, сборник стихов).

Итог исследовательской работы не столько предметные результаты, сколько интеллектуальное, личностное развитие студентов, рост их компетентности в выбранной для исследования сфере, формирование умения сотрудничать в коллективе и самостоятельно работать, уяснение сущности творческой исследовательской работы. Она является отличной подготовкой для написания будущих курсовых и дипломных работ, а также стимулом для разностороннего изучения и углубления в проблемы современной жизни. Я с большим удовольствием занимаюсь УИРС и уверена, что в будущей профессиональной деятельности продолжу эту работу.

Литература

1. Википедия. Ленинские фразы – [Электронный ресурс]. – <https://ru.wikipedia.org/>
2. Словари и энциклопедии на Академике. – [Электронный ресурс]. – http://research_activities.academic.ru/
3. Солотенкова Е.В. Учебно-исследовательская работа студентов как средство формирования профессиональных компетенций [Текст] // Научное обеспечение инновационных процессов в профессиональном об-

разовании: материалы регион. науч.-практ. конференции, 15 мая 2007 г., г. Рязань / под ред. Л.В. Кудиновой; Упр. по делам образования, науки и молодежной политики Ряз. Обл.; Гос. образоват. учр-е доп. профессион. обр-я «Ряз. обл. ин-т развития образования». – Рязань, 2007.

ВРАЧЕБНАЯ ДИНАСТИЯ, КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ РЕАЛИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

E.A. Егорова

Студентка 2 курс, лечебный факультет, 14 группа
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Врачебная династия-совокупность лиц, имеющих медицинское образование, занимающихся одной и той же профессиональной деятельностью, объединенных трудовыми, моральными и родственными отношениями; передающих свой опыт из поколения в поколение, хранящие верность медицине в изменяющихся социально-политических и экономических условиях.

Говорят, что самые счастливые люди те, кто угадал свое предназначение в жизни. Испокон веков одной из самых уважаемых и почитаемых была профессия медицинского работника. К нему шли за помощью, за советом и просто добрым словом. Профессия медработника- одна из тех, где преемственность поколений играет положительную роль, помогает добиться наилучших результатов. Окончание медицинского института, получение диплома и ежедневное пребывание на работе не сделает из тебя профессионала. Настоящий врач тот, для кого медицина стала образом жизни, неотъемлемой её частью. Очень часто такие патриоты своей профессии воспитывают достойную смену- собственных дочерей и сыновей, которые идут по стопам родителей. Именно так возникают врачебные династии. Издревле на Руси существовала традиция: представители одной семьи занимались одним видом деятельности. Люди подчас выбирали одну дорогу в жизни, одно и то же лечебное учреждение. По воле судьбы они открывали одну и туже дверь учебного заведения, заходили в одни и те же аудитории, слушали лекции одних и тех же преподавателей.

Если в семье существуют не только родственные, но и профессиональные узы, то такая семья, как правило, более крепкая. В таких семьях больше душевного тепла. Её члены могут рассчитывать на большее взаимопонимание и поддержку. Мне посчастливилось родиться именно в такой врачебной семье. Родоначальницей нашей медицинской династии стала бабушка. Будучи еще ребенком, ей приходилось лицезреть боль и страдания раненых на фронте бойцов. Именно тогда у нее возникло неудержанное желание помогать людям справляться с недугом. Окончив школу, бабушка

твердо решила связать свою жизнь с лечебной деятельностью и поступила в медицинское училище. Став медсестрой, она хотела продолжить обучение в институте и стать врачом, но в силу объективных обстоятельств, к сожалению, её мечта не осуществилась... Бабушка 40 лет проработала в медицине, из них 18 лет была старшей медицинской сестрой. Любовь и верность лечебному делу она передала своей дочери (моей маме), которая с отличием закончила медицинское училище, став хирургической медсестрой. Позднее мама поступила в медицинский институт, где и познакомилась с моим папой. В жизни будущих врачей особое место имеет научная деятельность. Поэтому родители охотно занимались в кружках на кафедрах института. По окончанию Рязанского медицинского университета они приступили к врачебной деятельности. Мама и папа всегда были рады, что избрали именно такой путь, получали моральное удовлетворение от своей работы. Вечерами за семейным ужином частенько обсуждали трудовые будни, спорили, находили коллегиальное решение профессиональных вопросов.

Родители понимали, что своих детей нельзя заставлять выбирать ту или иную профессию. Они должны сделать выбор самостоятельно, осознанно. И тогда все получится! Обучаясь в школе, я изначально отдавала предпочтение химическим и биологическим наукам, и уже с 9 класса начала упорно готовиться к поступлению в Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Связать свою жизнь с медициной и продолжить врачебную династию – стало для меня делом чести. Могу сказать, что за два года обучения в ВУЗе, я ни разу не усомнилась в правильности своего решения.

Выбор профессии – серьезный жизненный шаг, а желание стать врачом- это особый образ жизни, это огромное желание лечить без всякой корысти, не жалея себя. А ведь взять на себя ответственность за жизнь и здоровье другого человека не каждому под силу!

Во врачебных династиях члены одной или нескольких семей передают от поколения к поколению свой опыт, профессиональные знания, трудовые навыки, нормы профессионального поведения. Именно здесь сохраняется верность медицине в изменяющихся социально- политических и экономических условиях.

Литература

1. Замогина И. Врачебные династии // Родная сторона. – 2013.
2. Калашникова К.А. Профессиональные династии в современном российском институте здравоохранения.
3. Посухова О.Ю. Профессиональная династия как результат семейных стратегий: инерция или преемственность // Власть. – 2013. – №12.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ВНЕАУДИТОРНАЯ РАБОТА КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

O.B. Ермишикина
Зав. учебным отделением
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Социально-профессиональная адаптация – важнейшая часть профессионального становления и развития личности будущего специалиста. Наука рассматривает её как целостный процесс, результат согласования личностных и социально-профессиональных потребностей, приспособления к условиям профессиональной деятельности и социума. По мнению многих педагогов-исследователей социально-профессиональная адаптация студентов во многом зависит от их уровня учебной, социальной и профессиональной самостоятельности. И, безусловно, с этим мы не можем не согласиться. На наш взгляд, качество, а главное, эффективность системы самостоятельной учебной работы является важным критерием, оценивающим работу учебного учреждения по социально-профессиональной адаптации студентов.

Педагоги-исследователи в своих научных работах рассматривают самостоятельную внеаудиторную работу как:

- составную часть учебного процесса;
- часть воспитательного процесса;
- метод развития самостоятельного мышления и формирования навыков самостоятельного умственного труда;
- как путь к профессиональной карьере, основанный на самообразовании и активных самостоятельных действиях.

На сегодняшний день в профессиональной педагогической литературе описаны различные методы и формы организации самостоятельной учебной деятельности студентов. Формами внеаудиторной самостоятельной работы могут являться: устная работа с источником, самостоятельное конспектирование, составление сообщения, доклада в устной и/или письменной форме, сочинения, эссе, реферата, исследовательская работа.

В Рязанском медицинском колледже для обучения студентов используют все формы внеаудиторной самостоятельной работы. При предъявлении заданий для внеаудиторной самостоятельной работы учитывается уровень подготовленности того или иного студента. Перед предъявлением внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель проводит консультацию за счет объема времени, отведенного на изучение дисциплины, на которой обозначает цели задания, его содержание, сроки выполнения, объем работы, основные требования к результатам работы, критерии оценки, формы контроля и предлагает к изучению литературу, необходимой для выполнения внеаудиторной самостоятельной работы. Также преподаватель

предупреждает о возможных типичных ошибках, встречающихся при выполнении задания.

Во всяком случае, какой бы из подходов мы не приняли за основополагающий, самостоятельная учебная работа в качестве фактора социально-профессиональной адаптации студентов должна быть правильно и эффективно организована. Как раз в решении данной задачи во многом находит свое выражение мастерство преподавателя. Считается, что самостоятельно добытое знание усваивается лучше и помнится дольше, чем знание «готовое», сообщенное преподавателем. Но научить студентов правильно, рационально и результативно организовывать свою самостоятельную внеаудиторную работу – это уже, на наш взгляд, профессиональная задача педагога.

Преподаватель должен направить студентов, сообщив о формах, средствах, методах внеаудиторной самостоятельной работы, подсказать, с помощью, каких методов, средств и форм заданий обучающийся сможет достигнуть поставленных целей. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины. Виды заданий для самостоятельной работы, их содержание могут иметь различный характер, в зависимости от специфики изучаемой дисциплины. Студент должен знать, в какой срок он должен выполнить эту работу. Этот срок определяется преподавателем.

Для методического обеспечения и руководства самостоятельной внеаудиторной работой обучающихся в Рязанском медицинском колледже разрабатываются учебные пособия, методические рекомендации по самостоятельной подготовке к различным видам занятий (практическим, лабораторным и т.п.) с учетом специальности, учебной дисциплины или модуля, особенностей контингента студентов, объема и содержания самостоятельной работы, форм контроля и т.п.

Внеаудиторная самостоятельная работа может осуществляться индивидуально или группами студентов в зависимости от цели, объема, сложности, конкретной тематики задания, уровня подготовленности студентов. Преподаватель в обязательном порядке отслеживает результаты самостоятельной работы студентов. Для этого он организует разные формы проверки. Студенты обязательно должны знать критерии оценки выполняемой работы. Итог внеаудиторной самостоятельной работы студента, как правило, подводится в виде отметки. Оценивание результатов внеаудиторной самостоятельной работы проводится в баллах: «5» («отлично»), «4» («хорошо»), «3» («удовлетворительно»), «2» («неудовлетворительно»). Критерии оценивания разрабатываются преподавателями дисциплин в зависимости от выбранной формы самостоятельной работы.

В качестве форм и методов контроля внеаудиторной самостоятельной работы в Рязанском медицинском колледже используются зачеты, контрольные работы, тестирование, защита творческих работ и др.

Критериями оценки результатов внеаудиторной самостоятельной работы являются:

- уровень освоения студентами учебного материала;
- обоснованность и четкость изложения ответа;
- умения студента использовать теоретические знания при выполнении практических заданий;
- оформление материала в соответствии с требованиями.

Таким образом, на основе собственного опыта и изучении работ других педагогов-исследователей, мы можем сделать вывод, что правильно организованная и постоянно направляемая преподавателем самостоятельная внеаудиторная работа студента способствует развитию у него навыков самообразования, критического мышления, коммуникативных и творческих способностей, обеспечивая непрерывность продвижения от начального уровня усвоения знаний, умений и навыков до уровня, который соответствует качественному овладению учебной дисциплиной. Подобным образом создается основа для социально-профессиональной адаптации и самосовершенствованию личности на протяжении всей жизни.

АКТИВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Е.Н. Ефимова, И.В. Клушина, Т.И. Панькова, Н.А. Пронина
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Реформа здравоохранения, проходящая в нашей стране, особенно актуальным ставит вопрос подготовки высокопрофессиональных кадров со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Дополнительное медицинское профессиональное образование является одной из основополагающих систем, обеспечивающих решение этой задачи.

За последние годы в системе образования среднего звена произошли значительные перемены:

- разрушен стереотип о работнике со средним медицинским образованием только как о помощнике врача;
- внедряются новые технологии в практическое здравоохранение;
- разработаны и внедрены новые государственные образовательные стандарты, предусматривающие многоуровневую систему подготовки специалистов среднего звена;
- утверждена номенклатура специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала;
- активно работают профессиональные ассоциации.

В современных условиях реформирования здравоохранения, в период бурно развивающихся новых медицинских технологий существующая

система дополнительного профессионального образования уже не отвечает запросам заказчиков образовательных услуг, как работодателей, так и практикующих специалистов. Более того, можно говорить о кризисе системы дополнительного профессионального образования средних медицинских работников, предпосылками которого явились следующие факторы:

- изменение экономической модели государственного управления;
- разделение системы здравоохранения на государственный и частный сектор со значительным выходом последнего из-под государственного контроля;
- распространение на медицинские и образовательные программы понятия и признаков товара (как услуги) с признаком всех свойств, определяющих товар;
- существенное различие образовательного потенциала в центре и на периферии;
- изменение системы финансирования организаций, осуществляющих медицинскую деятельность

В современных условиях эффективность труда медицинского работника во многом зависит от его профессионального совершенствования и требует от него постоянного улучшения теоретической подготовки и совершенствования практических навыков. Прежде всего, с переходом на систему страховой медицины изменились требования к качеству оказания медицинской помощи.

Новые возросшие потребности здравоохранения потребовали создания дополнительных программ обучения, изменения структуры постдипломного образования средних медицинских работников. Опираясь на действующую законодательную базу, появился такой термин, как «непрерывное медицинское образование», где основной составляющей является обязательное для медицинских и фармацевтических работников постоянное обучение по программам повышения квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей жизни. Система дополнительного профессионального образования требует разработки новых форм, которые наряду с имеющимися займут достойное место в данной системе обучения.

Одной из таких форм является накопительная система зачетов часов. Внедрение предлагаемой накопительной системы позволит укоротить формальные программы повышения квалификации, проводимые каждые пять лет и дополнить их ежегодным непрерывным повышением квалификации в форме контролируемого самообразования. Этот комбинированный метод последипломного образования позволит повысить профессиональный уровень средних медицинских работников, и, следовательно, качество оказываемой ими медицинской помощи населению. Стоит заметить, что внедрение накопительной системы не предполагает отмену существующей системы после-

дипломной подготовки средних медицинских работников, а дает им право выбора способа повышения своей профессиональной компетентности.

«Непрерывное повышение профессиональной компетентности» – это способность медицинских работников среднего звена систематически и постоянно повышать и расширять уровень знаний, умений и навыков, совершенствовать мышление и личные качества, требуемые для оказания квалифицированной, безопасной помощи в соответствии с международными показателями.

Еще один шаг, способствующий разрешению проблем, развитию и совершенствованию системы непрерывного образования – это подготовка, переподготовка и повышение квалификации кадров должна проводиться с учетом структурной перестройки здравоохранения и потребности в конкретных специалистах, а объемы последипломной подготовки кадров определяются на основании заказов учреждений здравоохранения.

Руководствуясь всем вышеизложенным на базе центра дополнительного профессионального образования «Рязанского медицинского колледжа», помимо основных циклов, регламентированных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.06.1998 года № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» по заданию министерства здравоохранения и министерства социального развития Рязанской области за последние 5 лет разработаны и реализованы дополнительные программы последипломного образования:

1. «Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов» 72 часа, проучено 60 человек.

2. «Организация хранения, учета, отпуска лекарственных препаратов в медицинских организациях, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность» 72 часа, проучено 437 человек на основании Федерального Закона от 12.04.2010 года № 61 «Об обращении лекарственных средств» ст. 55.

3. «Общая практика» 144 часа, проучено 288 человек по заданию губернатора Рязанской области в связи с открытием приема в поликлиниках города и на базе ЦРБ.

4. «Подготовка водителей автотранспортных средств по оказанию медицинской помощи пострадавшим» 36 часов, проучено 171 человек по Национальному проекту «Подготовка (переподготовка) медицинских кадров и водителей санитарного транспорта, участвующих в оказании первой медицинской помощи лицам, пострадавшим при ДТП»

5. «Особенности подготовки медицинских сестёр по ЭКГ в условиях современной диспансеризации» 72 часа, проучено 32 человека

6. «Пользователь ПЭВМ» 72 часа, проучено 204 человека

7. «Организация хранения, учета и отпуска лекарственных препаратов в отделениях ООМД» 72 часа, для старших медицинских сестёр отделений и подразделений ООМД, проучено 145 человек

8. «Современные аспекты управления, экономики здравоохранения» 72 часа, для старших медицинских сестёр отделений и подразделений ООМД, проучено 109 человек

На основе накопленного опыта работы перед Центром дополнительного профессионального образования стоят следующие цели и задачи:

1. повышать профессиональный уровень специалистов на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;
2. обеспечивать непрерывность и преемственность подготовки, координируя деятельность учебных заведений и медицинских организаций;
3. развивать накопительную систему последипломного образования медицинского и фармацевтического персонала среднего звена;
4. развивать информатизацию обучения;
5. формировать электронные библиотеки и справочно-информационные базы данных;
6. внедрять информационные технологии и системы менеджмента качества в образовательный процесс.

Реализация намеченного должна обеспечить дальнейшее развитие системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования и улучшить его соответствие кадровым запросам практического здравоохранения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.Н. Игошева

Студентка 3 курс, 3 гр., факультет ВСО

Научный руководитель: А.А. Низов

Цель работы: оценить качество жизни и уровень психического здоровья больных СД, разработать рекомендации для медицинского персонала, работающего с больными СД.

Сахарный диабет – одно из самых часто встречающихся хронических заболеваний по всему миру. По данным Международной Диабетической Федерации сейчас в мире насчитывается не менее 360 млн. больных сахарным диабетом. Главную опасность СД составляют его осложнения. При СД возрастает тяжесть сопутствующих заболеваний. Риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда увеличивается в 2 раза, патологии почек – в 17 раз, гангrene нижних конечностей – в 20 раз, гипертонической болезни – более чем в 3 раза. Основными причинами смерти больных СД являются сердечно-сосудистые заболевания (66%), инфекции (11,1%), хроническая почечная недостаточность (6,7%).

СД относится к заболеваниям с высокой социальной значимостью. Данное заболевание может развиться в любом возрасте, его последствиями может быть ранняя инвалидизация, большое количество осложнений часто вызывает угрозу жизни.

Всё это влияет не только на соматическое, но и на психическое самочувствие больных, на их восприятие мира и своего заболевания. Не редки случаи, когда СД становится не просто болезнью, а образом жизни. Болезнь заставляет человека изменить привычки, образ жизни и в конечном итоге появляются новые личностные особенности. Оценить влияние заболевания на жизнь больного и эффективность оказываемой ему медицинской помощи можно через оценку качества жизни. Качество жизни (КЖ) – это многомерное понятие, отражающее влияние заболевания и результатов лечения на физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного, а в некоторых случаях на экономические и духовные аспекты его существования. Уровень КЖ является одним из диагностических критерий успешности лечения.

Наше исследование проходило на базе Касимовская ЦРБ Тумская РБ. В эксперименте приняло участие 30 человек больных Сахарным диабетом 2-типа в возрасте от 45 до 75 лет и 30 условно здоровых человек в возрасте от 45 до 75 лет. Все участники экспериментальной группы проходили лечение в дневном стационаре. Испытуемым предлагалось заполнить три методики (ВОЗКЖ-26, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Опросник качества жизни SF-36). Полученные результаты подсчитывались, проводилась качественная и количественная обработка. Исходя из полученных результатов, можно сделать следующие выводы:

- У большинства больных СД диагностируется клинически выраженная форма тревоги.
- У большинства больных СД диагностируется субклиническая форма депрессии.
- Уровень КЖ у больных СД ниже чем у условно здоровых людей.
- У больных СД снижен уровень физического, психического, эмоционального функционирования.
- Больным СД оказывается меньше микросоциальной поддержки.
- Общее состояние здоровья больных СД снижено.
- У больных СД снижен уровень жизненной активности.

На основе полученных данных были разработаны рекомендации для медицинских сестер по особенностям работы с больными СД не только с клинической, но и с психологической стороны. Выполнения рекомендаций будет способствовать установке доверительных отношений и улучшению самочувствия больного.

ЭТИКА И КУЛЬТУРА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Т.А. Исаева А.С. Пронкина

Студентки гр. 6204, специальность «Сестринское дело»

Научный руководитель: преп. А.Л. Шумова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Каждый человек, выбирая свою профессию должен взвесить все «за» и «против» и понимать, что от него будет требоваться и чего он сам хочет достичь. Тема «Профессиональные качества и ценности медицинской сестры» в первую очередь опирается на этический кодекс медицинской сестры России.

В настоящее время, возрастает уровень требований общества к личности работника профессиональной сферы «человек – человек», ориентированного на общечеловеческие ценностные приоритеты.

Медицинской сестре важно обладать такими качествами как гуманность ответственность, милосердие, умение хранить профессиональную тайну, уметь уважать как свои человеческие достоинства, так и пациента. В статье № 5 «Уважение человеческого достоинства» говорится: «Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Она должна активно вмешиваться в ситуациях, когда личное достоинство пациента во взаимодействии с медицинскими или социальными системами подвергается унижению. Проявление высокомерия, патернализма, пренебрежительного отношения или унизительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения».

Медицинской сестре свойственно правильно выполнять свои обязанности, иначе из-за мельчайшей ошибки она может подвергнуть опасности жизнь пациента. Доказано, что при поддержке медицинской сестры пациенту проще справляться со своими болезнями.

Медсестра в первую очередь непосредственно является важным звеном между врачом и пациентом. В ее компетентность входит соблюдать определенные правила общения и поведения между медсестрой и пациентом. Медицинская сестра уважает конфиденциальность и скромность пациентов, поддерживая такие стандарты сестринской практики, которые минимизируют вторжения в личное пространство пациента.

У человека выделяют 5 ступеней потребности. Одна из них (4 ступень) – это потребность в достижении успеха, иметь жизненные ценности. Потребность будущих медицинских работников – соответствовать в своей деятельности нормам и принципам, современным показателям профессионализма.

Медицинская сестра, также имеет свои ценности и хочет достичь определённых успехов в своей профессии. Такими ценностями являются:

- Внимание к чувствам другого человека, приятие, интерес:

Участия нельзя добиться сразу, для его развития требуется время.

- Умение слушать:

Означает открытость миру, мыслями и чувствами других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Это активные сознательные усилия по формированию участия, а не просто пассивное восприятие.

- Сосредоточить внимание – значит подавить собственные предрассудки, предубеждения, чувство озабоченности и любые иные внутренние или внешние факторы. Медсестра, умеющая слушать, легче распознает потребности пациента, не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся «темы» в высказываниях пациента.

- Открытость – это раскрытие своего внутреннего «я» другому человеку; оно предполагает взаимность.

- Искренность – это понимание своих внутренних чувств и мыслей и правильное их выражение, как словесно, так и в иной форме. Она сопутствует возникновению и поддержанию доверия к самому себе, а также между собой и другими, перерастающему в свободное и открытое общение.

- Уважение подразумевает теплоту, расположение и приятие другого человека как достойную личность, невзирая на её недостатки. Ощущение того, что тебя уважают, необходимо для развития и поддержания здоровья.

Медицинская сестра – это не только наиболее массовая специальность среди медицинских работников, но и связующее звено между человеком, нуждающимся в медицинской помощи, и лечащим врачом. Способность человека применять знания, умения, отношения и опыт в знакомых и незнакомых трудовых ситуациях, включает потребность в саморазвитии, инструментальные показатели и факторы, показывающие готовность современного медицинского работника к качественной профессиональной деятельности.

Профессиональную компетентность медицинского работника можно охарактеризовать положительно, если он может работать самостоятельно, формировать цели своей профессиональной деятельности, концентрировать внимание на выявлении и решении профессионально ориентированных задач. Знания и умения специалистов сестринского дела помогают им выявлять психологические проблемы пациента и устанавливать с ними психологический контакт, разрабатывать программу индивидуального ухода и оказывать моральную поддержку при проведении лечения.

У каждого человека в процессе формирования его личностных качеств, складывается индивидуальное представление о здоровье, болезни и факторах, приводящих к ней. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, привычкам, взглядам и религиозным убеждениям.

Культуру поведения медицинского работника можно разделить на 2 вида:

1. Внутренняя культура. Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбия, чувство коллегиальности.

2. Внешняя культура. Приличия, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т.д. Основными качествами медицинского работника, причём качествами именно его внутренней культуры является:

- скромность;
- простота;
- справедливость;
- честность;
- доброта;
- внешний вид.

Таким образом, для выполнения этических требований медицинской сестре необходимо использовать знания медицинской психологии, диагностики проблем пациента и учитывать факторы культуры, как медицинской сестры, так и пациента.

ПРОФЕССИНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Т.Н. Кирбичёва

Педагог-психолог

МБОУ «Школа №3 «Центр развития образования», г. Рязань

Согласно концепции профильного обучения выпускник основной школы должен совершить ответственный выбор- предварительное самоопределение в отношении профиiliрующего направления собственной деятельности.

Однако, как показывает многолетний опыт, готовность к ситуациям самоопределения оказывается недостаточной. Это определяет необходимость уделять внимание ситуации выбора школьниками профиля обучения.

Профильная ориентация должна рассматриваться не только как помочь в принятии школьником решения о выборе направления и места дальнейшего обучения, она предполагает работу по повышению готовности подростка к социальному, профессиональному и культурному самоопределению в целом [2].

Профильные классы в нашей школе существуют более двадцати лет, мы «пионеры» профильной школы. Надо отметить, что большинство наших выпускников выбирают профессию и вуз именно по тому профилю обучения, который они выбрали в старшей школе. Я считаю, что это про-

исходит благодаря правильно организованной работе по профессиональной ориентации, которая начинается на этапе предпрофильной и профильной подготовки.

На данных этапах мною реализуются курсы профилактической направленности в рамках урочной деятельности. Цель курсов – дать подростку почувствовать радость самопознания, помочь ему осознать свою неповторимость; сформировать у учащихся первичные умения анализировать любую социальную ситуацию, представляющую возможность делать обоснованный выбор из нескольких вариантов, принимать на себя личную ответственность за своё решение, задуматься о будущем. Программы данных курсов не претендуют на глубокий самоанализ, они построены с учётом информационной нагрузки учащихся. В результате занятий у учащихся актуализируется процесс профессионального и личностного самоопределения, повышается самооценка, происходит коррекция эмоционального состояния, совершенствуются навыки самопрезентации и уверенного поведения, которые помогут в успешной социальной и профессиональной социализации [1].

Профориентационные курсы прежде всего призваны побудить учащихся задать себе вопрос: «А является ли мой выбор профиля класса и профессии правильным и обоснованным?»

Чтобы ответить на этот важный для каждого старшеклассника вопрос, мною разработана система индивидуального и группового консультирования для старшеклассников и их родителей.

В процессе консультирования ребята могут пройти комплексную профориентационную диагностику, обсудить со мною её результаты. Одна из основных проблем, возникающих во время беседы – конфликт интересов детей и родителей.

Для меня, как психолога, важно предостеречь родителей от категорических рекомендаций и указаний. Большинство родителей сами слабо знают мир профессий, почти не ориентируются в профессиональных возможностях своих детей. Дети не отвергают влияния родителей на свой выбор профиля обучения и профессии, наоборот, современные старшеклассники готовы принять их помощь. Вопрос в другом: как сделать это грамотно и ненавязчиво?

Мне хочется поделиться своим опытом в решении данной проблемы. Конечно, я встречаюсь с родителями на собраниях, знакомлю их с современным рынком труда, с составляющими успешного выбора профессии. Но есть вопросы, которые решаются лишь «тет-а-тет» между родителем и психологом. Роль психологического консультирования по этой проблематике трудно переоценить.

Важно отметить, что данный вид деятельности предполагает полную добровольность. Это означает достаточную мотивацию, эмоциональную готовность родителей к встрече, желание изложить всё, что кажется важным.

Первая встреча, как правило, проходит с одним из родителей (чаще с мамой), важно при этом обсуждать не самого ребёнка, а именно его проблему. Вторая и, если необходимо, последующие встречи – это уже встречи с обоими родителями и с ребёнком. На мой взгляд, проблема выбора образовательного маршрута и профессионального пути настолько важна, что именно всей семье следует прийти к консенсусу.

На семейной консультации для меня важно: во-первых, чтобы родители услышали, что беспокоит их ребёнка; во-вторых, чтобы у них появилось желание действительно быть полезным ему в разрешении проблемы; в-третьих, важно развить у родителей чувство веры в возможности собственного ребёнка, который имеет право на собственную жизнь со своими чувствами и желаниями. Моя задача – по возможности уберечь родителей от опрометчивых решений, ненавязчиво «подвести» их к принятию адекватных решений, которые будут способствовать в дальнейшем личностному росту ребёнка и в то же время, оградят его от ненужных жизненных разочарований [3].

Обучаясь в профильном классе, погружаясь в мир естественных наук, ребята всё равно часто не уверены в своём профессиональном выборе. Последние два года всё более популярной становится волонтёрская деятельность, которая помогает учащимся окончательно убедиться в правильности своего выбора. Пройдя практику в медицинских учреждениях города, старшеклассники получают возможность получить первичные профессиональные навыки, понять, испытывают ли они потребность помогать людям, умеют ли сочувствовать и сопереживать чужой беде. Баллы, которые получают выпускники за волонтёрство при поступлении в медицинские вузы, служат хорошим источником внешней мотивации.

Педагогический коллектив школы хорошо осознаёт, что даже грамотно организованный процесс профессиональной ориентации не решит всех проблем профессионального и личностного самоопределения учащихся, однако, он помогает старшеклассникам овладеть навыками рефлексивного поведения, способствует их личностному росту, а также, что немаловажно, позволяет избежать ненужных конфликтов в семьях наших воспитанников.

Литература

1. Резапкина Г.В. Психология и выбор профессии: программа предпрофильной подготовки. – М.: Генезис, 2007.
2. Пряжников Н.С. Профориентация в школе: игры, упражнения, опросники (8-11 классы). – М.: ВАКО, 2005.
3. Чернявская А.П. Психологическое консультирование по профессиональной ориентации. – М.: Владос, 2001.

ПАТРИОТИЗМ, МИЛОСЕРДИЕ И ГУМАНИЗМ КАК ОСНОВА ЛИЧНОСТНОГО РОСТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

И.В. Кирсанова

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Каким должен быть медицинский работник? Он должен знать очень много, если не все, о заболеваниях и лечении, ведь любая ошибка может стоить слишком дорого. Должен уметь быстро принимать решения в сложной ситуации. Пациенты и начальство бывают разными, значит, медицинскому работнику надо быть стрессоустойчивым. Все эти качества хорошо развиты и у компьютера. Почему же в век новых технологий нельзя заменить врача машиной?

В практике любого медицинского работника встречаются пациенты, которые не придерживаются назначенного лечения. Даже самая лучшая схема не сможет помочь им: они просто не будут принимать препараты, поэтому врач не только назначит лечение, но и подробно объяснит, зачем нужен каждый препарат, убедит принимать его.

Хороший врач лечит не только препаратами, диетой, режимом и процедурами, но и словом. Общение с пациентом, попытка разобраться в его сложностях, проблемах, переживаниях, улучшит его состояние.

В нашем Университете студенты изучают психологию, философию, биоэтику. Но, к сожалению, одни теоретические знания о том, как надо говорить, что надо говорить, не всегда помогают.

Пациенту нужно стремиться помочь, относиться к нему снисходительно. На занятиях этому не научишь, именно поэтому в Рязанском Государственном Медицинском Университете так развито волонтерское движение.

Волонтерские отряды "Рука об руку", "Друзья" и "Не ради славы" занимаются с детьми из школ-интернатов и рязанского дома малютки. Волонтеры играют с детьми, учат их играть на гитаре, вышивать, делать фигурки из бумаги, разговаривают с ними о здоровом образе жизни, проводят спортивные игры.

Волонтерский отряд "Звезда" оказывает адресную помощь ветеранам. Ребята помогают им в проведении уборки в доме, подготовке к праздникам и особым событиям в их семьях, в весенне-летний период работают на приусадебных участках, общаются с ветеранами. Ребята учатся уважать пожилых людей, понимать, что это раньше они были сильными и здоровыми, а сейчас им очень нужна наша помощь и забота.

Наши звездные отряды помимо общения с детьми и ветеранами, организации концертов и дискотек, проводят медицинские осмотры населения.

"Донор" проводит акции безвозмездного донорства крови и адресную помощь пациентам.

Работа волонтерских отрядов нужна не только тем, кому они призваны помогать, но и студентам-волонтерам, которые развиваются в себе патри-

отизм, гуманизм и милосердие, так необходимые в работе любого медицинского работника.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

O.A. Кирюшина

ГБСУ РО «Ардабьевский п/н интернат», г. Касимов

Наличие эффективного подхода для оценки качества жизни и психического здоровья при различных заболеваниях является необходимостью для решения проблем, связанных с качеством жизни населения.

Актуальность исследования подтверждается тем, что в настоящее время гипертоническую болезнь (ГБ) относят к заболеваниям, имеющим очень высокую распространенность во всем мире, которая среди взрослого населения составляет 15-25%. По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных причин высокой смертности во всем мире (31% от общей смертности населения). Более 80% случаев смерти от ССЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода, почти в равной мере среди мужчин и женщин.

Комплексная оценка показателей гемодинамики, физических и психоэмоциональных параметров качества жизни способствует более глубокой оценке функционального состояния больных [3].

Цель исследования: оценка качества жизни и психического здоровья у больных гипертонической болезнью определить показатели параметров КЖ по опроснику SF-36 у больных ГБ и их динамику под влиянием терапии.

Методы исследования: исследование проводилось на базе поликлиники №2, по адресу: ул. Железнодорожная, д. 35.

Было обследовано 237 человек с диагнозом гипертоническая болезнь I и II, III стадий. Из этого количества было выделено 100 пациентов (рис. 2) и 96 здоровых лиц.

Из них 20 – женщины и 80 мужчин. Среди них количество мужчин составило 80 (80 %), женщин – 20 (20%).

Критериями включения в основную группу служили:

1. Наличие у пациентов документально установленного диагноза гипертонической болезни.

2. Возраст от 25 до 55 лет.

Критериями включения в контрольную группу служили:

1. Отсутствие у пациентов диагноза гипертонической болезни.

2. Возраст от 25 до 55 лет.

По возрастному признаку количество опрошенных больных с ГБ до 30 лет составляет 50% (50 чел), от 30 до 40 лет 35% (35 чел.), свыше 45 лет 15% (15 чел.) от общего числа опрошенных (рис. 1).

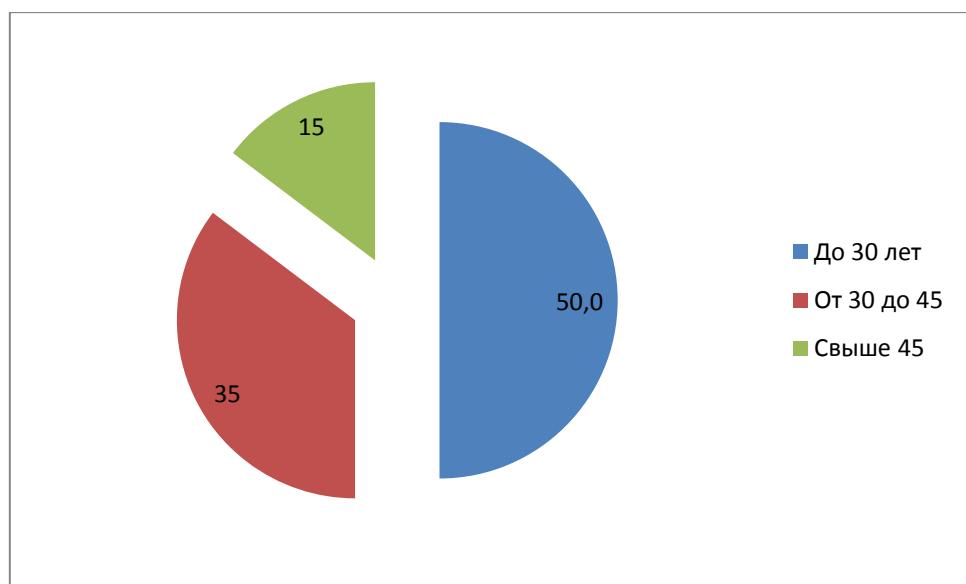


Рис. 1. Возрастная категория респондентов

Причем мужчины участвующие в опросе находятся в группе от 30 до 40 лет – 4 человека, и до 30 лет – 7 человек; женщины до 30 лет – 10 чел., от 30 до 45 лет – 8 чел., свыше 45 лет – 5 чел.

Исследуемые были сопоставимы по социально-демографическим и клиническим параметрам.

Для оценки качества жизни пациентов с гипертонической болезнью был применен метод тестирования с использованием опросника SF- 36, признанного международным инструментом изучения качества жизни.

Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36 у.2т, имеет три уровня [2]:

- 36 вопросов;
- 8 шкал, сформированных из 2-10 вопросов;
- 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы.

35 вопросов использовались для расчета баллов по 8 шкалам, 1 – для оценки динамики состояния пациентов за прошедшие 4 недели. Каждый вопрос использовался при расчете баллов однократно.

Анализ КЖ проводился по следующим шкалам [1]:

1. Физическое функционирование – Physical Functioning (PF) – шкала, оценивающая физическую активность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок. Показатель шкалы отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья: чем он выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению исследуемого, он может выполнить. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья.

2. Ролевое физическое функционирование – Role Physical (RP) – шкала, которая показывает роль физических проблем в ограничении жиз-

недеяльности, отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности, т.е. характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей теми проблемами, которые связаны со здоровьем: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здоровья.

3.Шкала боли – Bodily Pain (BP) – оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность исследуемых.

4. Общее состояние здоровья – General Health (GH) – оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья респондента или пациента.

5. Шкала жизнеспособности – Vitality (VT) – подразумевает оценку ощущения респондентом или пациентом полными сил и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении исследуемых, снижении их жизненной активности.

6. Шкала социального функционирования – Social Functioning (SF) – оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента или пациента их ограничивает: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

7. Ролевое эмоциональное функционирование – — Role Emotional (RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества: чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента или пациента [1, 4].

8. Психологическое здоровье – Mental Health (MH) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени респонденты или пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру.

Можно сделать следующие выводы по проведенному исследованию:

1. Показатели качества жизни здоровых мужчин и женщин в возрасте от 40 до 60 лет имеют определенные гендерные различия. Показатели качества жизни женщин по всем шкалам опросника SF-36 достоверно меньше, чем у мужчин.

2. Гендерные различия показателей КЖ у здоровых лиц обязательно следует учитывать при исследованиях КЖ у больных.

3. Гипертоническая болезнь II стадии негативно влияет на качество жизни лиц зрелого возраста по данным шкал опросника SF-36. Влияние заболевания на качество жизни у мужчин несколько больше, чем у женщин.

4. Динамика показателей КЖ по данным шкал опросника SF-36 может рассматриваться как дополнительный критерий эффективности лечения больных с гипертонической болезнью.

Для больных с гипертонической болезнью характерны высокие значения показателей социального функционирования, свидетельствующих о сохранении пациентами социальных контактов. Выявлено снижение физического и ролевого функционирования, интенсивности боли, обусловленных физическим состоянием. Это свидетельствует о том, что для пациентов с гипертонической болезнью характерно ограничение физической активности и снижение повседневной деятельности, которая особенно проявляется у женщин пенсионного возраста с тенденцией к снижению параметров к III степени заболевания.

Снижение ролевого функционирования выявлено и в психическом компоненте, обусловленного ухудшением эмоционального состояния, которое мешает выполнению работ, включая при этом большие затраты времени, снижение ее качества, с преобладанием параметров у мужчин трудоспособного возраста. Выявленные изменения целесообразно использовать медицинским сестрам в практической деятельности при осуществлении сестринского ухода, умением общаться с больными с гипертонической болезнью, оказывать психологическую помощь.

Литература

1. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И., Ребров А. П., Сороцкая В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezulatty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh> (дата обращения: 31.03.2016).

2. Козлов А.В. Методика диагностики психологического здоровья / А.В. Козлов // ПНиО. – 2014. – №6 (12). – С. 110-117.

3. Мамонова С.Б., Сергеева Ю.Ю., Сабурцев С.А. Оценка качества жизни у больных с гипертонической болезнью // Исследования в области естественных наук. – 2014. – № 12. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://science.snauka.ru/2014/12/8727> (дата обращения: 21.03.2016).

4. Шевелева Р.Н. Методика оценки и прогнозирования качества жизни населения // Вестник СибГАУ. – 2010. – №1. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/metodika-otsenki-i-prognozirovaniya-kachestva-zhizni-naseleniya> (дата обращения: 09.02.2016).

БЕРЕМЕННОСТЬ БЕЗ АНЕМИИ

E.P. Кленовкина

Студентка гр. 2402, специальность «Акушерское дело»

Научный руководитель: Л.М. Гречанинова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Анемия – одно из наиболее частых осложнений беременности. Эта проблема является весьма актуальной, так как по статистике ВОЗ в мире насчитывается более 2 млрд человек, страдающих анемией, большинство из них женщины и дети. Например, в развитых странах Европы и на территории России около 10 % женщин детородного возраста страдают железодефицитной анемией, у 30 % из них наблюдается скрытый дефицит железа, в некоторых регионах нашей страны (Север, Восточная Сибирь, Северный Кавказ) данный показатель достигает 50-60 %. Очень актуальна эта проблема и для России.

Анемия – это группа клинико-гематологических синдромов. Для данного заболевания характерно снижение гемоглобина и числа эритроцитов ниже нормальных показателей. Чаще всего причиной малокровия является нехватка железа в организме женщины, как до беременности, так и во время неё.

Помощь беременным с железодефицитной анемией (далее – ЖДА) оказывается в соответствии с приказом МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", и в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению железодефицитной анемии.

В России лечение ЖДА определяется Протоколом ведения больных «Железодефицитная анемия», утвержденным Минздравсоцразвития России. Создание этого Протокола группой ведущих специалистов нашей страны явилось значительным движением вперед, поскольку вооружило врачей и акушерок единым пониманием проблемы дефицита железа, кри-

териями его диагностики, принципами лечения и наблюдения больных ЖДА, оценки качества их жизни.

Очень важную роль для предотвращения появления беременных с анемией играет профилактическая деятельность акушерок, оказывающих помощь беременным, роженицам и родильницам в женских консультациях и родильных домах в течение беременности, родов и послеродовом периоде.

Успешная профилактика данного заболевания заключается в проведении прегравидарной подготовки и создании школ для беременных женщин и супружеских пар.

В настоящее время большое распространение получило целенаправленное планирование беременности и подготовка к зачатию, т.е. прегравидарная подготовка. Заблаговременное планирование беременности позволяет своевременно диагностировать ту или иную патологию, в данном случае – анемию беременных, также выявить риски, связанные с беременностью и родами. Кроме того, данная подготовка включает в себя оценку образа жизни супружеской пары, ведь здоровье будущего малыша зависит не только от здоровья женщины, но и от состояния здоровья мужчины.

Своевременная диагностика анемии заключается, в первую очередь, в выявлении факторов риска заболевания, одними из которых являются наследственная предрасположенность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а также ряд социально-бытовых условий. Все эти факторы риска играют значительную роль в возникновении данной экстрагенитальной патологии. Также стоит отметить, что диагностика анемии основывается не только на сборе анамнеза, но и в проведении лабораторных исследований. Главным исследованием для диагностики анемии является анализ крови женщины. Основным показателем крови о наличии железодефицитной анемии является низкий цветовой показатель, а также снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов в сыворотке крови.

Таким образом, если у беременной или еще у планирующей беременность женщины присутствует один из факторов риска, акушерка совместно с врачом акушером – гинекологом даёт рекомендации по правильному питанию до и во время беременности, а также в послеродовом периоде. Такая профилактика заболевания заключается в назначении специальной диеты, рацион которой содержит продукты, имеющие в своём составе достаточное количество железа. Также для профилактики анемии по рекомендациям ВОЗ используются препараты железа в сочетании с фолиевой кислотой.

Если анемия всё же была диагностирована, проводят курс диетотерапии, а при её неэффективности назначают препараты железа.

Узнав о наличии заболевания, у женщины могут возникнуть ряд вопросов, касающихся будущей или настоящей беременности, на которые предстоит дать ответы акушерке вместе с врачом. Основными из этих вопросов являются: не противопоказана ли беременность при анемии? Как это заболевание

может повлиять на течение беременности, родов и послеродовый период? Скажется ли наличие анемии на развитие и здоровье будущего малыша?

Наличие любого заболевания несёт за собой нарушения тех или иных функций организма. Течение беременности при анемии имеет ряд особенностей: угроза прерывания беременности, ранний токсикоз и преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды, возможно рождение ребенка с анемией и т.д. Противопоказанием к беременности является хроническая железодефицитная анемия III-IV степени и другие серьезные заболевания крови.

Учитывая, что: возникновение анемии у беременных в настоящее время получило достаточно большое распространение, возрастает роль профилактической деятельности акушерки при оказании помощи женщинам на различных этапах ведения беременности. Чтобы предотвратить рост данного заболевания среди женщин детородного возраста, необходимо консультировать женское население и обеспечить полную информированность по вопросам здорового образа жизни.

Литература

1. Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)". – М., 2012.
2. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц. Клинический протокол // Акушерство и гинекология. – 2012. – Т. 4. – С. 3-9.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПАЦИЕНТАМИ

И.В. Клушина, Т.И. Панькова, Н.А. Пронина
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В силу особенностей медицинской деятельности – важнейшим понятием деонтологии, как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками, является профессиональная медицинская тайна. Медицинская деонтология учит тому, что медицинский работник часто оказывается обладателем наиболее сокровенных, интимных сведений, получаемых от обслуживаемых им пациентов. Такая информация о сокровенных мыслях и переживаниях больного оказывается наиболее исчерпывающей и точной, и особенно ценной тогда, когда пациент убежден в доверительном характере своих сообщений и сохранении излагаемых сведений в глубокой тайне, т.е. в строгом сохранении профессиональной тайны.

В связи с появлением в социальных сетях фотографий пациентов и комментариев их физического и психического состояния в оскорбительной и унизительной форме с употреблением нецензурных выражений, сделанных медицинскими работниками, возникает проблема профессионального этического воспитания медицинских работников в настоящее время. Подобные деяния медицинского персонала являются недопустимыми не только с точки зрения медицинской этики, но и с точки зрения общечеловеческой морали.

Интернет переполнен «медицинскими селфи» с соответствующей «медицинской атрибутикой». Как правило, медицинские работники снимаются на рабочих местах, в больницах и амбулаториях. Можно ли считать такое увлечение безобидным? Практика показывает, что «медицинские селфи» могут иметь серьезные негативные последствия и вызывать нешуточные конфликты. Очевидно, что если на селфи в кадре обнаружен пациент, то речь может идти о разглашении профессиональной медицинской тайны.

Под профессиональной медицинской тайной четко понимается информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (статья 61 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан").

Если личность пациента на фотографии установить невозможно, то медицинская тайна не нарушена. Именно на этом основана широко распространенная практика изготовления фото- и видеоматериалов для учебных или научных целей, когда лицо пациента закрывают, делая его неузнаваемым. Не будут нарушением медицинской тайны и материалы, сделанные и опубликованные с согласия пациента. Если данные условия не соблюдаются, то следует говорить о разглашении медицинской тайны и ставить вопрос о правовой ответственности нарушителя. При распространении «медицинских селфи» с изображением пациента может быть применена часть 2 ст. 137 УК РФ, которая предусматривает уголовную ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное «лицом с использованием своего служебного положения».

В административном праве нет специальной статьи о медицинской тайне, но публикация «медицинского селфи», где помимо медика изображен пациент, может рассматриваться как административное правонарушение и влечет наложение административного штрафа.

В гражданском праве врачебная медицинская тайна включена в состав личной тайны и публикация «медицинского селфи» может рассматриваться как нарушение личной тайны гражданина с нанесением материального или морального вреда. В этом случае, согласно ГК РФ, может наступить гражданская ответственность причинителя вреда.

В трудовом праве нарушение врачебной тайны расценивается как дисциплинарное нарушение с последующим дисциплинарным наказанием.

«Медицинские селфи», опубликованные в социальных сетях, большинство граждан оценивает их как неэтичные, кощунственные и шокирующие. Пациенты ждут от медицинских работников соблюдения определенных этических норм, к числу которых относится серьезное отношение к своей профессиональной деятельности и уважительное отношение к пациенту и его телу. Пациент, доверяя медицинскому работнику свою боль и свою жизнь и оказываясь перед ними в беззащитном состоянии, хочет верить, что они отнесутся к нему с полной серьезностью, не будут «хохмить» или «прикалывать». Поэтому любые проявления, указывающие на легкомыслие, несерьезность, рассматриваются как насмешка и невнимание, которые, в свою очередь, оцениваются как нарушение медицинской этики.

Профессиональные образовательные учреждения ответственны не только за профессиональные навыки и знания, но и за морально – этический облик и психологическое здоровье молодых специалистов.

Вольно или невольно, но профессиональная медицинская тайна, как часть этики медицинского работника, стала жизненной реальностью в его повседневной деятельности. Соблюдение или несоблюдение медицинской тайны больше относится к профессиональному долгу медицинского работника. Возможно, существующее законодательство призывает и накладывает более сильную ответственность, чем внутренние моральные и психологические переживания медицинского работника о разглашении медицинской тайны пациента. Но не зря считается, что работать в профессиональной медицинской среде должны люди с высокими морально – этическими нормами, способные сохранить их на протяжении учёбы и всей профессиональной деятельности, так как огромная ответственность за жизнь наших сограждан лежит на плечах этих людей.

И в заключение хочется вспомнить высказывания Гиппократа «Чтобы при лечении, а также без лечения, я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

ИСТОРИЯ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

H.A. Козеевская

Зав. справочно-биографическим отделом научной библиотеки
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Издавна фельдшер считался помощником врача и должен был работать под его контролем, но ввиду постоянной нехватки врачей фельдшера работали также самостоятельно, компенсируя недостаток врачебных кадров.

Царь Алексей Михайлович, готовясь к войне с Польшей, в 1653 г. открывает костоправную школу, а в следующем 1654 г. при Аптекарском приказе создается специальная лекарская школа, куда было набрано 30 учеников для изучения «лекарского, аптекарского и иного дела». Поскольку в 1654 г. началась война с Польшей, то ученики лекарской школы отправились на театр военных действий под Смоленск и Вязьму, где проходили их учеба и боевое крещение.

Первый выпуск лекарской школы состоялся в 1660 г. Выпускники получали диплом «русского лекаря»; по рангу они стояли ниже иностранных врачей, и платили им меньше.

Дальнейшее развитие среднее медицинское образование получило в царствование Петра I, основавшего в 1706 г. в Москве, за Яузой первый в России постоянный госпиталь с лекарской школой. Госпиталь выпускал медицинских работников 2 категорий – лекарей с высшим и подлекарей со средним медицинским образованием (звание, которое получали ученики лекарской школы на III курсе).

К середине XVIII века, в царствование Анны Ивановны, из-за границы уже приглашали только лекарей. Функции подлекарей во время войны выполняли учащиеся госпитальных школ. Однако обученного медицинского персонала постоянно не хватало даже для нужд армии, не говоря уже о гражданском населении. А между тем еще Воинским уставом, изданным Петром I в 1716 г., «в каждую дивизию определяем был доктор и штаб-лекарь и во всякую роту фельдшер или цирюльник».

В начале 40-х годов в Петербургском и Кронштадтском генеральных госпиталях, при которых имелись лекарские школы, а в 1764 г. и при Московском госпитале появились младшие медицинские стажеры. Это были солдатские дети из гарнизонных школ для подмены обучающихся в госпитальных школах во время теоретических занятий. Их учили перевязывать раны, пускать кровь, ставить лечебные клистиры, припарки и пр. Со временем наиболее способных производили в подлекари, причем, продолжая учебу, они могли стать даже лекарями. Остальные после пятилетней службы в госпитале определялись в полки цирюльниками. Таким образом, среди лиц с доврачебным медицинским образованием наряду с фельдшерами и подлекарями мы встречаем цирюльников.

Само название «фельдшер» происходит из 2 немецких слов Feld – поле (боя) и Scherer – цирюльник. Средневековые фельдшера-цирюльники были не только брадобреями, они ставили банки, пускали кровь, срезали мозоли и вообще занимались так называемой «малой» хирургией.

В 1798-1799 гг. медицинская коллегия предписала врачебным управам учинить местным подлекарам переаттестацию на звание лекаря. Не сдавшие экзамен направлялись в только что созданные медико-хирургические академии на доучивание. В этом акте нашел отражение ошибочный взгляд официальных должностных лиц того времени на сред-

ний медицинский персонал как на недоучек, а не на функционально необходимую категорию работников. Эта руководящая концепция надолго задержала развитие среднего медицинского образования.

С активизацией деятельности Приказов общественного призрения, созданных Екатериной II в 1775 г., с открытием губернских и уездных больниц стал острее ощущаться недостаток в медицинских кадрах со средним образованием, подготовка которых была практически прекращена.

Первая в России фельдшерская школа была открыта при Голицынской больнице в 1832 г. В нее принимались мальчики — дети крепостных служащих больницы. В 1835 г. учреждена фельдшерская школа при Ново-Екатерининской больнице, ставшей клинической базой Московской медико-хирургической академии. В конце 1830-х годов открылась фельдшерская школа при Петербургской Мариинской больнице, относившейся к Воспитательному дому.

В 1845 г. Московский воспитательный дом открывает свою фельдшерскую школу. Задачей ее была подготовка фельдшеров из деревенских питомцев Воспитательного дома для службы в лечебницах казенных селений Министерства государственных имуществ и в больницах заведений, относящихся к Воспитательному дому. В 1876 г. школа слилась с подобным учебным заведением Голицынской больницы, которая с 1828 г. находилась в одном ведомстве с Воспитательным домом.

В 1838 г. было утверждено положение о фельдшерских школах при военных госпиталях. При Московском госпитале, например, полагалось 200 учеников. В школу принимались юноши в возрасте 15-17 лет. Срок обучения составлял 3 года.

Однако все перечисленные школы имели ведомственный характер и предназначались для удовлетворения потребностей в медицинском персонале ведомств-учредителей.

В 1830-х годах Приказы общественного призрения начинают открывать при своих больницах собственные фельдшерские школы. В школы принимали по 20 воспитанников на средства Приказов и такое же количество платных учеников — пансионеров. На содержание Приказов общественного призрения поступали дети мещан, преимущественно сироты. В пансионеры зачислялись воспитанники прочих Приказов. Дозволялось также принимать крепостных за счет выплаты помещиками определенной суммы. Возраст поступающих в обучение колебался от 12 до 16 лет. Образовательный уровень для поступающих был минимальным. Единственным условием было умение читать и писать на русском языке. Полный курс обучения составлял 4 года.

Рост фельдшерского образования значительно отставал от потребностей жизни. Так, в 1861 г. в ведении Приказов общественного призрения было 5 фельдшерских школ, выпуск которых составил в том году всего лишь 215 человек. К концу 1910 г. число акушерско-фельдшерских школ возросло до 66, а выпуск учащихся — до 1855. И все же медицинских ра-

ботников не хватало. В 1910 г. на обширной территории Российской империи с населением около 160 млн. человек имелось 21 тыс. врачей и 36 тыс. фельдшеров. В среднем на 1 врача приходилось 7-8 тыс. населения. На окраинах России на 1 врача приходилось до 100-200 тыс. человек (напомним, что сегодня в СССР обеспеченность врачами составляет 1 на 200 человек). При обширности расстояний и острой нехватке врачей фельдшера выполняли основную лечебную работу. К концу 1910 г. в Российской империи было 4657 самостоятельных фельдшерских пунктов (число лечебных пунктов было 3804). По официальным отчетным данным, удельный вес самостоятельной фельдшерской помощи в 1906 г. составил 34%, а в отдельных отдаленных от центра губерниях – 84 %.

После введения в 1864 г. Земского общественного управления была установлена так называемая разъездная система врачебного обслуживания. Уезд делился на определенное число (до 25) фельдшерских участков. А для контроля в каждый уезд назначался 1, иногда 2 врача. При таких условиях фельдшера, хотя, согласно законодательству, и считались помощниками врачей, в большинстве своем были предоставлены сами себе и работали самостоятельно.

Армия практикующих фельдшеров имела довольно пестрый состав по уровню образования и квалификации. Те, кто оканчивал специальные школы, имели хорошую подготовку. Но среди них было много таких, кто получил квалификацию путем простого ученичества при воинских частях, госпиталях и лазаретах (воинские фельдшера), при государственных, общественных, частных больницах, даже у вольнопрактикующих врачей и акушерок. Полуграмотные люди после практического обучения фельдшерскому или повивальному делу имели право держать экзамен при врачебных управах и получали свидетельства на звание фельдшера или повивальной бабки.

После введения земского самоуправления в 34 центральных губерниях земские управы стали создавать собственные фельдшерские и акушерские школы. С 1867 по 1877 г. было открыто 19 таких школ. Преодолевая недостатки «разъездной» системы, земство начало развивать сеть стационарной врачебной помощи. Для этого учреждаются земские больницы, в которых фельдшера и акушерки работали под надзором врачей. В соответствии с изменением системы здравоохранения меняется характер подготовки среднего медицинского персонала. Перешедшие к земствам от Приказов общественного призрения школы предназначались главным образом для укомплектования штатов крупных городских больниц и для призрения сирот городских сословий. Они представляли собой общеобразовательные заведения с 4-летним курсом и сравнительно малой специальной подготовкой в расчете на то, что специальные знания и навыки будут получены в процессе обязательного десятилетнего срока работы в больнице. Исходя из этого, возрастной ценз для поступающих в школу был установлен от 12 до 14 лет. Земские фельдшерские школы предназначались главным образом для комплектования сельских больниц, в связи с этим при за-

числении в школу предпочтение отдавалось крестьянским детям в расчете на то, что они останутся работать на селе.

Применительно к новым условиям в 1872 г. был издан «Нормальный устав земской фельдшерской школы». Согласно этому уставу, возрастной ценз поступающих в школу был повышен до 15 лет для мальчиков и 18 лет для девушек. Образовательный ценз был снижен до уровня знания русской грамоты. Учитывая сравнительно невысокий уровень грамотности поступающих в школу, в учебный курс вводилась более широкая общеобразовательная программа. Соответственно этому срок обучения был продлен до 3 лет в фельдшерской школе и до 2 в повивальной.

В 1897 г. издается «Новый нормальный устав земских фельдшерских школ» и появляются новые программы преподавания. Упомянутый устав повысил образовательный ценз поступающих до 3-годичной народной школы, продлил срок обучения до 4 лет, сократил преподавание общеобразовательных предметов и расширил объем специальных дисциплин. Именно в этом направлении продолжалось дальнейшее совершенствование системы подготовки фельдшеров в России и в начале XX века. В курс некоторых школ вводятся естественные науки – физика, химия, зоология, а из медицинских дисциплин гинекология, санитария, детские, глазные, ушные болезни и даже психиатрия.

Параллельно с общемедицинским средним образованием и в известном смысле независимо от него развивалось обучение акушерскому делу. До второй половины XVIII века в России не существовало специальных школ для обучения родовспоможению. Организованные в начале XVIII века госпитальные школы занимались лишь подготовкой медицинского персонала для армии. Население было практически лишено квалифицированной акушерской помощи. Роды принимали обычно безграмотные повитухи и знахари, которые нередко калечили мать и ребенка. Особенно страдало сельское население.

Положение стало меняться после того, как на должность директора медицинской канцелярии был назначен лейб-медик Елизаветы Петровны Павел Захарович Кондоиди. Этот умный, высокообразованный, энергичный и честный человек сделал много для организации медицинской службы в России, в первую очередь для улучшения системы медицинского образования. Прежде всего, П. З. Кондоиди в 1754 г. провел аттестацию имевшихся в Москве и Петербурге повивальных бабок. Допущенные к акушерской практике повитухи после присяги стали называться присяжными бабками. В 1757 г. П. З. Кондоиди ввел специальное образование для акушерок, учредив в Петербурге и Москве школы «бабичьего дела». Преподавателями в этих школах первое время были только иностранцы, почти не владевшие русским языком. Лекции читались по латыни или по-немецки. Те, кто был призван готовить русские национальные кадры, не были в этом заинтересованы. Не было четких программ; из-за отсутствия

клинической базы занятия проводились на дому у преподавателей, причем нерегулярно, часто надолго прерывались. Эффективность работы акушерских школ на первых порах была низкой, число выпускниц исчислялось единицами. В. Рихтер в своей «Истории повивальной практики в Москве» указывает, что в течение половины столетия с начала основания акушерских школ допуск к практической работе в Москве получили всего лишь 94 повивальные бабки. С открытием в Москве (1764 г.) и Петербурге (1770 г.) Воспитательных домов, казалось бы, появилась возможность улучшения системы обучения акушерскому делу, однако в силу межведомственных барьеров профессора акушерских школ со своими ученицами не были допущены в родильные госпитали Воспитательных домов.

Жизнь требовала расширения и улучшения дела подготовки акушерских кадров. В 1784 г. при Петербургском воспитательном доме учреждается акушерское училище. Первым директором его стал приглашенный из Австрии профессор акушерства И. Моренгейм. Так как он читал лекции на немецком языке, то в Петербургском воспитательном доме пришлось учредить так называемый «немецкий» класс, наиболее успевающие ученицы которого могли поступать в акушерское училище. Наряду с искусством повивания, воспитанницы обучались лечению болезней рожениц и новорожденных. Через 2 года после открытия училища, в 1786 г., состоялось первое публичное испытание. Воспитанницы показали хорошую подготовку и были направлены для работы в качестве повивальных бабок в различные губернии.

В акушерской школе, а затем и в повивальном училище Петербургского воспитательного дома преподавал выдающийся ученый, один из основоположников отечественного акушерства Нестор Максимович Амбодик-Максимович — автор первого оригинального руководства по акушерству на русском языке «Искусство повивания, или Наука о „бабичьем деле“» (1784-1786), первый русский врач, получивший звание профессора повивального искусства. В 1811 г. повивальное училище было преобразовано в Повивальный институт, а в 1853 г. на основе его и Родильного госпиталя было создано родовспомогательное заведение, просуществовавшее до самой революции.

В 1801 г. В.М. Рихтер организовал при Московском воспитательном доме Повивальный институт для подготовки акушерок из числа наиболее способных воспитанниц. При Повивальном институте функционировала также Школа сельских повивальных бабок, в которую принимались женщины из провинции по направлению земских управ.

В течение первой трети XIX века школы повивальных бабок являлись единственной официальной формой подготовки медицинских кадров со средним специальным образованием. Среди сельского населения фельдшера пользовались большей популярностью по сравнению с акушерками. В связи с этим, а также в связи с ограниченностью бюджета земского самоуправления

в конце XIX века был поднят вопрос о совмещении профессий фельдшерицы и акушерки в одном лице. Повивальные школы стали заменяться акушерско-фельдшерскими. В 1903 г. были выработаны и введены в действие соответствующим циркуляром Министерства внутренних дел учебные планы и программы обучения в акушерско-фельдшерских школах.

До середины XIX века врачебная деятельность была исключительно привилегией мужчин. Женщин допускали только к родовспоможению. Начало общего медицинского образования женщин было положено основанием в Петербурге в 1844 г. Свято-Троицкой общине сестер милосердия. Это движение получило большое развитие в дореволюционной России. Подвижнической деятельностью в общинах женщины доказывали свое право на равное с мужчинами положение в общественной жизни страны.

С учреждением в 1867 г. Русского общества Красного Креста в его компетенцию вошли организация и контроль за учреждением и деятельностью общин сестер милосердия. Большинство общин влилось в Общество Красного Креста. В конце 1912 г. в 109 благотворительных общинах работали 3442 сестры милосердия, а к началу первой мировой войны их число в России достигло 10 тыс., к концу войны в госпиталях трудилось около 20 тыс. сестер милосердия.

Сестры милосердия получали в общинах среднее медицинское образование. Продолжительность систематического курса обучения в мирное время не превышала 2 лет. В 1854 г. была организована первая в России фельдшерская школа при Петербургском воспитательном доме, а в 1871 г. – первое в Москве женское фельдшерское училище при Старо-Екатерининской больнице. Такое же училище открылось при Мариинской больнице в 1879 г.

С конца XIX до начала XXI века неизмеримо возросли масштабы и качество медицинской помощи населению. Сегодня в лечебно-профилактических учреждениях страны работает свыше 1 млн. врачей и более 3 млн. медицинских работников со средним образованием. В стране функционирует свыше 650 медицинских училищ (колледжей), в которых ежегодно получает образование около 200 тыс. средних медицинских работников.

Литература

По материалам сайтов:

[oldmedik.ru>istoriya...k...srednego...obrazovaniya.html](http://oldmedik.ru/istoriya...k...srednego...obrazovaniya.html)
[med-obr.info>med-organisation/publikatsii](http://med-obr.info/med-organisation/publikatsii)
[dic.academic.ru>dic.nsf/bse/107700](http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/107700)
[vilingstore.net>...istoriya-srednego...obrazovaniya](http://vilingstore.net/...istoriya-srednego...obrazovaniya)
[medicinapediya.ru>sistemyi-zdravooohraneniya](http://medicinapediya.ru/sistemyi-zdravooohraneniya)
[psihologija.biz>razvitiya-akmeologiya-psihologiya](http://psihologija.biz/razvitiya-akmeologiya-psihologiya)
[CyberLeninka.ru>...-srednego-meditsinskogo...](http://CyberLeninka.ru/...-srednego-meditsinskogo...)
[medicinapediya.ru>sistemyi-zdravooohraneniya](http://medicinapediya.ru/sistemyi-zdravooohraneniya)
[hroniki.org>articles...medicinskogo_obrazovanija_v](http://hroniki.org/articles...medicinskogo_obrazovanija_v)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УХОДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА ЖЕНЩИНАМИ С ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

A.H. Козлова

Студентка 3 курс, 4 гр., факультет ВСО
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Цель исследования заключается в исследовании психологических особенностей ухода медицинской сестры за женщинами с послеродовой депрессией в родильном доме.

Объектом исследования явились женщины с послеродовой депрессией.

Предмет исследования: психологические особенности ухода медицинской сестры за женщинами с послеродовой депрессией.

В качестве гипотезы исследования было выдвинуто предположение о том, что именно сестринский уход имеет принципиальное значение в лечение послеродовой депрессии.

Тема этой работы актуальна и может представлять интерес, как для широкого круга общественности, так и для специалистов в сфере сестринского дела, так как эта проблема мало разработана. В этой работе произведена систематизация знаний по изучаемой проблеме. В ходе написания этой статьи нами проведен анализ научной литературы, материалов периодических изданий под редакцией российских и зарубежных авторов.

В настоящее время депрессивные состояния наблюдаются примерно у 10% населения в возрасте старше 40 лет, из них две трети — женщины. По данным ВОЗ, к 2020 г. смертность от тяжелых депрессий, зачастую приводящих к суицидам, выйдет на 2 место среди других причин смертности, опередив, таким образом, рак и оставив впереди себя лишь заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы [1].

Хотя депрессия может начинаться в любом возрасте, у 85% женщин развитие этих аффективных нарушений связано с послеродовым периодом.

По данным зарубежной литературы, выделяют 4 степени тяжести послеродовых депрессивных расстройств:

1) посттравматический дистресс-синдром, наблюдаемый от 24 до 48 часов после трудных родов, с преобладанием беспокойства, ночными кошмарами и повторными образами события;

2) послеродовое уныние с 3 дня после родов, сопровождающееся чувством печали, плаксивостью, тревогой, раздражительностью;

3) собственно послеродовая депрессия (ПД), начинающаяся на 4-6 неделе после родов, с редко диагностируемыми на ранних сроках эмоциональным онемением, постоянной усталостью, проблемами со сном, переданием или потерей аппетита;

4) послеродовый психоз с галлюцинациями и бредовыми идеями [2].

Распространенность степеней ПД представим в виде таблицы (табл. 1).

Таблица 1
Распространенность степеней послеродовой депрессии

Степень ПД	посттравматический дистресс-синдром	послеродовое уныние	послеродовая депрессия	послеродовый психоз
Распространенность, %	1,8	30-75	25,8	0,3

Послеродовая депрессия представляет собой огромную проблему для органов здравоохранения, поскольку показатель ее распространенности, по данным эпидемиологического анкетирования, колеблется от 10 до 15%. ПД рассматривается как фактор, воздействующий на развитие ребенка в ранний период его жизни и частично определяющий его будущее [3].

Огромную роль на психическое здоровье женщины оказывают психологические, социальные, биологические и межличностные факторы. У женщин с низким социально-экономическим статусом материнство, по-видимому, является тем событием, которое часто сопровождается депрессией. Для женщин, страдающих послеродовыми депрессиями, характерно отсутствие желания обращаться за помощью. Это можно объяснить глубоким чувством виновности, которое они испытывают, сталкиваясь с трудностями, связанными с уходом за ребенком [4].

Тревожные расстройства, часто наблюдаемые у родильниц, могут приводить к «избегающему» поведению, отказу от каких бы то ни было социальных контактов, нарушению взаимоотношений с ребенком. Данные обстоятельства приводят к тому, что процент выявления депрессий в послеродовом периоде остается весьма низким. По данным различных авторов нераспознанными остаются от 50 до 90% послеродовых депрессий не-психотического уровня [5].

Однако, очевидно, что депрессия, возникающая после рождения ребенка, атипична, в частности в перинатальном периоде среди матерей отмечается меньшее количество самоубийств. Учитывая то, что женщины во время материнства постоянно контактируют со специалистами, послеродовой период дает более благоприятные возможности для выявления и лечения депрессии [3].

Во время обследования матери чаще всего обнаруживаются следующие симптомы депрессии: тревога; субъективное чувство печали и грусти; отсутствие сил; плаксивость; бессонница; нарушения аппетита. По данным литературы, материнская депрессия оказывает большее влияние на развитие ребенка в первые месяцы его жизни, чем в любом другом возрасте [3].

У всех женщин с признаками наличия депрессии к психиатрической помощи отношение негативное. У пациенток с симптомами послеродовой

депрессии в отличие от здоровых женщин снижены показатели качества жизни. Кроме того, наличие прерываний беременности в анамнезе гинекологических заболеваний, преждевременных родов, хронического пиелонефрита и осложнений со стороны плода повышает риск развития послеродовой депрессии [4].

Послеродовая депрессия чрезвычайно редко требует фармакологического лечения. Потребность в этом касается одной из тысячи женщин.

Чтобы предотвратить у родильницы послеродовую депрессию медицинская сестра должна заранее рассказать ей обо всех особенностях послеродового периода и о том, как женщинае стоит себя вести.

Медицинская сестра направляет свои усилия на развитие чувства любви к ребенку со стороны матери и других членов семьи.

Персонал акушерско-гинекологических отделений обязан хорошо владеть методами психологической терапии, так как в преддверии родов надо внушить женщине уверенность в собственных силах; необходимо учитывать психологический статус пациентов, чтобы избежать преждевременного прерывания беременности, эклампсии, обострения экстрагенитальной патологии (гипертонической болезни, сердечной недостаточности).

Медицинская сестра должна быть практическим психологом – уметь создавать и поддерживать оптимальный психологический климат. Она обязана знать психологическое состояние матери, ее адаптацию к новорожденному и условиям отделения, реакцию семьи на рождение ребенка.

Особую заботу и внимание требуют следующие контингенты матерей: "пожилые", подростки и женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка. "Пожилые" матери всего боятся (тип "встревоженной наседки"); школьницы-матери больше озабочены собственной судьбой; женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка, нередко держатся воинственно – настороженно, как бы заранее отрицая возможность переубедить их.

Психологическая атмосфера вокруг матерей должна быть предметом постоянного ненавязчивого внимания персонала отделения. Задача медицинской сестры предоставить матери возможность побывать дольше с ребенком и формировать у нее только позитивное отношение к нему. Наиболее частые ошибки персонала в отношении родителей – это спешка, важный разговор "в дверях", бесчувственный, стереотипный подход к матери и ребенку, отсутствия внимания к ее просьбам. Медицинская сестра обязана контролировать свои высказывания матери. В беседах нельзя выражать горькое удивление, страх, сострадание, бурную радость, внушать ложный оптимизм.

К сожалению, большинство медсестер, по данным ряда авторов [1], недостаточно ориентированы в проблемах ПД, поэтому дают не в полной мере квалифицированные рекомендации.

Поэтому необходимо внесения корректив в преподавание студентам медицинских училищ психиатрии и психотерапии, разработки программы последипломного обучения медсестер по вопросам ПД.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

A.Ж. Козлова

Студентка гр. 2401, специальность «Акушерское дело»

Научный руководитель: преп. Л.М. Гречанинова
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Проблема заболеваемости беременных пороками сердца в настоящее время является очень актуальной, так как сердечно-сосудистая патология остается одной из ведущих причин материнской смертности.

Цель работы – проанализировать деятельность акушерки в женской консультации по ведению беременных женщин с пороками сердца.

Профилактическая помощь женщинам с пороками сердца оказывается на следующих этапах:

- прегравидарной подготовки;
- в течение беременности;
- подготовки и ведения родов.

Прегравидарная подготовка женщин с пороками сердца имеет следующие особенности.

1. С целью раннего выявления патологии сердечно-сосудистой системы в прегравидарном периоде на этапе первичного приема рекомендуется проведение скрининга у женщин для определения групп риска.

2. Особое внимание уделяется выяснению наличия и характера сердечно-сосудистой патологии.

3. При планировании беременности у больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу приобретенных пороков сердца, проводится комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

4. При наличии диагностированных ранее заболеваний системы кровообращения оцениваются степень тяжести заболевания, а также функциональный класс расстройств кровообращения.

5 С целью скрининговой подготовки перед планированием беременности всем пациенткам проводятся: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, а также лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимические показатели, характеризующие воспалительные и острофазовые изменения). В качестве дополнительных методов инструментального обследования для углублённого уточнения патологии системы кровообращения возможно выполнение холтеровского мониторирования ЭКГ, ЧПЭхоКГ, в отдельных случаях нагрузочные пробы, велоэргометрия.

9. Вопрос о допустимости беременности решается коллегиально врачами (акушером-гинекологом, терапевтом, кардиологом) и пациенткой, но не позднее 12 недели беременности.

Акушерка при консультировании женщин во время беременности, обращает внимание на следующие вопросы.

1. Беременным с пороком сердца рекомендуется отдых днем в постели в течение 1-2 ч., удлиненный сон (9-10 ч.).

2. Для улучшения кровообращения следует выполнять упражнения, сопровождающиеся глубоким дыханием и движениями в мелких суставах конечностей.

3. Назначение лечебного питания.

4. Психопрофилактическая подготовка к родам.

5. Медикаментозное лечение.

На этапе диагностики во время беременности важнейшим из методов оценки состояния сердечно-сосудистой системы при пороке сердца является УЗИ сердца – эхокардиография. Вспомогательную роль в диагностике пороков сердца играют электрокардиография, фонокардиография. На протяжении всей беременности периодически проводится кардиотокография (УЗИ сердца плода). При помощи допплерографии исследуют маточно-плацентарный и фетальный кровоток для исключения гипоксии плода.

Согласно приказу от 1 ноября 2012 г № 572н МЗ РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий» беременные женщины с сердечно-сосудистой патологией направляются для оказания медицинской помощи в акушерские стационары третьей А группы (высокая степень риска).

Вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально. Это могут быть роды через естественный родовой путь или кесарево сечение. План родов составляется совместно акушером, кардиологом и реаниматологом. Во время потуг производя рассечение промежности. При стенозе отверстия митрального клапана, недостаточности кровообращения любой степени возможно наложение выходных акушерских щипцов. Беременные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы нуждаются в постоянном наблюдении кардиолога (терапевта) и акушера; трижды за время беременности госпитализируются в стационар. В соответствии с рекомендациями Европейского кардиологического общества беременным 1 раз в месяц необходимо выполнять ЭхоКГ, медикаментозная терапия в этих случаях назначается по показаниям.

Индивидуальное консультирование женщин во время беременности имеет следующие особенности. Большинство беременных интересует вопрос о влиянии данного заболевания на свое здоровье и здоровье будущего ребенка. Необходимо объяснить женщине, что беременность крайне негативно отражается на течении заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводя к таким явлениям, как:

1. Обострение ревматического процесса.

2. Развитие и прогрессирование нарушений кровообращения.

В большинстве случаев беременность при заболеваниях сердечно-сосудистой системы может протекать патологически.

Осложнения, возникающие во время беременности, включают следующие:

- 1) невынашивание беременности;
- 2) ранние токсикозы и преэклампсия;
- 3) высокий риск по развитию акушерских кровотечений;
- 4) высокий процент оперативного родоразрешения;
- 5) высокий риск развития гнойно-воспалительных заболеваний;
- 6) а также неблагоприятное влияние на плод:
 - хроническая плацентарная недостаточность;
 - синдром задержки развития плода;
 - хроническая гипоксия плода.

Таким образом, важную роль играет подготовка женщин к беременности с целью выявление рисков заболевания, профилактики и своевременного лечения. В данном процессе одну из ведущих ролей играет профилактическая деятельности акушерки по подготовке и ведению женщин с сердечнососудистыми заболеваниями. Своевременное информирование, обследование на этапе прегравидарной подготовки и вовремя беременности, лечение и правильное ведение родов позволит снизить риск развития осложнений в родах и послеродовом периоде.

Литература

1. Приказ от 1 ноября 2012 г № 572н. МЗ РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». – М., 2012.

2. Российское кардиологическое сообщество «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности» Клинические рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2013. – 4 (102).

3. Рекомендации Американской коллегии кардиологов и американской ассоциации сердца по ведению пациентов с приобретенными пороками сердца. Обновленные рекомендации 2008 г. Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца по ведению пациентов с приобретенными пороками сердца.

Литература

1. Голенков А.В., Фilonенко А.В. Послеродовая депрессия: отношение и знания населения, студентов-медиков и медицинских сестер. [Электронный ресурс] – URL:
http://www.medpsy.ru/mpnj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer18.php
 (дата обращения: 13.04.2016).

2. Фilonенко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью (обзор) // Психическое здоровье. – 2011. – № 6. – С. 71-76.

3. Rosenblum O., Danon G., Nestour A. // Perspectives Psychiatriques 2000. – Vol. 39, №3. – P. 185-198.

4. Ивашиненко Д.М., Култыгина С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII, № 3. – С. 233.

5. Прибытов А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: дис. ... канд. мед. наук // А.А. Прибытов. – СПб., 2006. – 138 с.

ПОНИМАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

B.N. Колесниченко

Председатель цикловой методической комиссии
по специальности Социальная работа
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

С 1992 года в Рязанском медицинском колледже ведется подготовка специалистов по социальной работе. Все начиналось с того, что в Рязанскую область пришло письмо Советника Российской Федерации по вопросам семьи, материнства и детства с предложением организации подготовки специалистов по социальной работе со средним профессиональным образованием на территории области. Николай Иванович Булаев, в то время заместитель главы администрации Рязанской области, предложил начать подготовку таких специалистов, и при его непосредственной поддержке колледж провел прием первых студентов в количестве 30 человек.

Прием проведен, но кроме учебного плана по этой специальности не было ничего и нужно было начинать все с нуля, причем, в очень короткие сроки. Пришлось одновременно проводить осмысление самой профессии, целей и содержания подготовки специалистов, специфику образовательного процесса, разрабатывать комплексное учебно-методическое обеспечение дисциплин.

Результатом деятельности педагогического коллектива колледжа по подготовке специалистов по социальной работе стало участие ведущих преподавателей специальности в разработке Государственного образовательного стандарта по специальности Социальная работа 2002 года, а затем и Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения 2010 года.

В основу реализации программы подготовки специалиста по Социальной работе легла разработанная нашими преподавателями концепция подготовки специалистов, в которой определена область профессиональной деятельности специалистов по социальной работе – организация и проведение работ в различных сферах жизнедеятельности по оказанию соци-

альной помощи нуждающимся. И объекты профессиональной деятельности выпускников специальности социальная работа – различные группы населения, находящиеся в трудной жизненной ситуации (ТЖС).

Концепция подготовки специалистов по социальной работе реализуется путем создания целостного образовательного процесса. Это достигается путем единства и взаимодополнения теоретического и практического обучения, в ходе которых студенты учатся преодолевать различные профессиональные трудности, вырабатывая при этом профессиональные компетенции, получая необходимые знания и социальный опыт. Главным средством обучения, позволяющим выработать необходимые **ОБЩИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ** специалиста по социальной работе, является «погружение» в профессиональную деятельность в ходе решения ситуационных задач различного уровня на протяжении всего обучения.

Подготовка будущего специалиста осуществляется через целостный образовательный процесс. Он предполагает создание специальных условий для предоставления студентам возможности «проживать» будущую профессиональную деятельность во всем многообразии ее проявлений: по решению проблем различных групп людей, в различных социальных средах, преобразовании различных ситуаций.

В результате совместной деятельности преподавателя и студентов начинается процесс проектирования учебной группы как самообучающейся организации; у студентов закладываются основание для формирования соответствующего отношения к профессиональной деятельности, а, следовательно, к образовательному процессу, вырабатывается понимание того, что период обучения – есть период формирования их как специалистов по социальной работе, и этот процесс не заканчивается обучением в колледже и получением диплома специалиста.

Поэтому одной из задач, заложенных в концепции подготовки специалистов, мы считали для себя формирование у обучающихся осознанного понимания необходимости постоянного совершенствования себя как специалиста, мотивации к постоянному самообразованию и дальнейшему обучению, а значит – необходимости непрерывного образования.

Студенты проникались пониманием того, что за три года обучения в колледже нельзя подготовить абсолютного профессионала-универсала, готового работать в различных учреждениях социальной сферы и различными категориями граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Специальность «Социальная работа», в отличие от других, является межведомственной. Выпускники нашего колледжа – а за эти годы мы подготовили более 350 специалистов – работают в учреждениях и организациях различной ведомственной подчиненности.

Если первые выпуски готовились, в основном, для учреждений социальной защиты населения, то постепенно наших выпускников стали приглашать на работу в учреждения здравоохранения и образования.

Сегодня намечается перспектива увеличения сфер занятости специалистов по социальной работе: они могут работать в воинских частях, с молодежью, в трудовых коллективах, в миграционной службе и т.д., то есть, практически везде, потому что любой человек может оказаться в трудной жизненной ситуации. И умение работать с учетом специфики различных систем социальной сферы довольно успешно формируется в процессе обучения в колледже.

Современная жизнь ставит свои требования перед специалистами: быстро реагировать на изменения, происходящие в профессиональной сфере, проявлять инициативу, знать постоянно меняющуюся нормативную базу, развивать коммуникативные навыки и т. п. В условиях быстро меняющегося мира даже очень хорошее образование может быть недостаточным для специалиста-профессионала, и поэтому в сознание наших студентов мы стремились заложить понимание цели обучения не как «образование на всю жизнь», а как «образованием через всю жизнь» [1, с.51]. Преподаватели, работающие на специальности, стремятся донести до обучающихся мысль о необходимости постоянного совершенствования себя как профессионала социальной сферы, а значит – о необходимости продолжения образования. Только такой специалист, который постоянно учится, а не воспроизводит однажды заложенный алгоритм, может быть способным к оказанию именно тех видов помощи, которые требуются в конкретной ситуации конкретному человеку, может быть готов к принятию решения в условиях неопределенности и т.д..

Мотивируя наших студентов на непрерывное образование мы исходили из необходимости обеспечения адаптации молодого человека к постоянно меняющимся условиям не только профессиональной деятельности, но и всей социальной сферы в целом путем предоставления возможностей организации индивидуальной образовательной траектории в течение всей жизни. Непрерывное образование, на наш взгляд, должно помочь молодому человеку установить более тесные связи с жизнью, проложить новые пути развития в профессиональной сфере, обеспечить профессиональный и карьерный рост.

Подготовка будущего специалиста рассматривается нами как целостная система, которая предполагает непрерывное образование как творческий процесс профессиональной деятельности, направленной на самореализацию личности в единстве общенаучных, учебных и профессиональных интересов, предполагаемых социальных ролей и позиций.

Как показала жизнь – направленность образовательного процесса на постоянное совершенствование себя как профессионала, на дальнейшее обучение были осознаны нашими выпускниками и многими реализованы в жизни. Более 60% студентов, закончивших специальность Социальная работа и получивших диплом Специалиста по социальной работе, продолжили обучение в высших учебных заведениях. Отрадно отметить, высшее образование большинство получают как продолжение, дополнение образования, полученного в

колледже. Луткова Наталья (2002 год выпуска), работая социальным работником в Рыбновской школе-интернате для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, закончила Рязанский государственный университет и стала логопедом, Долгорукова Александра (2008) – в начале профессионального пути социальный педагог школы №51 г.Рязани, затем специалист по работе с трудными детьми и подростками – закончила теологический факультет РГУ, Симкина Марина – психологический факультет РГУ, Сухова Елена (2002г.) – педфак РГУ, Михеева Елена, Гавренко Наталья (2002), Струженов Святослав (2004г), Гилева Любовь (2001), Соколова Каролина (2007), Глебовская Татьяна (2008) – Московский психолого-социальный институт (МПСИ) в Рязани, и этот список можно продолжить.

Непрерывное образование является не только педагогической системой, характеризующейся определенными структурными особенностями, функциональными связями и технологиями обучения, но и специфической составной образовательного процесса подготовки специалиста среднего профессионального образования.

Литература

1. Днепров Э.Д. Новейшая политическая история российского образования: опыт и уроки / Э.Д. Днепров. – М.: Мариос, 2011. – 455 с.
2. Зайцева О.В. Непрерывное образование: основные понятия и определения / О.В. Зайцева // Вестник ТГПУ. – 2009. – № 7. – С.106.
3. Концепция непрерывного образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ido.tsu.ru>
4. Непрерывное образование [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.womanwiki.ru>

МОЯ ПРОФЕССИЯ – ФАРМАЦЕВТ

Г.В. Колесниченко

Фармацевт аптеки «Максавит», г. Рязань

В этом году я завершила обучение в Рязанском государственном университете и получила диплом педагога-психолога. Многих интересовал вопрос: «Где и кем теперь я буду работать?» А ответ был прост. Я осталась верна профессии, выбранной почти пять лет назад. Это профессия – фармацевт. Летом 2011 года я стала фармацевтом, получив эту специальность в Рязанском медико-социальном колледже. И с этого времени началась моя трудовая деятельность. Мне нравится моя профессия – фармацевт, сегодня она особенно востребована, ведь к помощи фармацевта прибегают практически все, кто заболел. А болеют все. Фармацевт – это специалист, который обеспечивает лекарствами нуждающихся. Это второй человек после врача, к которому обращаются те, у кого возникли проблемы со здоровьем. Сегодня многие при недомогании не обращаются в поликлинику к участковому те-

рапевту, а идут в аптеку, где специалист помогает с выбором лекарства. Он знает действие лекарственных препаратов, микстур и порошков, в каких дозах они рекомендуются при различных заболеваниях. Если правильно употреблять лекарства, то они приносят пользу людям, помогая в борьбе с болезнями. Если применять их бесконтрольно, это может привести к ухудшению здоровья. Здоровье является главным в жизни каждого человека. Всему этому учили нас в колледже. За три года обучения мы многому научились, а главное, поняли ответственность и значимость этой профессии.

Профессия фармацевта довольно разнообразна в своем применении. В основном, они работают в аптеках, выступая в роли продавцов лекарственных препаратов. Нам приходится не только реализовывать лекарства, но и подбирать их аналоги и альтернативы. Часто фармацевты помогают пациентам определиться с тем, какое лекарство выбрать, как правильно выполнять назначение врача.

Психологические знания и умения необходимы каждому человеку, а работникам фармацевтической сферы особенно, так как их профессиональная деятельность предусматривает постоянные контакты в системе отношений «человек – человек».

В своей профессиональной деятельности фармацевту приходится общаться с различными людьми: хроническими больными, заболевшими, родственниками заболевших людей, людьми, стремящимися к здоровому образу жизни и т.д. Они бывают взволнованы, обеспокоены, иногда капризны. Общение с такими людьми требует от специалиста терпения, доброжелательности и внимательности, умения вести беседу, задавать вопросы и давать пояснения.

Работа фармацевтов интересна и динамична. Лекарственные препараты постоянно обновляются, появляются аналоги-дженерики. Квалифицированный фармацевт должен постоянно быть в курсе фармацевтических новинок. И если хорошее знание ассортимента лекарственных средств – одна сторона деятельности фармацевта, то – другая, не менее значимая, это умение общаться с пациентами. Общаясь с пришедшими в аптеку людьми, фармацевт должен быть готов ответить на вопросы пациентов, объяснить состав и действие препарата, особенности его приема, подобрать аналоги лекарств, схожих по составу с теми, которые были прописаны врачом. И все это вежливо, доходчиво и уважительно. Поэтому в торговом зале аптеки должны работать люди, не только имеющие склонность к такому труду, но и обладающие способностью к общению.

Еще недавно о хорошем фармацевте говорили, что он должен быть профессионально подготовленным, то есть успешно освоившим специальные дисциплины. Сегодня речь идет о том, что это еще и коммуникабельный человек, владеющий навыками и знаниями в области психологии. Работа первостольника психологически трудна, ведь он постоянно взаимодействует с покупателями, коллегами, врачами и т.д. Необходимыми профессиональными качествами фармацевта являются: общительность, от-

крытость, добродушие, естественность в поведении, внимательность, желание работать с людьми, умение разрешать конфликты, готовность воспринимать критику, ориентация на труд; при наличии расчетливости, проницательности, разумном подходе к окружающим людям и событиям. Для овладения ими и необходимы знания основ психологии общения, конфликтологии, педагогики.

Гуманизм медицинского работника в психологическом отношении был и остается ведущим фактором в общении с больным.

Психологическими требованиями для фармацевтов являются также уравновешенность, собранность, острота ощущений и восприятий, эмпатия, скорость реакции, хорошая память, внимание и наблюдательность. Осознав это, я решила продолжить обучение на факультете психологии Рязанского государственного университета им. С.А.Есенина. Обучение в институте укрепило меня в том, что фармацевт должен обладать особыми качествами, определяемыми спецификой его деятельности, содержанием, условиями осуществления, используемыми методами и средствами. И овладевать ими придется на протяжении всей профессиональной деятельности и поможет мне в этом мое второе образование – психолога.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ С ПАЦИЕНТАМИ

Е.И. Королева¹, Е.Н. Гарамова², Э.Ю. Головачева²

Студентка 3 курс, специальность «Сестринское дело» (1),
преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Вопросы этики, которые были предметом изучения и обсуждения с древних времен, в нынешнем обществе приобретают особую остроту. Нормы поведения человека определяются законами государства, которые им устанавливаются и выполнение которых им контролируется.

Но есть такая область действий, поступков человека, которые не рассматриваются как преступления, как нарушения закона, но которые осуждаются как нарушения этических норм. Этические нормы устанавливаются, соблюдение их контролируется, нарушение осуждается обществом.

Этикой называется философская дисциплина, изучающая мораль и нравственность.

Профессиональная этика – это принципы поведения в процессе профессиональной деятельности человека [2].

Та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, именуется деонтологией.

Медицинской деонтологией называется учение о должном поведении медицинских работников.

Таким образом, теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Взаимоотношения медицинского работника и больного охватывают целый комплекс морально-этических, психологических и нравственных проблем, с которыми медицинской сестре приходится постоянно сталкиваться.

Общение с больным требует максимального такта. Осмотр полости рта, туловища, конечностей больного может вызвать у медицинской сестры неблагоприятное впечатление, однако ни при каких условиях нельзя проявлять брезгливость.

Большое место в работе медицинской сестры занимает выполнение так называемых интимных манипуляций на «закрытых зонах» человеческого организма: это очистительные и лечебные клизмы, обработка наружных половых органов, спринцевание у женщин, манипуляции на молочных железах, подача судна, мочеприемника и др. Выполнение этих рядовых для медицинской сестры манипуляций у больных вызывает естественное чувство стыдливости, неловкости как перед медицинским работником, так и особенно перед соседями по палате. Об этом надо помнить, учитывать легкую ранимость психики больного.

Особо следует поговорить о соблюдение этических правил при проведении инвазивных методов диагностики и лечения (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие крови из вены и другие), которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения медицинской сестрой деонтологических норм.

Также хорошо известно, что пожилых пациентов лечить труднее. С возрастом у них замедляется обмен веществ, нарушается кровообращение, в целом снижается иммунитет. Хронические болезни и груз прожитых лет сказываются на психике. К старости люди становятся излишне раздражительными, обидчивыми, сверхтребовательными, забывчивыми; у них зачастую складываются непростые отношения в семье, поэтому медсестра должна стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию больного и его физическому излечению.

Особенности деонтологии в педиатрии обусловлены своеобразием детской психики, а также необходимостью контакта в работе не только с детьми, но и с их родителями. Дети раннего возраста по своей природе доверчивы. Однако чужим людям, в чужой больничной обстановке их доверие и расположение нужно заслужить. Это не всегда легкая, но очень важная задача детской сестры, с которой мы, студенты медицинского колледжа, сталкиваемся уже сейчас, проходя практику [1].



Я проходила практику в отделениях неврологии, кардиологии, реанимации, гинекологии, терапии, педиатрии. В основном с так называемыми этическими проблемами я столкнулась в отделении реанимации, где находились на лечении пациенты с:

- ОНМК (острым нарушением мозгового кровообращения);
- алкогольной и наркотической зависимостью;
- пациенты после операции.

Именно с этими больными я испытывала не только психологические, но и физические неудобства. Трудности зачастую возникали из-за неустойчивой психики и неадекватного поведения больных, а именно: попытки выйти из реанимационного отделения, буйность, спутанность сознания. В таких состояниях пациенты извлекали мочевой катетер, желудочный зонд, периферический катетер, послеоперационные дренажи, сами не осознавая, что этими действиями наносят вред своему здоровью.

В связи с этим медицинская сестра должна соблюдать этико-деонтологические нормы общения с пациентом. Поддерживая психологический контакт с больным на всех этапах лечебно-диагностического процесса, медицинская сестра должна уметь снять чувство беспокойства и страха перед манипуляцией, обеспечить спокойное поведение больного, облегчить неприятные ощущения после манипуляции. В этом и заключается ее нравственный долг перед больным.

Литература

1. Медицинская деонтология. – [Электрон. ресурс]. – <http://deontologija-etica.blogspot.ru/>
2. Этика в профессиональной деятельности медицинского работника. – [Электронный ресурс]. – <http://vmede.org/>

АНАЛИЗ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ К ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОГО ЦИКЛА

О.Л. Короткова¹, М.А. Хамидуллин²

Старший преподаватель кафедры физики и мединформатики (1),
студент 3 курс, специальность "Медицинская биохимия"(2)
Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Мотивация, являясь одной из наиболее актуальных проблем современного образования, необходима для подготовки компетентного выпускника-специалиста и эффективности всего учебного процесса.

Целью нашего исследования стал анализ личностной мотивации студентов-медиков к изучению различных групп учебных дисциплин и, в частности, дисциплин естественнонаучного цикла.

Задачи исследования:

- 1) собрать данные среди студентов медицинской академии;
- 2) проанализировать уровень и спектр личностной мотивации студентов к изучению отдельных дисциплин.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие студенты-медицины 1, 3, 4 и 6 курсов Кировской ГМА. Студенты 4 и 6 курсов уже участвовали в 2013 году в подобном анкетировании. Студентам предлагается ранжировать изучаемые дисциплины по своему субъективному отношению к этим дисциплинам и субъективному же взгляду на их значимость, как в изучении последующих дисциплин, так и в профессиональной деятельности.

Критерии ранжирования:

ранг 1. изучаемые дисциплины, которые нравятся студенту и будут, по его мнению, необходимы в дальнейшем (для изучения последующих дисциплин, в будущей профессиональной деятельности, для общего развития)

ранг 2. изучаемые дисциплины, которые нравятся студенту, но в дальнейшем, по его мнению, не пригодятся

ранг 3. изучаемые дисциплины не нравятся студенту, но будут, по его мнению, необходимы в дальнейшем

ранг 4. изучаемые дисциплины не нравятся студенту и в дальнейшем, по его мнению, не пригодятся

Результаты исследования позволили сделать вывод, что активно мотивированными (ранг 1) на изучение дисциплин естественнонаучного цикла являются не более 15% студентов во всех исследуемых группах. В тоже время, студенты с пассивной (ранг 4) мотивацией составляет не менее 20% от всего опрошенного количества. При анализе анкет был выделен 5 ранг – ранг безразличия: дисциплины, которые студенты не указали в своих ответах. У 9,5% опрошенных среди «забытых» дисциплин оказались естественнонаучные дисциплины. Между тем известно, что именно отрицательное или безразличное отношение к учению может быть причиной низкой успеваемости или, даже, неуспеваемости студентов.

Эта тенденция прослеживается и в динамике при повторном анкетировании студентов через 3 года.

Таким образом, процесс усвоения знаний по естественнонаучным дисциплинам у будущих врачей лишен личностного смысла, так как с точки зрения более половины студентов дисциплины естественнонаучного цикла не являются для них профессионально ориентированными и, следовательно, не расцениваются ими как необходимый элемент образовательной программы.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

A.A. Косолапов

Аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены
и организации здравоохранения ФДПО
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань
Врач-нейрохирург ГБУ РО «ОКБ»

Травматизм в целом, и в частности черепно-мозговые травмы, является одной из значимых медико-социальных проблем не только в Российской Федерации, но во всем мире. Так как черепно-мозговые травмы чаще встречается среди населения трудоспособного возраста, активного в социальном отношении, и в большинстве своем черепно-мозговые травмы приводят к высокому уровню временной нетрудоспособности и инвалидизации, это приводит к значительным экономическим потерям. В Российской Федерации смертность из-за травм продолжает оставаться на втором месте среди показателей смертности населения трудоспособного возраста. При черепно-мозговых травмах летальность составляет 60-80%. Эпидемиологические исследования, проведенные в нашей стране, свидетельствуют о чрезвычайно высокой частоте черепно-мозговых травм в России – около 600 тыс. человек в год, из которых около 50 тыс. погибают, и еще столько же становятся инвалидами.

В развитых странах мира травматизм в структуре причин смерти населения следует за сердечнососудистыми и онкологическими заболеваниями, а по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу травматизм, включающий в себя черепно-мозговые травмы, занимает первое место.

Продолжающийся рост механизации, рост числа автомобилей, неблагоприятная криминальная ситуация, вредные привычки, социально-психологическая напряженность в обществе ведут к нарастанию частоты травматизма среди населения, а повреждения черепа и головного мозга составляют более трети от числа всех травм и ежегодно возрастают по данным ВОЗ не менее чем на 2%. Следовательно, дальнейшее изучение различных аспектов черепно-мозговой травмы имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Для получения сведений об истинной распространенности черепно-мозговых травм проводятся специальные популяционные исследования, позволяющие учитывать все случаи получения черепно-мозговой травмы среди населения, проживающего на определенной территории. Частота распространенности черепно-мозговых травм различна в разных регионах

нашей страны и за рубежом, зависит от многих факторов, в т.ч. эти различия связаны с неполным учетом в связи с отсутствием регистрации пострадавших и различными методами фиксации травмы.

Большинство авторов указывают, что черепно-мозговые травмы встречаются чаще у мужчин, чем у женщин. По разным источникам соотношение мужчин и женщин среди пациентов с черепно-мозговыми травмами составляет от 2:1 до 3:1. Наибольшая диспропорция распространенности черепно-мозговой травмы между мужчинами и женщинами, превышающая средний показатель, выявляется в возрастных группах 20-24 года и соответствует соотношению 1:4,27.

Динамика случаев черепно-мозговых травм в течение определенного периода: года, недели, суток, имеет важное значение в планировании и организации экстренной нейрохирургической службы.

Большое влияние на уровень бытового, уличного и транспортного травматизма оказывает неблагоустройство тротуаров и дорожных путей (зимой), дефекты организации, в частности, детского отдыха (летом). В связи с этим наблюдаются сезонные колебания травматизма, наиболее травмоопасным является период с мая по сентябрь. Минимум черепно-мозгового травматизма приходится на зимне-весенний период: январь-март. В различные дни недели также меняется частота получения черепно-мозговой травмы. Так, по данным К.В. Шеховцовой и соавторов черепно-мозговые травмы чаще отмечались в субботу, воскресенье и понедельник.

Среди факторов внешней среды, определяющих частоту и тяжесть травм, в т.ч. черепно-мозговых, значимым фактором является время суток. В течение суток максимум криминальных черепно-мозговых травм (46,9%) приходится на время от 20 до 1 часа, транспортных (44,4%) – от 15 до 22 часов. Основная часть бытовых и прочих черепно-мозговых травм (76,7%) относительно равномерно распределяется от 10 до 22 часов. Отсюда следует, что острейший период черепно-мозговых травм, когда чаще всего развиваются осложнения, приходится на ночное время.

Основную долю получивших черепно-мозговую травму повторно (два и более раз) составляют больные с низким социальным статусом, а также злоупотребляющие алкоголем, что объясняется более частыми бытовыми и криминальными инцидентами. Анализ социального статуса демонстрирует большую частоту ЧМТ у неработающих пациентов 59,9%.

Повторная черепно-мозговая травма отличается от первичной черепно-мозговой травмы более выраженными клиническими проявлениями, тяжелым течением, обусловливает низкую результативность и более высокие показатели летальности при всех видах травматических повреждений головного мозга, как при хирургическом, так и консервативном лечении. Литературные данные свидетельствуют, что у лиц мужского пола тяжелая повторная черепно-мозговая травма отмечалась в 5 раз чаще, чем у жен-

щин. Характерным является преобладание повторной тяжелой черепно-мозговой травмы в возрасте от 25 до 54 лет – 75%.

С точки зрения профилактики травматизма особое значение имеет анализ обстоятельств получения травмы. Причины черепно-мозгового травматизма значительно разнятся в зависимости от социально-географических, природных, демографических и иных факторов.

Таким образом, актуальность проблемы черепно-мозговой травмы определяется ее значительным социально-экономическим ущербом, наносимым обществу, а также тем, что сочетанные и множественные черепно-мозговые повреждения часто имеют существенные клинические особенности, что обуславливает особые подходы к организации медицинской помощи и осложняет решение диагностических и лечебных задач. Все это создает необходимость разработки научно обоснованных подходов, направленных на организацию и оптимизацию лечебно-диагностического процесса, планирование ресурсного обеспечения и снижение факторов риска.

Литература

1. Каримов Р.Х. Черепно-мозговая травма в городе Казани (клиническая эпидемиология и организация медицинской помощи): дис... канд. мед. наук / Р.Х. Каримов. – Казань, 2007. – 151 с.
2. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов [и др.]. – М.: Антидор, 2002. – Т. 1. – 550 с.
3. Крылов В.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы / В.В. Крылов, А.Э. Тапыпов, Ю.В. Пурас // Вопросы нейрохирургии. – 2007. – №1. – С. 11-16.
4. Нейрохирургия Санкт-Петербурга. 2000-2003 гг. / В.П. Берснев [и др.]. – СПб.: ВВМ, 2004. – 80 с.
5. Сергеев В.А. Сравнительное клинико-психологическое исследование больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы, осложненными алкогольной зависимостью: автореф. дис... д-ра мед. наук / В.А. Сергеев. – Челябинск, 2006. – 32 с.
6. Шумаускас Р.К. Эпидемиология травмы черепа и головного мозга в г. Вильнюсе, организация медицинской помощи и совершенствование лечения данных больных: автореф. дис... канд. мед. наук / Р.К. Шумаускас. – СПб., 1998. – 23 с.
7. Health-related quality of life during the first year after severe brain trauma with and without polytrauma / M. Lippert-Gruner, M. Maegele, H. Haverkamp [et al.]. – 2007. – Vol. 21(5). – P. 451-455.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ: «ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЛПС»

A.B. Костерина

Студентка гр. 1311, специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: преп. О.А. Горева

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Данная работа как форма научно – исследовательской деятельности выполнена методом творческого исследовательского проекта, цель которого – раскрыть поставленную тему путём анализа статистических данных по ГЛПС ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» за 2013-2015 гг., а также архивных материалов ГБУ РО «Рязанский военный госпиталь».

Проведённый статистический анализ динамики заболеваемости ГЛПС за последние три года позволил выявить тенденцию к её росту в Рязанской области. Регион относится к эндемичным по ГЛПС территориям. Эпидемический процесс обусловлен преимущественной циркуляцией в природных очагах нашего региона хантавируса Пуумала, основным резервуаром которого является рыжая полевка. Обострение эпидемиологической ситуации отмечается в Рязанском районе и г.Рязани, Клепиковском, Рыбновском районах. Среди заболевших доминировали лица трудоспособного населения (рабочие и служащие). Четко прослеживается осенне-зимняя сезонность. Инфицирование всех заболевших произошло на территориях природных очагов, ведущий путь передачи инфекции – воздушно-пылевой. В половом составе заболевших по-прежнему преобладают мужчины.

В конце августа – начале сентября 2015 года в г.Рязани были зарегистрированы несколько случаев заболевания ГЛПС. Истории болезни данных пациентов послужили материалом для анализа.

1. Больной А., DS: ГЛПС, лёгкая форма, атипичное течение.

Диагноз данному пациенту выставлен на основании следующих данных:

*повышение температуры до фебрильных цифр (38-39°C) на протяжении 7 дней.

* костно-мышечное беспокойство в течение первых 3-х дней от начала заболевания.

* катаральные явления в течение 10 дней.

* лабораторные исследования (повышение креатинина – 124 мкмоль/л при норме до 120 мкмоль/л, СРБ – 6 мг/л. при полном отсутствии в норме, РНИФ – нарастание титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с недельным интервалом, на 8-й и 14 день болезни).

2. Больной Б., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Данному пациенту поставить диагноз позволили следующие данные:

*фебрильная температура тела в течение 10.

*костно-мышечное беспокойство на протяжении 7 дней от начала заболевания.

*симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон с 5-го по 14-й день болезни.

*снижение остроты зрения с 5-го по 10-й день заболевания.

*выраженная полиурия с 9-го по 16-й день болезни.

*лабораторные исследования (увеличение креатинина – 124 мкмоль/л., мочевины – 12, 69 ммоль/л., лейкоцитурия – 1-3 в поле зрения, РНИФ – увеличение титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с 3-дневным интервалом, на 11 и 14 день болезни.)

3. Больной В., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Диагноз данному пациенту поставлен на основании:

*температура 39°C на протяжении 5 дней.

*костно-мышечное беспокойство в течение 6 дней.

*симптом Пастернацкого – положительный с обеих сторон, с 4-го по 8-й день заболевания.

*лабораторные данные (повышение креатинина – 127 мкмоль/л, мочевины – 8,7 ммоль/л, СРБ – 6 мг/л., лейкоцитурия – $2,8 \cdot 10^6$, РНИФ – нарастание титра антител в 4 раза в сыворотках, взятых с 7-дневным интервалом, на 5-й и 12-й день болезни.)

4. Больной Г., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Данный диагноз выставлен на основании:

*фебрильная температура тела в течение первых 6-ти дней заболевания.

*костно-мышечное беспокойство на протяжении первых 3 дней болезни.

*симптом Пастернацкого – положительный с обеих сторон, с 3-го по 20-й день болезни.

*олигурический период – с 3-го по 6-й день болезни.

*полиурический период – с 7-го по 15 день заболевания.

*лабораторные исследования (увеличение креатинина – 128,7 мкмоль/л., мочевина – 9,3 ммоль/л., лейкоциты – 5-7 в поле зрения, РНИФ – рост титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с 6-дневным интервалом, на 8-й и 14-й день болезни.)

На основании данного анализа можно сделать следующие выводы:

- Начальный период ГЛПС варьируется от 3 до 12 дней;
- Температура при ГЛПС достигает фебрильных цифр (38-39°C), и держится на таком уровне от 6 до 10 дней. Нормализация температуры не приводит к улучшению состояния больных;
- ГЛПС может начинаться под маской ОРВИ (что наблюдалось у половины исследуемых больных), это могло повлечь за собой ошибочный диагноз;
- Симптом Пастернацкого был положителен у 3 больных;
- Снижение остроты зрения отмечал 1 пациент;

- Олигурический период был выражен у половины больных;
- Полиурический период наблюдался у 3-х больных;
- Главное лабораторное подтверждение ГЛПС – реакция неспецифической иммунофлуоресценции – показало нарастание антител в 2 раза в 75% случаев (трое пациентов), и в 4 раза – в 25 % случаев (1 пациент).

Таким образом, последовательность действий при работе над проектом состояла из следующих этапов:

- постановка проблемы и вытекающих из нее задач;
- выдвижение гипотезы их решения;
- обсуждение методов и способов оформления конечных результатов;
- сбор информации, систематизация и анализ полученных данных;
- подведение итогов, оформление результатов, их презентация;
- представление исследовательской работы для обсуждения на заседании студенческого научного кружка по инфекционным болезням РязГМУ;
- выступление на ежегодной студенческой научно-теоретической и научно-практической конференциях Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова;
- продолжение и расширение исследования на этапе подготовки к ВКР для успешного использования результатов в фельдшерской практике, а также в образовательном пространстве.

ВОЗМОЖНОСТИ ЗАЩИТЫ КАНДИДАТСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В АСПИРАНТУРЕ

С.Н. Котляров

Заведующий кафедрой сестринского дела, к.м.н.
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Статья посвящена анализу одной из важнейших проблем обучения в аспирантуре – защиты кандидатской диссертации. Проведен анализ возможности защиты диссертации до окончания обучения в аспирантуре. Представлена оценка правовых последствий досрочной защиты.

Проводимые в последние годы в Российской Федерации реформы образования затронули все его уровни, в том числе и обучение в аспирантуре. В соответствии с Федеральным Законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», аспирантура стала третьей ступенью высшего образования (после бакалавриата, специалитета и магистратуры), с освоением образовательной программы, промежуточной и государственной итоговой аттестацией [2]. Лицам, освоившим программу подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре, выдается диплом и присваивается квалификация «преподаватель-исследователь» [4].

Таким образом, обучение в аспирантуре и защита кандидатской диссертации являются хотя и логически близкими процедурами, но в то же время не подразумевают обязательную защиту в период обучения или после его окончания. В соответствии со статьей 4.1 Федерального закона № 127 от 23.08.1996 «О науке и государственной научно-технической политике» к соисканию ученой степени кандидата наук допускаются лица, подготовившие диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук при освоении программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) [1].

Тем самым защита диссертации на соискание ученой степени кандидата наук до итоговой государственной аттестации возможна, но при наличии у соискателя:

- сданных кандидатских экзаменов (согласно Приказу Минобрнауки России от 28.03. 2014 г. № 247 «Об утверждении Порядка прикрепления лиц для сдачи кандидатских экзаменов, сдачи кандидатских экзаменов и их перечня»). В перечень кандидатских экзаменов входят история и философия науки, иностранный язык, специальная дисциплина в соответствии с темой диссертации на соискание ученой степени кандидата наук) [5];

- положительного заключения организации, где выполнялась диссертация, по диссертации (в соответствии с п. 16 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября № 842) [3];

- справки об обучении (периоде обучения) в аспирантуре.

Таким образом, защита кандидатской диссертации в период обучения в аспирантуре возможна. Какие же правовые последствия влечет факт защиты кандидатской диссертации до прохождения государственной итоговой аттестации по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре.

Исходя из нормы статьи 69 Федерального Закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», как уже было отмечено выше, аспирантура является третьей ступенью высшего образования. В соответствии со ст.5. п. 3 ФЗ «Об образовании» в Российской Федерации гарантируются общедоступность и бесплатность в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами дошкольного, начального общего, основного общего и среднего общего образования, среднего профессионального образования, а также на конкурсной основе бесплатность высшего образования, если образование данного уровня гражданин получает впервые [2].

Согласно статье 69, п. 8. ч. 4 Обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров является получением второго или последующего высшего образования лицами, имеющими диплом об окончании аспирантуры или диплом кандидата наук.

Таким образом, лицо, имеющее диплом кандидата наук и продолжающее обучение в аспирантуре с момента получения диплома о присуждении ученой степени считается получающим второе высшее образование. Вместе с тем, получение диплома кандидата наук не влечет необходимости прекращения образовательных отношений между образовательной организацией и обучающимся, так как целью обучения в аспирантуре является освоение образовательной программы, прохождение государственной итоговой аттестации и получение диплома об окончании аспирантуры, в соответствии с п. 44 Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1259 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре)».

Вместе с тем, получение диплома кандидата наук, лицом осваивающим программу подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре, имеет следующие правовые последствия. Для лиц, обучающихся за счет бюджетных средств, исходя из рассмотренной ранее нормы ч. 3 статьи 5 получение второго высшего образования не может осуществляться на бюджетной основе. Таким образом, данная категория лиц должна быть переведена на договорную форму, как получающие второе высшее образование. Для лиц, обучающихся в аспирантуре на договорной основе переход в категорию лиц, получающих второе высшее образование, не влечет правовых последствий по форме финансовых взаимоотношений.

Литература

1. Федеральный закон от 23.08.1996 № 127«О науке и государственной научно-технической политике». – М., 1996.
2. Федеральный Закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». – М., 2012.
- 3.Постановление Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842 «О порядке присуждении ученых степеней» (вместе с "Положением о присуждении ученых степеней"). – М., 2013.
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11. 2013 г. № 1259 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре)». – М., 2013.
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 28.03. 2014 г. № 247 «Об утверждении Порядка прикрепления лиц для сдачи кандидатских экзаменов, сдачи кандидатских экзаменов и их перечня». – М., 2014.

РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОСВОЕНИИ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Н.Ю. Котова¹, Е.Н. Гарамова², Э.Ю. Головачева²

Студентка 3 курса, специальность 34.02.01 «Сестринское дело» (1),

преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Самостоятельная работа – вид учебной деятельности, выполняемый студентом без непосредственного контакта с преподавателем или управляемый преподавателем опосредованно через специальные учебные материалы; неотъемлемое обязательное звено процесса обучения, предусматривающее прежде всего индивидуальную работу студента в соответствии с установкой преподавателя или программой обучения. Самостоятельная работа может осуществляться как во внеаудиторное время, так и на аудиторных занятиях. Самостоятельная работа может быть индивидуальной, парной или коллективной. Учебные материалы для самостоятельной работы методически организуются так, чтобы компенсировать отсутствие контакта с преподавателем и, следовательно, возложить на них функции управления самостоятельной работой обучающихся. Набор заданий должен обеспечивать возможность индивидуального выбора и определения объема материала, необходимого для достижения учебной цели. Задания, предназначенные для самостоятельной работы, должны носить активный творческий характер, стимулировать поиск самостоятельных решений. Овладение приемами самостоятельной работы является обязательным условием развития навыков самообразования. Условно самостоятельную работу студентов по цели можно разделить на базовую и дополнительную.

Базовая самостоятельная работа (БСР) обеспечивает подготовку студента к текущим аудиторным занятиям и контрольным мероприятиям для всех дисциплин и профессиональных модулей учебного плана. Результаты этой подготовки проявляются в активности студента на занятиях и в качестве выполненных контрольных работ, тестовых заданий, сделанных докладов и других форм текущего контроля. Базовая СР может включать следующие виды работ: работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы; поиск (подбор) и обзор литературы и электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса; выполнение домашнего задания или домашней контрольной работы, предусматривающих решение задач, выполнение упражнений, выдаваемых на практических занятиях; изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку; подготовка к практическим занятиям; подготовка к контрольной работе; подготовка к зачету и аттеста-

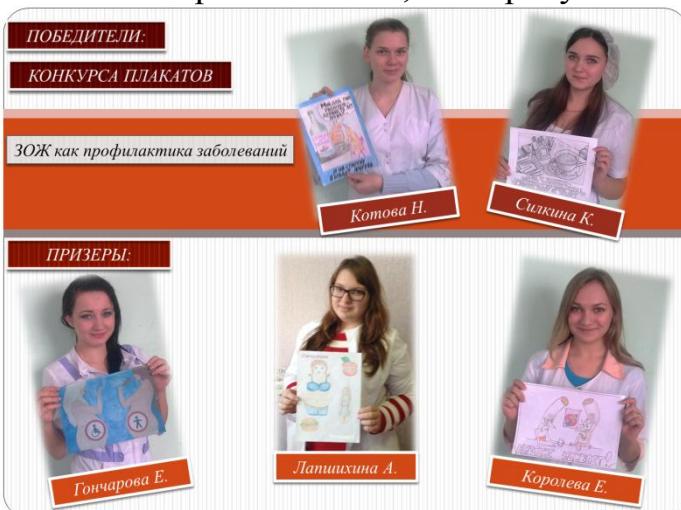
циям; написание реферата (эссе, доклада, научной статьи) по заданной проблеме.

Дополнительная самостоятельная работа (ДСР) направлена на углубление и закрепление знаний студента, развитие аналитических навыков по проблематике учебных дисциплин и профессиональных модулей. ДСР может включать следующие виды работ: подготовка к экзамену; выполнение курсовой работы или проекта; исследовательская работа и участие в научных студенческих конференциях, семинарах и олимпиадах; анализ научной публикации по заранее определенной преподавателем теме; анализ статистических и фактических материалов по заданной теме, проведение расчетов, составление схем и моделей на основе статистических материалов [2].

В Скопинском филиале ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» используются следующие виды аудиторной самостоятельной работы студентов:

1. Работа на лекции. Составление или слежение за планом чтения лекции, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой. Преподаватели используют для повышения творческой активности студентов проблемные вопросы. Студенты не только перерабатывают информацию, но и активно включаются в открытие неизвестного для себя знания. В ходе лекции возможны так называемые «вкрапления» – выступления, сообщения студентов по отдельным вопросам плана.

2. Работа на практических занятиях. Для развития клинического мышления используется: куратия пациентов, работа с историями болезни, решение ситуационных задач, проблемных ситуаций. Условия задачи могут быть разнообразны не только по существу, но и потому, что информация в них может быть с недостающими или противоречивыми данными. Студенты составляют таблицы дифференциальной диагностики, в которых сравнивают по определенным признакам различные заболевания. Так же на занятиях широко используются кейсы. Вся информация кейса содержит элементы проблемности, что требует от студентов глубокого анализа проблемной ситуации. Для отработки практических манипуляций используются обучающие модули. На практических занятиях студенты разгадывают кроссворды, ребусы, решают иллюстрированные и видео задачи. Все эти виды работ способствуют развитию профессиональных и общих компетенций по изучаемым профессиональным модулям [1].



К формам внеаудитор-

ной самостоятельной работы студентов в нашем филиале относится: подготовка рефератов, докладов, сообщений, буклетов, памяток, плакатов, кроссвордов, листовок; выпуск санбюллетеней, информационных газет, подготовка презентаций и видеороликов; подготовка и участие студентов в конкурсах, олимпиадах, конференциях. Так, я принимала участие в конкурсе «Здоровым быть здорово» среди команд групп 6301 и 6302 специальности 34.02.01. «Сестринское дело». В ходе разнообразных заданий конкурса выявлялись знания студентов по пропаганде ЗОЖ, демонстрировались подготовленные командами презентации. Так же я участвовала в проведении видеоурока на тему: «Сахарный диабет – это не заболевание, а образ жизни» В конкурсе плакатов на тему «ЗОЖ как профилактика заболеваний» я заняла первое место.

Помимо этого, в нашем филиале проводился конкурс кроссвордов по ПМ01 Проведение профилактических мероприятий, МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение, где я также заняла призовое место. Я участвовала в конкурсе иллюстрированных задач по ПМ02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационных процессах. Сестринских уход в терапии. В нашем учебном заведении проводился конкурс санбюллетеней к Всемирному дню здоровья, в котором я тоже приняла активное участие. Участие студентов в конкурсах, конференциях, работе предметных кружков предполагает выполнение ими учебных исследований (или их элементов) в рамках данных мероприятий.

Значительное внимание в нашем филиале уделяется учебно-исследовательской работе студентов. Учебное исследование ведется студентом под руководством, с личным участием и с помощью преподавателя.

В настоящее время я со своей однокурсницей Евдокимовой О. занимаюсь учебно-исследовательской работой на тему «Биологический и хронологический возраст человека». Целью нашей работы является определение биологического возраста у взрослых и выявление факторов, влияющих на него. Нами было проведено анкетирование и тестирование 60 человек. Были выявлены отягощающие (оздоравливающие) факторы, даны рекомендации в отношении ведения здорового образа жизни.

Организованная в нашем колледже самостоятельная работа студентов дает значительный положительный эффект при овладении обучающимися общими и профессиональными компетенциями, то есть является важной составляющей в профессиональной подготовке будущего специалиста.

Литература

- Гарамова Е.Н., Головачева Э.Ю. Применение современных образовательных технологий при реализации ФГОС по специальности «Лечебное дело» // Актуальные аспекты кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях: материалы межрегион. заочной конф., 24 янв. 2013 г., г. Рязань / под ред. Г.В. Римской; Обл. гос. образов. учр. ср. проф. образ. «Ряз. мед.-соц. колледж». – Рязань, 2013. – С. 40-44.

2. Силласте Г.Г., Письменная Е.Е., Белгарокова Н.М. Самостоятельная работа студентов: метод. рекомендации. – М.: Финансовый университет, 2013. – 35 с.

МОЛОДЕЖНЫЙ СОВЕТ ПО КАЧЕСТВУ: НОВЫЙ ФОРМАТ РАБОТЫ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

T.A. Котова, Е.С. Наинова, Н.С. Волкова
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Молодежный Совет по качеству – орган студенческого соуправления, основной целью которого является содействие повышению качества образования с учетом мнения студентов.

Совет работает с 2010 года и на протяжении уже 6 лет доказывает эффективность вовлечения студентов в оценку качества образования.

Деятельность Совета условно разделена на внутреннюю работу – основную, и внешнюю. Главный инструмент внутренней работы – это мониторинг. Он осуществляется по двум направлениям. Первое - содействие при промежуточном мониторинге студентов 1 курсов, 2-6 курсов, по проблеме здорового образа жизни, антикоррупционном. Второе - текущий мониторинг и анализ информации со страничек в социальной сети Вконтакте. При использовании данных инструментов предоставляется возможность решать проблемы студентов непосредственно в момент их возникновения, тем самым повышая удовлетворенность студентами качеством образования.

Внешняя работа Совета также достаточно насыщенная. Совет распространяет опыт среди других учебных заведений, а также повышает уровень навыков своих представителей. Молодежный Совет плотно контактирует с Красноярским и Екатеринбургским медицинскими университетами. Весной 2015 года Молодежный совет по качеству помог в создании Студенческой комиссии по вопросам качества в Рязанском медико-социальном колледже.

В марте 2015 года Совет инициировал проведение круглого стола по качеству образования на 4 Всероссийском форуме студентов медицинских и фармацевтических вузов России, в котором приняли участие представители 51 медицинских и фармацевтических вузов страны. Форум посетила Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова. В 2016 году Представители Совета выступили в качестве экспертов и модераторов данного круглого стола. Были обсуждены вопросы создания студенческих комиссий по качеству образования в учреждениях, где таковых еще нет, и пути совершенствования уже существующих комиссий.

В 2016 году на V Всероссийском форуме студентов-медиков члены Молодежного совета по качеству приняли активное участие в проведении тренинга «Тайм-менеджмент: учеба и общественная деятельность» и круглом – столе «Мы вместе – в этом наша сила». По итогам открытого голосования на лучшую выставку. РязГМУ занял первое место в номинации «Моя профессия - мой образ жизни».

Качество образования продвигается не только на уровне обучающихся, но и на уровне абитуриентов. По программе Общероссийской общественной организации «За качественное образование» в 2015 году члены Молодежного Совета по качеству стали общественными наблюдателями при проведении ЕГЭ в пунктах Рязанской области.

В октябре 2015 председателем Совета было пройдено обучение во Всероссийской школе-семинаре для членов стипендиальных комиссий университетов «СТИПКОМ». Программа школы включала теоретическое и практическое обучение работе в стипендиальной комиссии, а также сдачу выходного тестирования и решение практической задачи, по результатам которого были выданы сертификаты.

4 ноября текущего года Совет принял участие в Форуме активных граждан «Сообщество», Форум посетил президент РФ В.В. Путин.

Начиная с лета этого года Комиссия по вопросам качества образования при Министерстве образования Российской Федерации совместно с Общероссийской общественной организацией «За качественное образование» проводила процедуру верификации студенческих комиссий по качеству образования. Было подано 207 заявок, верифицировали лишь 22 организации, в числе которых Молодежный Совет по качеству образования нашего университета.

В начале 2016 года Молодежный Совет и его председатель Наталья Волкова стали дипломантами II Национальной премии области защиты прав обучающихся вузов и ссузов «Студенческий дозор» в номинации «Правозащитное объединение года» и «Правозащитник года».

Умножая свои знания по качеству образования, получая новый опыт, Совет совершенствует свою работу, а через неё всё больше повышает качество образования.

Литература

- 1) Стандарты и мониторинг в образовании // Научно-методический и информационный журнал. – 2016. – №1.
- 2) Нормативная документация ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
- 3) ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования (введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28.09.2015 № 1391-ст).

ВОСПИТАНИЕ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т.А. Котова, Е.С. Наянова, Н.С. Волкова
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Российский врач Даниил Самойлович еще в середине XVIII века писал: «Чтобы стать врачом, нужно быть безукоризненным человеком». Ведь хорошего врача определяет не набор навыков, а именно человеческие качества.

Добрый, отзывчивый, гуманный, трудолюбивый, интеллигентный, самоотверженный, честный. Все эти слова характеризуют настоящего врача. Все они описывают людей, на которых мы должны равняться, которыми мы стремимся стать – таких как Иван Петрович Павлов, Николай Иванович Пирогов, Иван Михайлович Сеченов, наш современник (ректор РязГМУ с 1987 по 1999) – Евгений Алексеевич Строев.

Несмотря на то, что общекультурные компетенции невозможно оценить по стандартам качества так, как это можно сделать с уровнем практических навыков и теоретических знаний, они являются важной составляющей профессии врача и критерием качества подготовки квалифицированного специалиста, что особенно ценно для пациентов, и работодателей.

Воспитание студента-медика складывается из патриотического, экологического, духовно-нравственного воспитания. В университете создана и реализуется программа воспитательной работы, функционируют несколько десятков проектов, направленных на воспитание молодежи.

Волонтерские отряды, работа в которых учит быть добрыми, отзывчивыми, бескорыстными и сострадательными людьми. Выезды в детские дома, акции безвозмездной сдачи крови, благотворительные акции – всё это необходимо для полноценного воспитательного процесса.

Активная работа в спортивном секторе, участие в соревнованиях формируют характер, стойкость, уверенность, учат ценить каждую минуту и правильно использовать свое время, что очень необходимо в работе врача, ведь каждый день приходится принимать сложные решения, и от времени их принятия зависит жизнь пациента.

Патриотическое направление направлено на воспитание ответственности за будущее, любовь к родине, уважение к ветеранам, знание истории своей страны. Каждое мероприятие наполнено любовью к стране и благодарностью ветеранам за мирное небо над головой за возможность жить, учиться без войны.

Творческие кружки развивают студентов как личность, дают возможность творческого совершенствования и самореализации. Профессия врача связана с тяжелыми психологическими и физическими нагрузками. Важно, чтобы было дело, которому врач может посвятить себя в свободное время.

Научная деятельность в вузе – это один из способов развития клинического мышления. Студенческое научное общество открывает новые грани и формирует базу для дальнейшей деятельности специалиста, раскрывает его научный потенциал.

Походы на концерты, выставки, театральные и литературные вечера обеспечивают воспитание культуры определенной интеллигентности.

Деятельность в органах студенческого самоуправления дает возможность раскрытия лидерских и руководящих качеств, приобретения навыков работе в команде, инициативности и ответственности.

Помимо этого в будущем враче необходимо воспитывать морально-этические качества. Их регламентирует принятый Ученым Советом университета 19 мая 2015 года Этический кодекс обучающихся, ранее рассмотренный и одобренный Советом студенческого актива (ныне Совет обучающихся).

Основные принципы которого – это принципы высокой нравственности, гуманизма, медицинской этики и деонтологии, толерантности в общении с окружающими, он не допускает любые формы унижения чести и достоинства, физического и психического насилия.

Обучающийся стремится к созданию здорового микроклимата в коллективе, проявляет уважение к обычаям и традициям представителей различных народов. Также отражена необходимость вести здоровый образ жизни, поддерживать частоту, соблюдать технику безопасности и лечебно-охранительный режим в учреждениях.

Особое внимание уделено внешнему виду. Звание обучающего медицине и фармации обязывает к аккуратной прическе, ношению белого халата, шапочки. Запрещается наличие длинных ногтей, высоких каблуков, яркого макияжа.

Контроль за соблюдением Этического Кодекса является необходимым компонентом воспитательной работы.

Таким образом, качественно подготовленный специалист медицинского направления, профессионал обладающий практическими умениями, теоретическим знаниями, высококультурный патриот своей страны сострадающий людям. Такого специалиста хотят видеть у себя медицинские учреждения на рабочем месте, а пациенты своими лечащими врачами.

А для медиков заповедь: «Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто посвящает себя медицинской науке». Н.И. Пирогов

Литература

1. Этический кодекс студентов ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
2. Нормативная документация ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
3. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования (введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28.09.2015 № 1391-ст).

СТРЕСС В РАБОТЕ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫЗВАННЫЙ АГРЕССИЕЙ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОВ

Т.Н. Кубынина, Т.Г. Кондрат

Фельдшеры

ГБУ РО «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Рязань

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) называет стресс «болезнью двадцать первого века». Это «заболевание» становится все более распространенным. По оценкам некоторых западных экспертов, 70% заболеваний связаны с эмоциональным стрессом. В последнее время показано, что эмоциональные проблемы являются наиболее важной причиной потери трудоспособности по сравнению с физическими проблемами.

Конфликты между фельдшерами скорой помощи и пациентами все больше учащаются в настоящее время. Как правило, конфликтная ситуация между фельдшером и пациентом может возникнуть из-за взаимной грубости, некомпетентности медицинского работника, некачественного оказания медицинской помощи, завышенных требований пациента, агрессии со стороны пациента. В результате чего высок риск стресса на работе.

Конфликт – это ситуация, в которой каждая из сторон старается занять позицию, несовместимую с интересами другой стороны. Как следствие, конфликта без участия двух сторон не бывает, и, соответственно, каждая сторона предпринимает какие-либо действия, которые становятся неприемлемы для второй стороны, что и вызывает конфликтную ситуацию.

Любая работа человека связана в той или иной степени со стрессом. Особенно высок риск стресса у медицинских работников, в том числе фельдшеров скорой медицинской помощи.

Стресс проявляется в виде физических, психологических и социальных недомоганий или дисфункций и возникает в результате того, что человек чувствует себя неспособным преодолеть отставание из-за требований и ожиданий, возложенных на него.

Стресс, связанный с работой, может вызываться различными факторами, такими как должностные обязанности, организация и условия работы, коммуникация.

В настоящее время очень часто встречаются агрессивно настроенные пациенты. Фельдшеры скорой медицинской помощи в силу специфики своей работы все чаще подвергаются на вызовах агрессивному воздействию со стороны пациентов или их родственников, что влияет на их отношение к ситуации, восприятие информации и работоспособность. Ведь зачастую, получая вызов, фельдшер даже не имеет представления о том, что может ожидать его на адресе. Чаще всего на врачей и фельдшеров нападают нетрезвые родственники пациентов или сами больные, нередки и случаи вандализма в от-

ношении медицинских автомобилей, которым хулиганы бьют стекла, в том числе при помощи пневматического оружия, и прокалывают шины.

Беззащитность медиков и безнаказанность агрессивных "пациентов" наносит существенный вред психике фельдшеров, которые оказывают медицинскую помощь не в стационарах с пропускным режимом и охраной при входе, а в подъездах, квартирах, порой, и просто на улице. Тем самым создаются условия возникновения психологического стресса у фельдшеров, снижения их работоспособности и возможного последующего ухода из профессии.

К большому сожалению, медики, в отличие от полицейских при исполнении ими служебных обязанностей не защищены статьей 319 УК РФ "Оскорбление представителя власти". "Публичное оскорбление представителя власти при исполнении им своих должностных обязанностей или в связи с их исполнением – наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года." Депутатами Госдумы планируется рассмотреть введение закона, который приравнивал бы нападение на сотрудника скорой помощи к нападению на полицейского «при исполнении». В случае принятия такого закона, насилие в отношении врачей и фельдшеров будет чревато 20-летним заключением.

Фельдшеров в повседневном труде сопровождают различные стрессоры. Это и постоянный эмоциональный контакт с множеством людей, нуждающихся в помощи; постоянный контакт со смертью (реальной, потенциальной, фантомной); перегрузки; сменная работа; чувство высокой ответственности за результаты работы, контроль за работой извне, агрессия и нападение пациентов на работников скорой медицинской помощи и др.

Данные стрессоры вызывают следующие группы состояний:

- психические: гневные самовыражения в словах, поступках; сниженное настроение, страх, тревожность, стыд; злость на пациентов, коллег, администрацию, фruстрация;
- нравственно-психические: злоба, проявляемая в поведении и поступках; отвращение, демонстрируемое в поведении и отношениях; чувство неустроенности в социальном плане; утрата интереса к работе;
- стрессовые состояния, граничащие с патологией: навязчивые мысли о суициде; недомогание; бессонница; усталость, парализующая способность сопротивляться обстоятельствам; ярость с потерей самообладания.

Работникам скорой помощи, пожалуй, чаще, чем другим, приходится испытывать на себе нервно-психические нагрузки. Потоки информации, теснота салона санитарного транспорта, нервные перегрузки. Все это создает условия, при которых человеку нетрудно «сорваться»: нагрубить, оскорбить, спровоцировать на ответную грубость. Словесные раздражители в виде непрекращающегося потока вопросов к фельдшеру также отрицательно влияют на настроение. А плохое настроение – это не только по-

стоянныe конфликты с пациентами и коллегами, но и снижение производительности труда, грубые технические ошибки, приводящие к снижению качества оказания медицинской помощи. У фельдшера в таких случаях возникает подавленность, замедляются темпы мышления, действий.

В таком состоянии очень сложно установить контакт с возбужденным или агрессивным пациентом, а проявления агрессии у людей, как мы видим из приведенных выше примеров, многообразны.

Какие можно сделать выводы:

1) работа фельдшеров скорой медицинской помощи относится к числу сложных и даже опасных видов трудовой деятельности;

2) качество оказания медицинской помощи фельдшерами зависит от их умения работать с людьми, их стрессоустойчивости и способности избегать конфликта;

3) общение является важнейшей функцией в работе фельдшеров, поскольку от их умения своевременно и правильно понять пациента, зависит не только сохранение здоровья человека, но порой, и жизнь;

4) к сожалению, работники скорой медицинской помощи не настолько защищены законодательно, как полицейские, поэтому по этому вопросу необходимо предпринимать срочные меры.

Литература

1. ГОСТ Р 55914-2013 Менеджмент риска. Руководство по менеджменту психосоциального риска на рабочем месте. – М., 2013.

2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. №63-ФЗ (ред. от 28.11.2015). М., 1996.

3. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия: лекция 3. – [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – №3. – URL: <http://medpsy.ru>.

4. Носкова О.Г. Психология труда: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Е.А. Климова. – М.: Изд-й центр «Академия», 2004. – 384 с.

МЕТОД ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОЕКТА В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА

C.A. Кузнецова¹, С.Е. Нистратова²

Руководитель УПО (1), преподаватель (2)

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Метод индивидуального проекта как вид учебной деятельности занимает основное место в арсенале инновационных педагогических средств и методов в современной системе профессионального образования.

Если говорить о методе проекта как о педагогической технологии, то это технология включает в себя совокупность исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по своей сути.

Обращение профессионального образования к технологии учебного проектирования позволяет активизировать деятельность обучающихся на всех этапах обучения при изучении как специальных, так и общеобразовательных дисциплин.

Преподавание общеобразовательных дисциплин в форме чтения текстов учебников, репродуктивных вопросов и ответов не соответствует возрастным особенностям обучающихся колледжа, современным тенденциям обучения и воспитания. Подобные методы становятся неприемлемыми и неэффективными.

Организация учебной деятельности обучающихся с использованием метода проекта позволяет сделать преподавание общеобразовательных дисциплин занимательным, полезным, интересным и эффективным.

При организации занятия основной упор делается на два момента: планирование деятельности и самостоятельные действия обучающихся. В процессе обучения проектному методу меняется роль преподавателя и обучающихся: преподаватель выступает в роли консультанта и помощника, обучающиеся – в роли активных участников.

Проектный метод предполагает защиту «продукта», у студентов формируются умения выступать перед публикой, отстаивать свою точку зрения, излагать свое видение проблемы. В ходе презентации обучающиеся не только рассказывают о ходе работы и показывают его результат, но и демонстрируют собственные знания и опыт в решении проблемы. Это незаменимые умения для человека, желающего добиться успеха практически в любой профессии.

Презентации, созданные обучающимися, можно в дальнейшем использовать как методический материал на занятиях в другой группе.

В отличие от традиционного процесса обучения, построенного на основе движения познания обучающегося от теории – к практике, технология учебного проектирования строится в соответствии с иной логикой познания: от практики – к учению. Основным мотивом проектной деятельности для обучающегося становится не столько процесс познания, сколько стремление решить конкретную проблему, разработать необходимые рекомендации, которые будут использованы на практике. При этом ценность проекта заключается в возможности включить обучающихся в самые разнообразные виды деятельности, обеспечивающие не только расширение их кругозора, жизненного опыта, но и овладение различными способами творческой, исследовательской деятельности.

Внешний результат можно увидеть, осмыслить, применить в реальной практической деятельности.

Внутренний результат – опыт деятельности – становится бесценным достоянием учащегося, соединяя в себе знания и умения, компетентности и ценности.

Метод проектов позволяет решить одну из самых острых проблем современного образования – проблему мотивации. При этом реализуется принцип личностно-ориентированного обучения, когда обучающиеся могут выбрать дело по душе в соответствии со своими способностями и интересами. Выполняя проекты, обучающиеся осваивают алгоритм проектно-исследовательской деятельности, учатся самостоятельно искать и анализировать информацию, интегрировать и применять полученные ранее знания. В итоге, развиваются их творческие и интеллектуальные способности, самостоятельность, ответственность, формируются умения планировать и принимать решения. Кроме этого, метод проектов тесно связан с использованием новейших компьютерных технологий.

На занятиях общеобразовательных дисциплин студенты колледжа способны осуществлять самостоятельный поиск необходимой информации по теме проекта, ее творческое преобразование в материальный продукт (реферат, веб-сайт, плакат и т.п.), его презентация и защита.

Вариант проекта по ОУД.01 Литература

Цель – создание обложки к трилогии А. Блока «Теза», «Антитеза», «Синтез», в которых были проиллюстрированы три периода «вочеловечивания»: «от мгновения слишком яркого света – через необходимый болотистый лес – к отчаянию, проклятиям, «возмездию» и… – к рождению человека «общественного», художника, мужественно глядящего в лицо миру…»

Через символы, цвет, композицию студенты должны отразить:

1 группа («Теза») – мировую гармонию, «несмутимую» Душу Мира, Вечную Женственность, которая может примирить небо и землю, спасти от катастрофы мир через его духовное обновление;

2 группа («Антитеза») – динамическое начало, стихию, врывающуюся в жизнь и вступающую в конфликт с Душой Мира, остроконфликтный мир повседневной жизни;

3 группа («Синтез») – новую, более высокую ступень осмысления действительности, отвергающую предыдущие и в то же время соединяющую в себе по-новому некоторые их черты.

В каждой группе должны быть обучающиеся, имеющие аналитические способности, хорошо знающие творчество Блока, умеющие рисовать и выразительно читать стихи.

Можно выделить следующие этапы разработки проекта:

- обсуждение ситуации, выявление проблемы;
- выдвижение гипотез решения проблемы;
- выявление возможных источников информации;
- обсуждение оформления результатов;
- работа в группах над поиском фактов и аргументов;

- обсуждение методов;
- корректировка выводов;
- рефлексия, выдвижение новых проблем.

К защите проекта обучающиеся должны представить:

- устный комментарий к обложке: описание этапа жизненного пути поэта, его мировоззрения, миросозерцания на этом жизненном этапе;
- эпиграф к обложке;
- рисунок на обложку книги, отражающий настроение, символы этапа творчества;
- выразительное чтение одного из стихотворений сборника, к которому создается обложка.

На заключительном этапе урока-проекта, целесообразно провести рефлексию, предложить студентам в течение нескольких минут заполнить таблицу:

«Я» (как работал, ошибки)	«Мы» (насколько я помог группе, насколько со- курсники, преподава- тель помогли мне)	«Дело» (понял ли материал, что узнал, что за- помнил, смогу при- менить)	Оценка в баллах (по десятибалльной системе)

Литература

1. Гуслова М.Н. Инновационные педагогические технологии: учеб. пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений [Текст] / М.Н. Гуслова. – М.: «Академия», 2010. – 288 с.
2. Зеер Э.Ф. Личностно-развивающие технологии начального профессионального образования: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / Э.Ф. Зеер. – М.: «Академия», 2010. – 176 с.
3. Митяш Н.В. Инновационные педагогические технологии. Проектное обучение: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования [Текст] / Н.В. Митяш. – М.: «Академия», 2011. – 144 с.
4. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб.пособие для студ. пед. вузов и системы повыш. квалиф. пед. кадров [Текст] / Е.С. Полат [и др.]. – М.: «Академия», 2001. – 272 с.
5. Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии: активное обучение: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / А.П. Панфилова. – М.: «Академия», 2009. – 192с.

РОЛЬ БИБЛИОТЕКИ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Г.П. Ластушкина

Главный библиотекарь

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Фундамент квалификации медицинского работника закладывается в период его обучения в медицинском колледже, но устаревание информации происходит настолько быстро, что требуется постоянная актуализация полученных знаний, которая возможна только в процессе непрерывного образования преподавателей.

Так как информационные услуги ориентированы на взаимодействие потребностей пользователей с информационными ресурсами, чтобы обеспечить образовательные процессы в колледже, то одна из основных функций библиотеки колледжа – быть информационным центром для студентов и преподавательского состава.

Посредством такой формы распространения знаний, как информационные услуги, библиотеки колледжей осуществляют также и функцию центра культуры. Тем самым, они предоставляют пользователям доступ к национальному и мировому культурному наследию, информационную поддержку инновативной активности пользователей, в свою очередь, развивая навыки самостоятельного поиска информации в виртуальной среде.

Основной функцией библиотеки колледжа является организация информационного потока и предоставление доступа к нему пользователей; а основной задачей – предоставить пользователям информационные ресурсы, раскрыть и распространить их содержание соответственно информационным потребностям пользователей, что определяет разнообразие информационных услуг библиотеки. Поощряя возможности развития интерактивного образования и дистанционного обучения, библиотека колледжа выполняют функцию центра непрерывного образования.

Формирование информационных потребностей преподавателей происходит под влиянием, которое оказывает среда, в том числе наличие библиотеки в образовательном учреждении, доступ к информационных источникам и современным электронным ресурсам. Основными барьерами на пути к удовлетворению информационной потребности преподавателя являются проблемы доступа, отсутствие времени, а также несформированная библиографическая грамотность. Решением проблемы непрерывного обучения преподавателя может стать использование традиционной ресурсной базы печатного фонда изданий и нового источника «Электронная библиотека медицинского колледжа». Это дает возможность в режиме онлайн непосредственного доступа к информации для всех желающих.

В современных условиях формирующегося информационного общества Интернет стал важнейшим источником информационных ресурсов и предоставляет большие возможности для получения информации по медицине.

Непрерывное образование преподавателей колледжа – это одна из основных задач и одно из основополагающих направлений деятельности библиотечного сектора.

Библиотека медицинского колледжа:

- предоставляет полную информацию о составе библиотечного фонда через систему каталогов, картотек и с использованием других форм библиотечного информирования;
- оказывает консультативную помощь в поиске и выборе литературы;
- выдает во временное пользование печатные издания и другие документы из библиотечного фонда;
- выполняет тематические, адресные и другие библиографические справки, составляет по запросам списки литературы, проводит библиографические обзоры, организует книжные выставки;
- расширяет ассортимент библиотечных услуг, повышает их качество на основе технического оснащения библиотеки, компьютеризации информационных процессов.
- обеспечивает комплектование фонда в соответствии с профилем колледжа, учебными планами и образовательными программами;
- ведет систему библиотечных каталогов и картотек на традиционных носителях с целью многоаспектного библиографического раскрытия фондов;
- принимает участие в воспитательной работе колледжа, используя различные формы и методы индивидуальной и массовой работы;
- принимает участие в системе повышения квалификации библиотечных работников;
- участвует в работе ведомственных, межведомственных библиотечно-информационных объединений, ассоциаций, взаимодействие с библиотеками региона с целью эффективного использования библиотечных ресурсов.

Из опыта нашей библиотеки добавлю следующее:

1. Библиографическое информирование преподавателей в рамках сотрудничества по МБА с ГБУ РО «МИАЦ» Рязанская областная научная медицинская библиотека – новейшая информация из журнальных статей используется в профессиональной деятельности.
2. Создание библиографических тематических списков для более эффективной работы с новыми информационными ресурсами.
3. Подготовка и оформление тематических выставок, в том числе новых поступлений и новой периодики.
4. Создание, редактирование информационных папок по наиболее актуальным темам.

5. Постоянное использование медиатеки и электронной библиотеки медицинского колледжа в непрерывном образовании.

6. Постоянная помощь в распечатке и копировании материалов для учебно-образовательного процесса.

7. Обеспечение полной информационной открытости библиотеки на сайте колледжа.

Литература

1. Комарова Г. Менеджмент организации работы в библиотеке колледжа // Латвийский Университет, Рига, Латвия. – <http://www.gpntb.ru/win/inter-events/crimea2008/disk/014.pdf>

2. Безродная Л.В. Роль научных медицинских библиотек в непрерывном образовании врачей. – <http://cyberleninka.ru/article/n/rol-nauchnyh-meditsinskih-bibliotek-v-nepreryvnom-obrazovanii-vrachej>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

О.Н. Лигарева

Студентка факультета ВСО
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой и отраслью народного хозяйства, призвано обеспечивать реализацию важнейшего социального принципа – сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание им высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи.

Для российского здравоохранения сейчас особенно актуальна проблема повышения качества медицинской помощи. В связи с этим необходимо кардинальное решение управлеченческих, организационных и экономических проблем с целью создания механизма эффективного функционирования этой важнейшей социальной сферы. С точки зрения системного управления здоровье населения является фактором, оказывающим решающее влияние на формирование национальной социальной политики. Уровень и качество здоровья народа, определяемые санитарно-демографическими показателями, во многом характеризуют степень цивилизованности страны, активно влияя на ее социально-экономический потенциал [1].

Эффективность функционирования здравоохранения во многом зависит от качества, количества и структуры занятых в этой сфере трудовых ресурсов, а также степени их применения.

По мнению Министерства здравоохранения РФ, резервом повышения качества сестринской помощи является эффективная

организация работы сестринских служб: рациональная расстановка кадров, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, планирование работы, снижение непроизводственных затрат рабочего времени и т. п. [4]

В последние годы повысилась потребность общества в оказании высококвалифицированной медицинской помощи. Медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Они обеспечивают работу различных служб и, безусловно, от них зависят качество и эффективность медицинской помощи [5]. К сожалению руководители медицинских организаций не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Сестринский персонал должен в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с персоналом и населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни. Для этой роли наиболее подходящим сотрудником может быть именно медсестра [4].

Важное значение в работе сестринского персонала любого уровня отводится правильной организации труда, куда относятся организация рабочего места, эффективное распределение персонала по рабочим точкам, создание творческой и доброжелательной атмосферы в рабочем коллективе. Мотивация профессиональной деятельности сестринского персонала – одна из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Престиж профессии медицинской сестры в обществе падает. Сестринский персонал в большей части своей неудовлетворен своим трудом, системой оплаты, поэтому качество оказания медицинской помощи снижается. Мотивация при эффективном ее использовании может стать основным моментом в повышении качества сестринской помощи, получении удовлетворения от своего труда [3].

Для мотивирования профессиональной деятельности сестринского персонала необходимые различные подходы: побуждение персонала к активной деятельности с помощью внешних факторов (материальное и моральное стимулирование), начисление заработной платы, премий, продвижение по служебной лестнице, признание и одобрение результатов работы администрацией; формирование у сотрудников внутренних (психологических) побуждений к труду, интереса к работе, творческого подхода, ответственности за проделанную работу, самоуважения с помощью создания соответствующих условий работы (оборудование рабочего места – компьютеризация, специально сшитая рабочая одежда, изготовление индивидуальных визиток), предоставление свободы выбора действий при решении поставленной задачи и точная формулировка этой задачи.

Современному здравоохранению требуется медицинская сестра, владеющая актуальными профессиональными знаниями и сестринскими технологиями, основами психологии общения, умеющая использовать компьютерную технику, современную медицинскую аппаратуру, обеспечивающую мониторинг состояния пациента, профилактические мероприятия, качественный уход и реабилитацию.

В настоящее время видится единственный способ улучшения качества работы средних медицинских работников – это планирование работы на основе нагрузки в условиях реальной деятельности медицинской организации. Совершенствовать качество сестринской работы можно лишь тогда, когда деятельность медицинской сестры изучена, структурирована, нормирована и, следовательно, может быть оценена в соответствии со стандартом. Стандарты практической деятельности медицинской сестры включают в себя алгоритмы действий для проведения процедуры, цели проведения. Благодаря им медицинская сестра может самостоятельно контролировать свои действия и их результативность. Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения. Вооружив медсестру подобными знаниями, несмотря на кажущуюся дополнительную нагрузку можно облегчить выполнение своих обязанностей, так как, зная, согласно стандарту рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи пациентам, медсестре не надо всякий раз бегать к врачу с вопросом, что делать в той или иной ситуации [2].

Литература

1. Князева Е. Роль и место старшей медицинской сестры в реформировании сестринского дела / Е. Князева // Главная медицинская сестра. – 2014. – №1.
2. Суслина Е.А.Концепция развития сестринского дела в Тульской области / Е.А. Суслина // Главная медицинская сестра. – 2014. – №2.
3. Управление человеческими ресурсами: учебник / Д. Торрингтон, Л. Холл, С. Тейлор; пер.с 5-го англ. изд.; науч. ред. пер. А.Е. Хачатуров. – М.: Изд-во "Дело и сервис", 2014.
4. Савенко С.М. Деонтология медицинского персонала: материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 70-летию НИИ дезинфектологии Минздрава России / С.М. Савенко; под общ. ред. М.Г. Шандалы. – М.: ИТАР-ТАСС, 2014. – Ч. 1.
5. Положение об организации деятельности специалиста по управлению сестринской деятельностью (приказ МЗ РФ от 13.09.02. № 288). – М., 2002.

ОЦЕНКА СТУДЕНТАМИ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ОГБПОУ «РЯЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

B.C. Меркулова

Студентка гр. 1411, специальность "Лечебное дело",

член Молодежного совета по качеству

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Научный руководитель: О.А. Лашин, методист ОМКОП

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В современной образовательной политике проблема качества образования, и в частности профессиональной подготовки специалистов, занимает одно из центральных мест. В повышении качества заинтересованы все участники образовательного процесса, а также «получатели конечного продукта», работодатели. Студенты как непосредственные потребители образовательных услуг имеют уникальную возможность независимой оценки качества своей подготовки. На протяжении нескольких лет студенты способны проследить положительные и отрицательные тенденции в образовательной деятельности своего учебного заведения, отметить достоинства и недостатки, скрытые от внешней оценки.

Студенты Рязанского медицинского колледжа имеют широкие возможности оценить качество подготовки специалистов в Alma-mater. В колледже действует Молодежной совет по качеству (о работе Молодёжного совета по качеству см. А.В. Евстигнеев «Участие молодежного совета по качеству ОГБОУ СПО «РМСК» в оценке качества профессионального образования» в сборнике «Реализация непрерывного профессионального образования как основа повышения качества подготовки медицинских кадров», материалы Всероссийской конференции студентов и молодых специалистов с международным участием, 24-25 апреля 2015г.), ежегодно проводится анкетирование студентов по широкому спектру проблем качества обучения, социальных условий обучающихся. Данный опрос охватывает до 90% студентов специальностей Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело, Лабораторная диагностика, Фармация, Стоматология ортопедическая, поступивших в колледж на базе 9-го и 11-го классов и обучающихся в Рязани, а также в Касимовском и Скопинском филиалах колледжа. Анализ ответов не выявляет значительного расхождения в оценке образовательного процесса студентов в Рязани, Касимове и Скопине.

Таким образом, результаты ежегодных опросов репрезентативны и позволяют с высокой степенью объективности выявить основные достоинства и недостатки образовательного процесса в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» с точки зрения студентов. Анализ результатов опросов и последующие коррекционные мероприятия позволяют улучшить ка-

чество образовательных услуг в колледже, что и является основной целью данных исследований.

Первый блок вопросов в наших анкетах выявляет мотивацию респондентов к выбору профессии и учебного заведения. Большинство респондентов до поступления высоко оценивали качество образовательных услуг в Рязанском медицинском колледже. Таким образом, колледж обладает, как образовательное учреждение, достаточно стабильной престижной позицией в регионе. Мотивация к выбору профессии выявляет у респондентов, в первую очередь, понимание ее социальной значимости. При этом примерно у половины опрошенных представление о выбранной профессии к моменту окончания учебы улучшилось, что является одним из важных показателей высокой степени удовлетворенности респондентов образовательным процессом в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж».

Работа кураторов получает неизменно высокую оценку студентов (84% оценок «отлично» и «хорошо»). Стабильно высокие оценки деятельности кураторов на протяжении всего периода социологических исследований в колледже позволяют признать уровень воспитательной работой в полной мере отвечающим ожиданиям обучающихся.

Результаты опросов студентов первого года обучения показывают, что при высокой осознанности выбора будущей профессии и учебного заведения, респонденты в целом удовлетворены начальной стадией образовательного процесса. При этом наибольшего внимания требуют социально-бытовые проблемы первокурсников. Общая положительная оценка студентами важнейших сторон образовательного процесса на втором и третьем году обучения сохраняется.

Предложения по улучшению организации образовательного процесса высказывают, как правило, от 50-и до 60-и процентов опрошенных. Первокурсники, в первую очередь, концентрируют внимание на проблемах оптимизации расписания теоретических занятий, студенты второго года обучения и старшекурсники выделяют конкретные направления повышения эффективности теоретической и практической подготовки студентов, в частности, ставят вопросы о соотношении учебного времени на теорию и практику, о наиболее эффективных образовательных технологиях. При оценке баз производственной практики большинство респондентов выделяют в лучшую сторону Областную клиническую больницу.

В 2016г. выросло число выпускников, считающих себя вполне подготовленными к самостоятельной работе (рис. 1). Стоит отметить, что работодатели выпускников нашего колледжа в своих анкетах несколько выше оценивают уровень их теоретической и практической подготовки.

В некоторых случаях « недостаточная готовность», по видимому, связана с психологическим барьером, боязнью самостоятельной профессиональной деятельности.

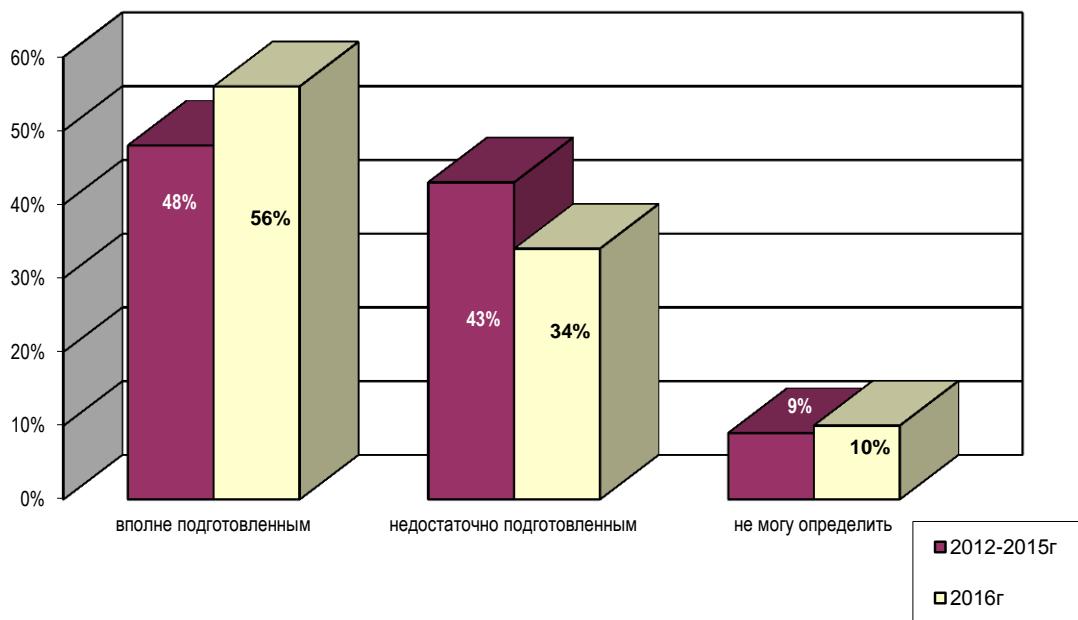


Рис. 1. Суммарные результаты ответа на вопрос «Считаете ли Вы себя подготовленным к самостоятельной работе» в анкетах выпускников

Понятно, что студенты не в состоянии в полной мере оценить качество такого многогранного явления, как образовательный процесс. Содержание и объём учебных дисциплин и профессиональных модулей, учебный план не поддаются грамотной оценке со стороны студентов. Поэтому стоило бы привлечь к оценке качества профессиональной подготовки в колледже его выпускников, проработавших некоторое время по специальности.

Литература

1. Власенко Н.Ф., Фаттахова А. А., Шамсиева М.И. Оценка качества образования студентами ВУЗа. – <http://www.scienceforum.ru/2013/10/4924>
2. Жаденова С.В. Практика привлечения работодателей и студентов к оценке качества профессионального образования. – <http://naukovedenie.ru/PDF/106tvn313.pdf>
3. Зинкевич Е.Р. Оценка качества образования студентов медицинских ВУЗов. – <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-obrazovaniya-studentov-meditsinskih-vuzov>
4. Окуловская Н.В., Кулаев Д.Х., Шлейкин А.Г., Саркисян З.М. Анкетирование студентов в системе контроля качества обучения. – <http://economics.open-mechanics.com/articles/402>
5. Смирнов А.В. Особенности привлечения работодателей и студентов для оценки качества образования. – <http://www.expertnica.ru/library/sbornik2011/4>
- 6 Quality assurance in vocational education and training. – <http://ec.europa.eu/education/policy/vocational-policy/eqavet>

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ: ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Ю.Е. Меркулова

Преподаватель профессионального учебного цикла
Ефремовский филиал ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Ефремов

Исследовательская деятельность – это одно из самых основных направлений в процессе обучения, которое способствует развитию профессиональных качеств студента. Студент обретает навыки теоретического осмыслиения своей профессиональной деятельности, самостоятельность суждений, умение концентрироваться, постоянно обогащать собственный запас знаний, обладать многосторонним взглядом на возникающие проблемы.

Исследовательская деятельность студентов под руководством преподавателя способствует личностной самореализации, развивает творческое мышление, помогает организовать свою деятельность. Совместная деятельность преподавателя и студентов является целостной системой, достаточно разнообразной по содержанию и направлениям, формам и методам. Поэтому одним из важнейших средств повышения качества подготовки специалистов является формирование навыков исследовательской деятельности студентов как в рамках учебных занятий, так и во внеаудиторное время.

«Требования федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования к результатам освоения программы подготовки специалистов среднего звена по специальности Сестринское дело, предъявляют к выпускникам умение организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество; принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития» [1].

Формирование навыков учебно-исследовательской деятельности у студентов Ефремовского филиала РязГМУ осуществляется на практических занятиях. Для этого используются различные формы и методы обучения: работа в парах (при отработке навыков манипуляций), работа в малых группах (при решении ситуационных и ролевых задач), задания поискового характера (защита мини-проектов), творческие работы (создание буклетов, памяток), организация семинаров, проведение олимпиад, тренингов, игр и т.д.

В период прохождения учебной и производственной практики по профессиональному модулю ПМ 04. студентам предоставляется возможность по-пробовать себя в роли исследователя. Каждый студент, имея навыки исследования, работает с медицинской документацией, собирает статистические дан-

ные, без затруднений ведет сестринскую историю болезни. При осуществлении сестринского процесса, формулируя сестринский диагноз пациента, студенты закрепляют умения определять ведущий клинический симптом, находят стандартные и неординарные способы решения проблем пациента. Каждый студент разрабатывает рекомендации, советы для пациентов и их родственников. Существенно возрастает роль самостоятельной исследовательской работы, где преподаватель выступает в роли «пассивного» наблюдателя. Поэтому индивидуальная работа со студентами, имеющими склонность к исследовательской деятельности, начинается на младших курсах.

В нашей образовательной организации в начале года на заседаниях ЦМК утверждаются темы исследовательской работы на всех курсах, определяются формы и методы проведения. С каждым курсом задания исследовательского характера усложняются. Например, на 2-ом курсе студенты работают с необходимой литературой и проводят исследования на базе филиала, на 3 и 4 курсах студенты занимаются исследовательской деятельностью и осуществляют сестринский процесс на базе медицинских организаций, на 5-ом курсе студенты проводят эксперименты и разрабатывают методики решения проблем. Студентами проводится большая работа при изучении проблемного вопроса. Они подбирают соответствующую литературу, определяют алгоритм деятельности, составляют и оформляют текст работы, применяют различные методы исследования, проводят эксперименты, разрабатывают рекомендации для пациента и его родственников. Наиболее эффективной и продуктивной является работа научно-предметных кружков. Каждый преподаватель является руководителем кружка, где продолжается исследовательская работа. Именно использование системного подхода формирует исследовательскую культуру молодых специалистов специальности Сестринское дело. Основную роль играют занятия по общепрофессиональным дисциплинам. Под руководством преподавателей студенты всех курсов с интересом работают над темой исследования в течение всего учебного года. Преподаватель постоянно консультирует, анализирует отобранный ими материал и указывает, на что обратить внимание. Результатом работы кружка является проведение студенческой конференции на базе филиала, где автор в докладе представляет свою работу, сопровождая его мультимедийной презентацией. Так, например, студентами 2-го курса была проведена исследовательская работа на тему «Формирование здорового образа жизни у студентов специальности Сестринское дело». Целью исследования являлось: выявление уровня сформированности навыков ЗОЖ, выявление недостаточных знаний по формированию ЗОЖ, выявление уровня состояния здоровья студентов, проведение мероприятий по формированию навыков ЗОЖ, а также разработка рекомендаций и памяток. В исследовании приняли участие 20 студентов 1-го курса 15-16 лет. На начальном – констатирующем этапе исследования для выявления уровня сформированности знаний о ЗОЖ и готовности к веде-

нию ЗОЖ было проведено анонимно добровольное анкетирование «Что вы знаете о здоровом образе жизни?». Далее, с целью выявления заболеваемости студентов 1-го курса, для оценки состояния здоровья первокурсников была проведена работа с анкетами, которые студенты заполняют при поступлении в филиал. Затем проводилась работа с медицинской документацией в здравпункте филиала для выявления случаев обращения за медицинской помощью. Для полноценной информации по выявлению уровня состояния здоровья первокурсников был проведен тест-анкета «Скрининг моего здоровья». По итогам анкетных данных у студентов были выявлены некоторые отклонения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем. Таким образом, данное исследование показало, что здоровье, как ценность, не является приоритетом среди других ценностей первокурсников. На основании результатов анкетирования было выявлено, что студенты неполно осведомлены об основных аспектах ЗОЖ, у них недостаточно сформирована мотивация на ЗОЖ. Полученные результаты исследования указывают на необходимость формирования у студентов систематизированных навыков и представлений о сущности ЗОЖ. Для эффективности формирования ЗОЖ у студентов-подростков необходимо решать проблему комплексно. Для этого на формирующем этапе был проведен лекторий на тему «Здоровый образ жизни», основной задачей которого являлась пропаганда ЗОЖ и расширение знаний о правильном образе жизни. Студенты получили информацию о правилах и о компонентах ЗОЖ, затем было проведено обсуждение вреда алкоголя на здоровье. Далее испытуемым было предложено творческое задание: нарисовать плакат, регламентирующий ЗОЖ. Затем участники исследования продемонстрировали свои плакаты, объяснили их содержание. Для формирования мотивации ЗОЖ было предложено посмотреть и обсудить документальный фильм "Вред алкоголя на организм подрастающего поколения".

Для того чтобы научить студентов-подростков выходить из трудных ситуаций, связанных с просьбой или попыткой навязать употребление вредных веществ, было проведено тренинговое занятие "Учусь говорить "нет". Были разыграны ситуации из жизни: как предлагают сигареты на улице или во дворе. Студенты убедительно пытались отказаться от предложения покурить, предложив свой вариант. Во время занятия была создана доверительная атмосфера. Для снятия усталости, студенты выполняли упражнения для мышц зрительного аппарата, шеи, спины. После проведения ряда мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ у первокурсников, было предложено повторно заполнить анкету с целью выявления эффективности проведенных мероприятий. При проведении контрольного этапа была выявлена положительная динамика в ответах. Таким образом, контрольный этап исследования по данной теме показал эффективность проведенной работы, т.к. количество опрошенных с высоким и средним уровнем знаний и представлений о ЗОЖ увеличилось. В результате иссле-

довательской работы были разработаны рекомендации в помощь куратору при работе со студентами, советы для родителей по вопросам питания, о распорядке дня, смене труда и отдыха. Составлены буклеты и памятки для студентов «Здоровый образ жизни – наш выбор». Проведенная исследовательская работа и анализ деятельности позволили выделить условия эффективности деятельности по формированию ЗОЖ. Поставленные цели работы были достигнуты, задачи выполнены.

С результатами исследований авторы работ выступают на заседаниях кружков, внутривузовских студенческих научно-практических конференциях, на ежегодных региональных конференциях и конкурсах.

На старших курсах, владея исследовательскими приемами, студенты выполняют и защищают курсовые и дипломные работы, где они точно и правильно формулируют предмет, объект, задачи и цели исследования. Студенты, доказывая гипотезу, успешно проводят практические исследования. Так создаются благоприятные условия для вовлечения студентов в учебно-исследовательскую работу.

Хорошо организованная учебно-исследовательская деятельность студентов в филиале играет большую роль в подготовке молодых и перспективных специалистов, а также способствует воспитанию исследователей и новаторов, необходимых для современного здравоохранения.

Литература

1. Приказ Минобрнауки России от 12.05.2014 г. № 502 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 г. Сестринское дело" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2014 г. № 32766. – М., 2014.

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАСТАВНИЧЕСТВА

Т.Г. Минашкина¹, Е.Н. Гарамова², Э.Ю. Головачева²

Студентка 3 курс, специальность «Сестринское дело» (1),
преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Адаптация – это сложный психологический процесс и вхождение нового сотрудника в новые производственные отношения профессиональной деятельности зависит от правильной и четкой деятельности всего коллектива медицинской организации по разработке программ адаптации. Одна из проблем работы с персоналом – трудовая адаптация вновь принятых сотрудников. Именно от успешности адаптации зависит продолжительность

и эффективность деятельности нового сотрудника вне зависимости от его профессионального стажа. Характер адаптации молодых специалистов в организации отличается значимыми особенностями, поскольку в это же время происходит и первое включение их в трудовую деятельность. Как категория трудовых ресурсов молодежь характеризуется тем, что ее представители находятся на стадии трудового самоопределения. Это влияет на деятельность учреждений здравоохранения и общество в целом. Как правило, новичок сталкивается со многими трудностями, основная масса которых порождена отсутствием информации о порядке работы, об особенностях коллег и др. В процессе общения медсестры с пациентом, его родственниками иной раз возникают конфликтные ситуации, причиной которых становятся как производственно-функциональные факторы (отсутствие лекарств, лечебно-диагностические ошибки, грубость, невнимание, черствость, небрежность), так и личностные особенности медсестры и пациента. Повышение трудовой мотивации медицинских сестер является актуальной проблемой, значимость которой особенно высока [3].

Новый сотрудник сталкивается со сложившимся коллективом, новой для специалиста культурой, с незнакомыми правилами, определенными условиями и негласными запретами. Показателем успешности адаптации молодого специалиста в медицинском учреждении служит уровень удовлетворенности выбранной профессией. Это объясняет актуальность изучения адаптации специалистов в медицинских учреждениях. В настоящее время в развитии сестринского дела продолжают существовать некоторые тенденции, негативно влияющие на состояние трудовой мотивации медицинских сестер. Средний медицинский персонал несет значительную долю нагрузки при решении задач ухода, лечения и профилактики. Низкий размер оплаты труда приводит к тому, что подавляющее число медицинских сестер и фельдшеров работают более чем на ставку или совмещают другие должности. При этом возрастает физическая и психологическая нагрузка на медсестру, снижается престиж ее профессии, ухудшается качество оказания медицинских услуг. Одной из основных причин, влияющих на трудовую мотивацию персонала, является уровень материального вознаграждения за труд и ощущение справедливости этого вознаграждения. Подавляющее число и пациентов, и врачей недооценивают вклад медсестры в лечебно-диагностический процесс; некоторые врачи не умеют и не ориентированы на выстраивание партнерских отношений с медсестрами.

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» одной из приоритетных задач выдвигается развитие «инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации», что призвано не только повысить качество медицинской помощи, но и способствовать развитию трудовой моти-

вации персонала [2]. Требует совершенствования система кадрового менеджмента. Возможности карьерного роста весьма ограничены: медицинская сестра, старшая сестра, главная сестра. Лишь в некоторых ЛПУ появляются такие должности, как специалист по обучению сестринского персонала, специалист по контролю качества сестринской деятельности. Не предусмотрены, например, такие должности, как бригадир или старший смены, медсестра-наставник. Введение ряда подобных должностей могло бы служить карьерным устремлениям части медицинских сестер и более дифференциированному подходу к вопросу оплаты труда. Остаются весьма ограниченными возможности для самосовершенствования и обучения медицинских сестер: недостаточно используются возможности по обмену опытом между средним персоналом различных медицинских учреждений, мало используются методы внутриорганизационного обучения: горизонтальная ротация кадров, «школа молодой медсестры» и др. формы обучения. Между тем, реализация потребности в обучении и развитии с одной стороны, и участие самих медсестер в педагогической деятельности с другой стороны, обладают мощным мотивационным потенциалом для значительной части работников. Престиж профессии медицинской сестры, как отмечалось ранее, играет одну из существенных ролей в структуре трудовой мотивации медицинских сестер. Одной из основных проблем отечественного здравоохранения является недостаточная практическая подготовка студентов, которые могли бы в полном объеме выполнять свою работу сразу же после окончания медицинского колледжа. Не менее важно и решение вопроса о том, как удержать молодых специалистов на рабочем месте. Как правило, в первые трудовые будни в медицинской организации новички опасаются больше всего не справиться со своими обязанностями, обнаруживают недостаток своих знаний, умений, навыков [1].

Большим подспорьем в подготовке и удержании на рабочих местах молодых специалистов здравоохранения является наставничество опытных медицинских работников, отлично знающих и любящих свою профессию, готовых поделиться своими навыками с неопытными коллегами. Целью наставничества является оказание помощи медицинским сестрам в их профессиональном становлении. Медицинская среда – одна из немногих, где наставничество гармонично вписывается в культуру профессии. Медицинские знания и умения всегда передавались "из уст в уста", и эта традиция сохраняется до сих пор. Однако нужно понимать, что наставничество требует времени, сил и желания поделиться знаниями, приобретенными собственным трудом. В медицинских организациях нуждающимися в наставничестве (наставляемыми) считаются специалисты, приступившие к работе сразу после окончания медицинского колледжа и не имевшие ранее опыта работы в системе здравоохранения.

На своем опыте, хочу сказать, что наставничество очень благотворно повлияло на качество моей работы в целом. Летом 2015 года я впервые

шагнула на порог отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУ РО «Скопинская ЦРБ» на должности младшей медицинской сестры. Коллектив принял меня очень тепло и радушно. Моим первым наставником стала старшая медицинская сестра отделения – Перелыгина Наталья Николаевна. Первый месяц никто не воспринимал меня всерьез, не доверял делать манипуляции, даже не запоминал моего имени вследствие большой текучести кадров из-за тяжелой работы. Благодаря собственным усилиям и знаниям которые мне давали в колледже, мне удалось завоевать некоторый авторитет у среднего медицинского персонала, мне стали доверять сестринские манипуляции (постановку капельниц, инъекции и др.). Намного серьезнее ко мне стали относится и врача – уже не просто как к санитарке, а как к будущей медицинской сестре. Сейчас я считаю наставниками свою смену, все мои медсестры выпускницы Скопинского медицинского училища. Они мои наставники не только в работе, но и по жизни: мы вместе отмечаем праздники, дни рождения. У нас очень дружное отделение. В августе прошлого года состоялась традиционная спартакиада медицинских работников, в которой участвовали все отделения Скопинской ЦРБ. Наша сплоченная команда "Фавориты" заняла 1 место. Эти соревнования объединили наш коллектив еще больше. После спартакиады, мы отправились на пикник в лес неподалеку от больницы, где участвовали в разнообразных конкурсах, подготовленных профсоюзом. Я очень люблю свое отделение, хотя иногда, в минуты усталости так хочется все бросить и просто отдохнуть, но через какое – то время я понимаю, что назад пути нет – я не смогу жить без любимой работы и без любимой учебы. Благодаря работе в ОРИТ я стала по-настоящему понимать цену человеческой жизни – это самое большое достижение моей жизни!

Кадры моей профессиональной жизни в ОРИТ.



Литература

- Гажева А.В. Состояние сестринского дела в Российской Федерации. – [Электронный ресурс]. – Всероссийская конференция «Организаци-

онные основы кадровой политики в здравоохранении. –
<http://www.mednet.ru>

2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. – [Электронный ресурс]. – <https://docviewer.yandex.ru/>
3. Молодой ученый. – [Электронный ресурс]. – <http://www.moluch.ru>

ВИЗУАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

С.Н. Миронова

Зав. учебным отделением

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Федеральный государственный стандарт третьего поколения среднего профессионального образования предусматривает развитие у студентов общих и профессиональных компетенций. В профессиональном образовании огромны потоки информации, возрастает значимость ориентировки в ее понимании и анализе. Сегодня важно не усваивать готовый информационный материал, а самостоятельно осуществлять отбор, преобразование и воспроизведение. Студент получает достаточно информации по разным каналам, где основная часть принадлежит общению. Это, в первую очередь, визуальная и вербальная коммуникации.

«Рязанский медицинский колледж» в образовательном пространстве отводит особое место визуальным коммуникациям и рассматривает это как: стратегическое направление развития среднего профессионального образования; важнейший аспект модернизации дидактических средств; самостоятельное средство научных исследований; средство формирования учебных способностей.

Преподаватели колледжа уделяют особое внимание применению визуальных коммуникаций на своих занятиях, как значимого дидактического средства, которое относится к «золотому правилу дидактики», сформулированного еще в учениях Я.А. Коменского. Это обеспечивает разностороннее познавательное формирование личностных качеств будущих медицинских работников, развивая при этом как аудиальные, таки визуальные каналы восприятия.

Внедрение визуальных коммуникаций в практику обучения ПМ выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» для специальностей клинического профиля требует подготовленности и преподавателя, и студентов, поскольку они являются равноправными субъектами образовательного процесса. Преподаватель проектирует и отбирает дидактические средства и методическое обеспечение учебного процесса.

Весь процесс организации по восприятию и переработки визуальной информации можно представить на три этапа. Первый выступает как анализ структуры, которому соответствуют нацеленность студентов на активное (продуктивное) восприятие и организацию учебного материала. Второй этап- это создание новых образов, где усилия студентов направлены на формирование целостной системы обучения, отвечающей поставленным целям. Третий этап чаще всего относится к поисковой деятельности.

Проектируя обучение с целью визуализации учебного материала, преподаватель проводит отбор изучаемой информации, осуществляет логическое построение структурной схемы представленного информационного материала; выделяет главное приоритетное; систематизирует и представляет учебный материал с учетом логики формирования учебных понятий, при этом использует определенную цветовую гамму; озвучивает и корректирует визуальные средства.

При кодировании учебной информации преподаватель использует специальные методические приемы, такие как примеры жизненных ситуаций, аббревиатуры, общепринятую символику. При подборе опорных сигналов проявляются творчество педагога, его эрудиция, креативность мышления, чувство юмора. Именно, преподаватель включает студентов в активную совместную деятельность по переводу учебной информации на язык визуализации. Различные способы работы с учебным материалом целесообразно выполнять в рабочих тетрадях, которые в настоящее время представляют средства визуальной коммуникации.

При структурировании и кодировании учебного материала, с помощью визуальных средств коммуникации в свернутом или сжатом виде можно передавать большие объемы информации, актуализируя при этом познавательные механизмы, дополняющие верbalный канал поступления информации, так как в образном материале легче ориентироваться, и лучше запоминается, что позволяет легко восстановить в памяти пройденное.

Именно, технологический подход к организации процесса обучения рекомендует использовать дидактические принципы:

- принцип минимизации, исключить все, что можно, без ущерба для цели;
- принцип историзма, соответствие вехам истории развития изучаемого явления;
- принцип логического построения информации с акцентом на причинно-следственные связи;
- принцип подчиненности, выстраивающий информацию в иерархическую структуру;
- принцип соответствия учебной информации характеру практической значимости;
- принцип соответствия учебной информации особенностям познавательных процессов деятельности.

Одной из таких моделей являются ментальные карты, которые в большей степени учитывает психологические закономерности восприятия изучаемого материала, и используется как средство для создания новых идей. Особенно, при решении проблемных задач, например, перед вами – ментальная карта по теме «Прием пациента в стационар» в рамках изучения модуля «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». В центре карты находится тема, далее – на ветвях-стрелках располагаются основные разделы, характеризующие тему: содержание деятельности младшего медицинского персонала в приёмном отделении, устройство и функции приёмного отделения, пути госпитализации пациентов в стационар, документация приёмного отделения.

Таким образом, использование визуальных коммуникаций в обучении студентов медицинского колледжа как средства обучения хорошо комбинируются с традиционными и инновационными технологиями, в целях совершенствования учебного процесса.

**ЭТИЧЕСКОЕ И НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ
БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ДОСУГА В ОБЩЕЖИТИЯХ
ВГМУ им. Н.Н. БУРДЕНКО**

A.H. Морозов, Д.А. Ерин

Проректор по воспитательной работе, международной деятельности
и связям с общественностью,

и.о. председателя профсоюзного комитета студентов
ГБОУ ВПО "Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко" Минздрава России, г. Воронеж

В современных условиях вуз обеспечивает выполнение множества задач по подготовке профессиональных кадров. Учебная деятельность осуществляется в непосредственном взаимодействии с внеучебной, при этом обучающийся получает новые знания, умения, компетенции. Параллельно этому происходит формирование обучающегося как личности и его совершенствования посредством воспитательных аспектов обоих направлений деятельности.

Так же вуз должен обеспечивать адекватные, комфортные условия, для приобретения компетенций обучающимся. Непосредственной частью является создание комфортных условий для проживания иногородних студентов в вузовских общежитиях. В общежитиях медицинских вузов на данный момент не менее четверти обучающихся.

При этом не стоит ограничивать в данном случае понятие комфорт только условиями быта, а стоит так же включить в это понятие досуга и

препровождения свободного времени обучающегося в стенах общежития. Для обеспечения этого направления администрацией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и студенческими советами общежитий проводятся мероприятия, направленные на поддержание и укрепления здоровья, формирование профессиональных умений, через неформальное общение с выдающимися профессионалами, а так же гражданско-патриотическое воспитание и многое-многое другое.

Особенностью всего воспитания в медицинском вузе является обучение умений общения с пациентом. Для этого проводятся встречи с выдающимися врачами в общежитиях, научно-практические конференции, на которых всегда уделяется внимание этому аспекту, помимо сугубо профессиональных знаний и навыков. При этом всегда следует уделять внимание этике и деонтологии. В последнее время стало много сообщений в СМИ, которые порочат светлое имя врача. В 2015 году был принят этический кодекс студента-медика, в связи с этим нам необходимо проводить более активную систематическую работу, направленную на недопущение разглашения медицинской тайны, уважительное общение с различными категориями пациентов недопущение критики работы других врачей в присутствии пациентов и многое другое. Так же необходимо уделять огромное внимание информационной и санитарно-просветительской работе, информбюллетени, стенгазеты и другие материалы, которые будут направлены на развитие активной гражданской позиции у обучающегося, а также совершенствованию его профессиональных знаний.

В рамках досуга в общежитии необходимо уделять внимание спорту: организация турниров по настольному теннису, футболу или баскетболу (при наличии спортивной площадки в непосредственной близости), бадминтону и другим подвижным играм, будет способствовать оздоровлению обучающегося.

Ну и не стоит забывать о воспитании духовности в наших обучающихся. Во многих общежитиях можно проводить концерты, театральные выступления, сценки, или даже просто организовывать празднования 23 февраля, 8 марта и других памятных дат. Это должно делать жизнь обучающегося более яркой, запоминающейся и интересной, а увлеченный человек увлекается всем, в том числе и учёбой.

В заключении хочется отметить, что жизнь обучающегося в общежитии – прерогатива ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, и от того, насколько она насыщена, будет зависеть качество полученных знаний и компетенций.

Литература

- 4) Этический кодекс студентов ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.
- 5) Нормативная документация ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ ДОСТИЖЕНИЙ В МЕДИЦИНУ (ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА – ВРАЧА)

A.M. Ногаллер
г. Рязань, РФ; г. Мюнхен, ФРГ

Научно-технический прогресс несомненно способствует дальнейшему развитию клинической медицины, улучшает диагностику заболеваний, повышает эффективность лечения и качество жизни, увеличивает её продолжительность. Широкое применение нашли себе рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые, электрометрические, эндоскопические методы обследования, а также компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), лазеры и др. Большие успехи достигнуты в трансплантологии, в создании искусственных суставов, кардио- и нейрохирургии в биотехнологии, в иммунологических, биохимических и гистохимических методах обследования. В тоже время широкое внедрение технических средств в медицину имеет и негативные последствия, уменьшает непосредственный контакт врача с больным. Не имея возможности в настоящей статье изложить все применяемые в различных областях медицины технические средства, остановимся лишь на сугубо личных впечатлениях от пребывания в больнице и амбулаторного контакта с лечащими врачами.

В последние годы мне пришлось находиться в качестве пациента в различных немецких клиниках и на амбулаторном приёме у врачей в городах Мюнхен, Нюрнберг, Эрланген, Бамберг. Хотя в различных лечебных учреждениях имеются свои особенности, хотелось бы изложить некоторые общие впечатления.

Вспоминаются аппараты для непрерывной автоматической регистрации артериального давления и пульсовой волны. При обнаружении значительных отклонений от нормальных показателей раздается сигнал тревоги, по которому в палату к больному приходит медицинская сестра. В палатах интенсивной терапии проводится постоянное электрокардиографическое наблюдение и при появлении выраженной аритмии также раздаётся сигнал тревоги. Электротермометрия в области ушной раковины позволяет быстрейшим образом определить температуру тела. Значительно усовершенствована кровать для стационарных больных. Достаточно широкая кровать расположена на колёсиках, снабжена удобными ручками и приспособлениями для размещения ампул с лечебными растворами или для гемотрансфузии. Всё это позволяет не прерывать внутривенные капельные введения при перемещении больных из одной палаты в другую, при их направлении в диагностические кабинеты на различных этажах здания. При этом даже одна медсестра или санитарка в состоянии перевозить больных из одной

палаты в другую, диагностические кабинеты, не прерывая лечебные процедуры. Над каждой кроватью висят шнурья для вызова медперсонала и перекладина для облегчения больному перехода из лежачего в сидячее положение. В каждой палате на 2, 3 человека имеется туалет с умывальником и душем, а у входной двери для мед. персонала висит сосуд с дезинфицирующим, быстроиспаряющимся раствором.

Вместе с тем технизация медицины привела и к некоторым отрицательным последствиям. Так, медсестра редко появляется в палате без вызова или только для проведения инъекций или выдачи лекарств. Далеко не всегда проводятся утренние и особенно вечерние врачебные обходы. Контакт врача с больным сводится к минимуму. Иногда врач даже не подходит вплотную к постели больного, а ограничивается стандартным вопросом о самочувствии или кратким сообщением, оставаясь на расстоянии одного-двух шагов. Анамнез жизни и болезни заменяется знакомством с листком бумаги с анкетой, на котором были ранее записаны медсестрой паспортные данные и ответы на стандартные вопросы типа перенесённые заболевания, операции, наличие аллергии, проводившееся медикаментозное лечение. Редко врачи проводят пальпацию живота, перкуссию и аускультацию лёгких и сердца. Мне неоднократно приходилось наблюдать как врачи проводили аускультацию, приложив фонендоскоп к нескольким местам грудной клетки, не подняв рубашку. Ясно, что эта процедура носила лишь формальный характер, ибо вряд ли возможно определить характер тонов и шумов в сердце или хрипов в лёгких через рубашку. Обычно, визит врача занимал лишь несколько минут. Понятно, что при этом отсутствует психологический контакт врача и больного. Вспоминается давнее классическое изречение: "Если больному после посещения врача не стало лучше, то это не врач". Негативное влияние оказывает и коммерческий подход в медицине, когда заработная плата врачей зависит от количества наблюдавшихся больных и проведенных операций. Частнопрактикующие врачи нередко одновременно принимают в соседних комнатах 2-3 больных, не теряя времени на ожидание прихода или ухода больных, а также на их переодевание. С целью экономии времени врачи иногда через репродуктор и микрофон заранее приглашают больных из зала ожидания к себе в кабинет.

Недостаточное внимание к больному часто объясняется перегруженностью врачей большим количеством больных и оформлением различной документации. Иногда врач с целью экономии времени не разговаривает с больным, а своё заключение и рекомендации диктует на компьютерном устройстве.

Иногда врачи в больничных эпикризах или амбулаторных заключениях ограничиваются лишь симптоматическим диагнозом: боль в грудной клетке, суставные боли, брадикардия, гиперхолестеринемия и т.п., не задумываясь о нозологической форме.

Можно дискутировать, насколько ультразвуковое исследование позволяет лучше диагностировать тот или иной клапанный порок сердца, чем

это делает опытный врач. Некоторые врачи считают, что в 21-м веке классические, клинические приёмы прошлых веков потеряли своё значение при наличии современных аппаратов. Несомненно, однако, что оценка результатов инструментальных исследований может носить субъективный характер. Так, мне неоднократно приходилось встречать больных, у которых при УЗИ жёлчного пузыря одни врачи находили камни, а другие отрицали наличие желчных камней. Вспоминается больной, у которого при пальпации живота определялась плотная, бугристая печень, подозрительная на наличие опухолевого процесса, а при УЗИ обнаружили лишь жировой гепатоз. В дальнейшем, у больного были обнаружены метастазы рака в печени. Конечно, есть хорошие врачи и есть плохие, внимательные, вдумчивые и равнодушные. Хотелось бы только подчеркнуть, что необходимо всегда сопоставлять инструментальные и клинические методы обследования, предупредить как против переоценки, так и недооценки данных тех и других методов.

При отсутствии непосредственного контакта больного с врачом теряется психотерапевтическое воздействие последнего. Латинская поговорка говорит: "*Dixiet animam levavi*" (сказал и душу облегчил). Как уже отмечалось выше, беседа пациента с врачом, ободрение с его стороны или разъяснение сущности болезни часто оказывает благотворное воздействие. С другой стороны, излишняя неблагоприятная информация может оказать и нежелательное воздействие. Старинное врачебное правило говорит, что рассказывать больному всё, что он о нём и его болезни думает, всегда ошибка, а иногда и преступление. К сожалению, вопросам медицинской гомильтики (отношение врача и больного) и деонтологии (учение о долге врача) уделяется последнее время мало внимания.

Несомненно, что при онкологических, гематологических, инфекционных, метаболических или эндокринных заболеваниях лишь детальное инструментально-лабораторное обследование позволяет установить или подтвердить истинную природу болезни и назначить наиболее эффективную этиологическую терапию. В тоже время при таких распространенных заболеваниях, как гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертония в отличии от симптоматических гипертензий), язвенная болезнь (даже с учётом роли *Helicobacter pylori*), дискинезиях желчных путей и кишечника, "синдроме раздраженной толстой кишки", невротических состояний психотерапевтическое воздействие контакта больного с врачом сохраняет своё значение. Даже при назначении медикаментозной, дието-, физио-, климато-, рефлексотерапии благожелательное отношение врача и медсестёр укрепляет надежду и веру пациентов в благоприятный эффект применяемого лечения.

Будучи студентом 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова, мне посчастливилось слушать лекции Н.Н. Бурденко, П.А. Герцина, М.П. Кончаловского, М.С. Малиновского, Е.К. Сеппа, Н.Н. Приорова и других виднейших советских клиницистов, чьи имена нередко носят научные и лечебные учреждения, кафедры, а также, улицы ряда городов

страны. Их лекции обычно начинались или сопровождались демонстрацией больных. Студентов обучали так называемому клиническому мышлению. Под этим термином подразумевалось не только установление диагноза болезни, но и выяснение возможных её причин, особенности течения заболевания у данного конкретного больного и индивидуальный подход к называемому лечению. В дальнейшем мне довелось работать в клинике М.И. Певзнера, слушать лекции или доклады, присутствовать на обходах или консультациях М.С. Вовси, Е.М. Тареева, А.Л. Мясникова, В.Х. Василенко, С.С. Юдина и других виднейших клиницистов. Поэтому мне особенно заметна нередко имеющаяся тенденция пренебрежения к важности непосредственного контакта врача с больным. Широкое внедрение стандартов и схем в диагностику и лечение может иметь в медицине и неблагоприятное воздействие, способствуя механистическому, формальному подходу врачей.

Разумное сочетание современных научно-технических достижений и методов традиционной медицины является залогом дальнейших успехов в лечебно-диагностической врачебной деятельности.

ВРАЧ – ВЕЧНЫЙ СТУДЕНТ

A.M. Ногаллер
г. Рязань, РФ; г. Мюнхен, ФРГ

В латинском языке слово «*students*» означает усердно работающий, занимающийся, а «*studiosus*» – интересующийся. Лишь с «Нового времени», т.е., эпохи Возрождения, слово студент означает «обучающийся в высшем учебном заведении». Таким образом, мы обозначаем термином «вечный студент» человека, который постоянно учится, познаёт что-то новое, а не длительно обучающийся в медицинском институте. Следовательно, мы приводим понятие «вечный студент» в положительном его значении, как символ стремления к постоянному обучению, познанию нового. Иными словами, образование врача не должно заканчиваться получением институтского (университетского диплома), а должно продолжаться всю жизнь. Постоянная врачебная деятельность врача-клинициста, сама жизнь, являются наиболее строгими экзаменаторами.

В настоящее время врачу особенно важно повышать свои знания. Современные пациенты, нередко пользуются компьютером, и через Интернет находят основные сведения об интересующих их болезнях и рекомендуюмом лечении. Поэтому, современному врачу особенно важно иметь хотя бы общее представление о новых достижениях в медицине. Мне вспоминается, что в предвоенные годы люди часто отвечали на какой-либо трудный вопрос словами «не знаю, что я доктор, что ли!». Этим подчеркивалось уважение к профессии врача, к званию доктора. Теперь, конечно,

никто так не говорит, но тем не менее, авторитет врачебной профессии необходимо поддерживать на самом высоком уровне.

В начале XX века казалось, что недавно открытые рентгеновские лучи могут помочь в диагностике чуть-ли не всех заболеваний. Вскоре выявила ошибканость подобного мнения. Затем появилась диагностика с помощью ультразвуковых и лазерных лучей, а в последнее время компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ) и другие ультрасовременные методы. Лечащий врач не может знать детали новых технических методов диагностики, но должен понимать клиническое значение заключения специалистов. В немногих крупных городах Европы имеются приборы ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография). Этот диагностический метод позволяет выявить нарушения не только на клеточном, но и на молекулярном уровне. Одна моя знакомая коллега специально приезжала в Мюнхен с дочерью, оперированной по поводу рака шейки матки, чтобы исключить наличие метастазов. Детальное обследование с помощью ПЭТ не обнаружило наличие метастазов. Прошедшие 10 лет подтвердили правильность прогноза и успешность проведённой операции.

Значительное распространение получили эндоскопические и гистоморфологические, радиологические и электрометрические методы обследования. Менее широко используются реография, плетизмография, фонография и гальванопальпация. Значительно увеличился арсенал лабораторных исследований. Определение в крови ДНК и других нуклеиновых кислот, показателей белкового и липидного обмена, иммунологические исследования значительно расширили диагностические возможности врача.

В то же время имеется тенденция к уменьшению непосредственного контакта врача и пациента. Реже используются и недостаточно глубоко анализируются данные анамнеза, пальпации, перкуссии и аускультации. Часто отсутствует психотерапевтический эффект от посещений больным врача. В Германии нередко врачи вместо детального расспроса больных часто ограничиваются беглым знакомством с ответами пациента в анкете, которую заполняет медсестра или сам больной перед посещением врача. Нередко врач принимает больных одновременно в двух-трёх кабинетах, не теряя время на ожидание, пока больной оденется или разденется. Отрицательно сказывается и коммерческий подход в медицине, когда зарплата врача непосредственно зависит от количества обслуженных больных. В настоящее время далеко не всегда используются основные принципы медицинской деонтологии (учения о долге врача) и гомилетики (взаимоотношения между врачом и пациентом), заложенные ещё Гиппократом. Недооценивается положительное воздействие благожелательного и внимательного отношения врача, его доброты, улыбка, обнадёживающие советы.

В повышении постдипломной квалификации врача ведущее значение имеет его стремление к самообразованию, внимательное знакомство с материалами, опубликованными в медицинских журналах, изучение моно-

графий по своей специальности. Важную роль имеет обучение на кафедрах усовершенствования врачей.

Научно-технический прогресс значительно повысил эффективность лечебных мероприятий. Быстро развивается фармакотерапия и фитотерапия, появляется всё больше лекарственных средств. Нередко о новых медикаментах, методах диагностики и лечения больные узнают раньше, чем врач. Все более широко применяется трансплантация различных органов. В связи с этим в ещё большей степени возникает необходимость повышения самообразования врачей. Однако хороший врач должен избегать самодовольства и переоценки своих знаний. Известный общественный деятель дореволюционной России Александр Иванович Герцен писал в одном из своих писем, что «только человек умнеть начинает, глядишь – его на кладбище волокут». Этим он хотел подчеркнуть ограниченность человеческих знаний. К врачам это особенно относится, ибо кроме общих закономерностей в развитии заболеваний, имеется множество индивидуальных особенностей, которые вдумчивый врач должен учитывать.

В заключении следует подчеркнуть, исходя из личного опыта прожитых лет (в 2015 году мне исполнилось 95 лет), необходимость разумного сочетания новейших технических достижений и классических методов традиционной медицины в повседневной врачебной деятельности.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОГБПОУ «РЯЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Д.М. Назаркина¹, М. Иванова²

Педагог – психолог

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (1)

Социальный педагог

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (2)

Проблема адаптации студентов-первокурсников к условиям колледжа представляет собой одну из важных общетеоретических проблем и до настоящего времени является традиционным предметом дискуссий, так как известно, что адаптация молодежи к студенческой жизни – сложный и многогранный процесс, требующий вовлечения социальных и биологических резервов еще не до конца сформировавшегося организма.

Актуальность проблемы определяется задачами оптимизации процесса "вхождения" вчерашнего школьника в систему студенческих отношений. Ускорение процессов адаптации первокурсников к новому для них образу жизни и деятельности, исследование психологических особенностей, психических состояний, возникающих в учебной деятельности на начальном этапе

обучения, а также выявление педагогических и психологических условий активизации данного процесса являются чрезвычайно важными задачами.

В ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» созданы условия для успешной адаптации студентов-первокурсников к новым условиям обучения и вхождение в новый коллектив.

Степень социальной адаптации первокурсника в колледже определяет множество факторов: индивидуально-психологические особенности, личностные, деловые и поведенческие качества, ценностные ориентации, академическая активность, состояние здоровья, социальное окружение, статус семьи и т. д.

Для эффективного обучения, студенту необходимо чувствовать себя комфортно в новой для него среде. Важную роль здесь играет психологическая поддержка, доброжелательность, внимание. Все это способствует сокращению сроков адаптации к содержанию и организации учебного процесса в колледже. В ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» создан отдел по воспитательной работе и социально-психологической поддержке студентов. Главная задача отдела – создание благоприятного социально-психологического климата для обучающихся с целью их успешной адаптации и профессиональной социализации. Основной целью создания педагогических условий адаптации является признание самооценки личности каждого человека, его права на развитие и проявление индивидуальности. Индивидуальный подход к каждому – это основной принцип работы отдела. Его сотрудники стараются найти общий язык с каждым, поговорить откровенно, дать совет или рекомендации, научить объективно оценивать свои знания и возможности.

Для реализации успешной адаптации студентов к новым условиям социальной среды в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» разработан мониторинг личностно-социального развития студентов. Важное значение имеют результаты психологической диагностики, которая проводится в течение всего времени обучения в колледже. Одним из ключевых элементов мониторинга выступает система инструментального контроля, позволяющая достаточно объективно отслеживать динамику личностно-профессионального развития.

Важным моментом является входной контроль студентов нового набора, который определяет стартовый уровень личностно-профессионального развития, выявляет существенные психологические ограничения и определяет круг индивидуальных психологических проблем студентов нового набора.

По результатам входной диагностики планируется проведение индивидуальных психологических консультаций, психологических тренингов, направленных на повышение психологической культуры студентов. Итогом данной работы являются психологические паспорта групп студентов первого курса и передача их кураторам для обеспечения максимальной ин-

дивидуализации учебного процесса с учетом личностно-профессиональных характеристик обучающихся.

Процесс адаптации первокурсника протекает по следующим уровням:

1. Приспособление к новой системе обучения.
2. Приспособление к изменению учебного режима.
3. Вхождение в новый коллектив.

Для решения вопроса успешной адаптации вчерашних школьников в новых условиях необходимо выявить наиболее типичные проблемы, с которыми сталкивается большинство студентов в первый год своего обучения, и причины их возникновения.

Препятствия, стоящие на пути включения молодого человека в студенческую жизнь, связаны с тем, что он приходит в колледж с уже сложившимся динамическим стереотипом. При поступлении же в колледж происходит ломка старого стереотипа и формирование нового.

Студенты, поступившие на первый курс, нелегко воспринимают содержание и организацию учебного процесса в колледже. Это связано также и с тем, что в школе и дома ребята находятся под постоянным контролем родителей, учителей. Студенты не привыкли к самоконтролю. Многие обучающиеся Рязанского медицинского колледжа приезжают из других областей, регионов, а также стран ближнего зарубежья. Оказавшись далеко от родителей, они уходят из-под их опеки и начинают свою самостоятельную жизнь. Постоянный контроль со стороны родителей невозможен. В учебном процессе значительная роль отводится самостоятельной работе студента.

На процесс адаптации студентов огромное влияние оказывает разница менталитета, традиций, жизненного уклада и воспитания. Приехав из другой страны студенту зачастую сложно перестроиться с привычного образа жизни, привыкнуть к новым общественным устоям.

Идеальная модель органичного включения психологической диагностики в систему учебно-воспитательного процесса студентов предполагает решение целого комплекса взаимосвязанных задач учебно-воспитательного характера. В колледже разработан план по адаптации студентов нового набора, который включает в себя мероприятия по социально-психологической поддержке обучающихся. Реализация плана предполагает совместную работу всех структур учебно-воспитательного процесса.

Особая роль в период адаптации и создании благоприятных условий для профессиональной социализации принадлежит куратору учебной группы. В организации и проведении воспитательной работы куратор опирается на актив группы. Для успешного выполнения задач куратор постоянно проводит индивидуальную работу с обучающимися. В помощь куратору силами сотрудников отдела по ВР и СППС издан сборник методических материалов «Педагогический навигатор».

Уже много лет хорошими помощниками для кураторов стали общественные кураторы из студенческого Союза «Четыре Я», которые работают с обучающимися нового набора. Адаптация обучающихся проходит

быстрее в процессе совместной творческой деятельности, организованной в рамках «Месячника первокурсника». После проведения «Месячника первокурсника», проводится социометрия в группах нового набора, которая позволяет определить лидеров, аутсайдеров.

Мероприятия, проводимые в период «Месячника первокурсника» помогают сформировать актив группы, сплотить студенческий коллектив. По результатам исследований кураторы получают рекомендации по работе с первокурсниками.

Социальным педагогом оформляются социальные карты на всех студентов первого года обучения. Особое внимание уделяется обучающимся, относящимся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Заведующими отделениями проводятся групповые собрания по вопросам успеваемости, посещаемости и соблюдений правил внутреннего распорядка. Составляются индивидуальные графики ликвидаций академических задолженностей, проводится работа с родителями по профилактике правонарушений студентов.

Педагогом-психологом проводятся различные тренинги, на которых ребята посредством несложных игр ближе знакомятся друг с другом, учатся общаться, находить общий язык с однокурсниками и ребятами постарше, приобретают навыки стрессоустойчивости. Для студентов, попавших в трудную жизненную ситуацию, нуждающихся в психологической помощи и поддержке, проводятся индивидуальные консультации.

Большое внимание уделяется профилактической работе. Основными формами деятельности, направленными на профилактику, стали лектории и диспуты для обучающихся, преподавателей и родителей обучающихся, воспитательные часы, выработка рекомендаций по индивидуальной работе со студентами, консультирование участников образовательного процесса и участие в работе совета по профилактике и учебно-воспитательной комиссии.

Студенты нового набора активно привлекаются к общественной жизни. Для этого в колледже созданы: студенческий клуб «Лидер», волонтерский отряд «Рожденные для жизни», студенческий профком, старостат.

Комплекс мероприятий, проводимых в колледже по организации адаптационного периода студентов, позволяет повысить мотивацию к обучению в медицинском колледже и овладению выбранной профессией.

Литература

1. Капрода Д., Сервон Д. Психология личности. – СПб., 2003.
2. Аболенцева Р.А. Программы организации учебного процесса с различными группами учащихся // Завуч. – 2004. – №8. – С. 67-76.
3. Выготский Л.С. Психология. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.– 1008 с. – (Серия "Мир психологии").
4. Куратору, работающему с первокурсниками: метод. пособие / сост. Л.И. Станиславчик. – Барановичи: БГВПК, 2001. – 150 с.

5. Казначеев В.П. Современные проблемы адаптации. – М., 2000.
6. Пергаменщик Л.А. Психологические механизмы адаптации учащихся к новым условиям жизни и деятельности. – М., 2000.
7. Практическая психология / под ред. С.В. Кондратьевой. – Гродно, 2002.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Н.Н. Никулина

Доцент кафедры госпитальной терапии, д.м.н.
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Под клиническим мышлением понимают когнитивную способность решать профессиональные задачи на основе знаний, опыта и интуиции, т.е. способность собирать и анализировать клинические сведения и синтезировать полученные данные в виде нового знания: синдромного и нозологического диагноза, прогноза, плана обследования и индивидуального лечения. Недостаточная способность применять приобретенные знания на практике зачастую лежит в основе врачебных ошибок и неэффективных лечебных мероприятий [1, 2]. В подготовке врача клинициста с первых лет обучения формированию клинического мышления должна отводиться важнейшая роль.

Краеугольным камнем клинического мышления, да и всей врачебной работы в целом, является медицинская диагностика. Диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренными действующими классификациями и номенклатурой болезней [3, 4].

Известно, что любой клиницист нередко испытывает существенные трудности при постановке диагноза, а начинающий врач – в особенности. Как бы то ни было, именно умение поставить правильный диагноз – важнейшая профессиональная компетенция врача. Данное утверждение отражено в основополагающих документах, регулирующих врачебную профессию – от клятвы Гиппократа до Образовательных программ, утвержденных профильным министерством страны [5].

Именно эффективность клинического мышления определяет качество медицинской диагностики в рамках субъективной способности врача и приводит к минимизации врачебных ошибок. Под последними обычно понимают ошибочные действия врача, «имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющие-

ся знания; определяющим признаком ошибки является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия» [6-9].

Среди важнейших причин дефектов диагностической работы, которые приводят к врачебным ошибкам, и, в конечном счете, снижают качество лечебно-диагностической помощи, можно выделить те, которые непосредственно связаны с недостаточно сформированным клиническим мышлением врача. Это субъективизм, проявляющийся в оценке и интерпретации объективных симптомов, что во многом зависит от опыта и квалификации врача; невозможность определения внутренних связей между симптомами, приводящая к неправильному отбору наиболее существенных данных, выделению ведущего синдрома, проведению дифференциального диагноза; отсутствие целостной картины болезни и как следствие этого – невозможность выделения ключевых лечебно-диагностических мероприятий [1, 6].

Следует отметить, что постоянно расширяющиеся возможности лабораторной и инструментальной диагностики зачастую создают ложное представление, особенно у молодых специалистов, об отсутствии необходимости вдумчивого и всестороннего клинического обследования и клинического мышления. Безусловно, такой подход является заблуждением, поскольку на практике не так часто можно встретить прямые подсказки со стороны параклинических служб, а обилие сведений при недостаточной способности врача к анализу и синтезу ведет лишь к дополнительным диагностическим трудностям [10, 11].

Важная роль в подготовке врачей клиницистов, формировании у них клинического мышления, понимания патогенеза заболеваний и взаимосвязи патологических процессов в рамках коморбидной патологии традиционно принадлежит мировой и отечественным школам патологоанатомов. Эта роль сохраняется и при последующем постдипломном образовании врача. Нельзя согласиться с мнением ряда врачей о том, что патологическая анатомия в настоящее время теряет для клиницистов свое познавательное, организующее и воспитательное значение. Действительно, за последние десятилетия наблюдается общемировая тенденция постепенного вытеснения традиционных, проверенных временем методов диагностики, в том числе патологоанатомического исследования, новыми диагностическими методами. Однако, при всех положительных сторонах внедрения современных прижизненных диагностических технологий мировое медицинское сообщество выражает крайнюю обеспокоенность тем, что все реже используется аутопсия, которая до настоящего времени остается самым точным методом ("золотым стандартом") установления посмертного диагноза. В частности, показано, что внедрение новых методов прижизненной диагностики некоторых заболеваний, например, острых форм ишемической болезни сердца, существенно не снижает количество диагностических ошибок [12, 13]. К сожалению, вопрос о низкой частоте вскрытий поднимается чаще

патологоанатомами, тогда как лечащие врачи как никто другой должны быть заинтересованы в качестве проводимой ими диагностики [5].

С позиций медицинского образования, как первичного, так и последующего, важно не только и не столько участие патологоанатомической службы в диагностическом процессе, сколько последующая "обратная связь" между патологоанатомом и врачом клиницистом с анализом результатов патологоанатомического исследования, сопоставлением клинического и патологоанатомического диагнозов, поэтапным анализом проведенных диагностических и лечебных мероприятий, совершенных ошибок на всех этапах медицинской помощи. Наиболее эффективной формой такой "обратной связи" являются клинико-патологоанатомические конференции [5].

Таким образом, отечественная клиническая медицина, вобрав в себя все лучшее из медицины Европы и Востока, традиционно подчеркивала важность развития в молодом поколении врачей именно клиницистов. «Я скажу вам кратко и ясно: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть! Вот вам вся цель Клинического института! Должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы...» Так писал в начале XIX в. Матвей Яковлевич Мудров, один из реформаторов высшей медицинской школы России [5]. Его слова сохраняют свою актуальность и в наше время – век высоких технологий и сложных инструментальных и лабораторных диагностических методов.

Литература

1. Амиров А. Современные ориентиры медицинского образования в России // Высшее образование в России. – 2008. – №3. – С. 22-26.
2. Кузьминов О.М., Пшеничных Л.А., Крупенъкина Л.А. Формирование клинического мышления и современные информационные технологии в образовании: монография. – Белгород: ГиК, 2012. – 110 с.
3. Султанов И.Я. Этапы диагностики с позиций теории диагноза и классификация диагностических ошибок в клинике внутренних болезней // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». – 1998. – № 1. – С. 168-174.
4. Якушин С.С, Никулина Н.Н. Терминология и формулировка диагноза при ишемической болезни сердца: рекомендации для практического врача // Врач. – 2012. – № 12. – С. 9-14.
5. Никулина Н.Н. Роль патологоанатомической службы в совершенствовании медицинского образования // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – №1. – С. 142-149.
6. Эльштейн Н.В. Диагностические ошибки интернистов: общие аспекты [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал. – 1998. – №1. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_1983.htm.
7. Никулина Н.Н., Якушин С.С. Невыявленные в клинической практике острые формы ИБС: частота, закономерности, влияние на эпидеми-

логическую ситуацию // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2010. – № 3. – С. 65-71.

8. Никулина Н.Н. Сердечно-сосудистая смертность: анализ качества диагностики и статистического учета причин смерти // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. № 1. – С. 91-96.

9. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И., Акинина С.А., Лиферов Р.А. Выявляемость острых форм ишемической болезни сердца в клинической практике // Клиническая медицина. – 2010. – Т. 88, № 6. – С. 30-35.

10. Правкина Е.А., Никулина Н.Н., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю., Воробьев А.Н., Загребельный А.В. и др. Качество обследования пациентов с артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93, № 9. – С. 36-42.

11. Переверзева К.Г., Воробьев А.Н., Никулина Н.Н., Мосейчук К.А., Правкина Е.А., Якушин С.С. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрационного наблюдения // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2014. – № 1. – С. 90-96.

12. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И., Акинина С.А. Патологоанатомическое исследование в анализе смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний // Архив патологии. – 2011. – Т. 73, № 1. – С. 30-33.

13. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И., Акинина С.А. Место аутопсии среди современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 231-233.

РОЛЬ ВОЛОНТЕРСТВА В ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ РЯЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Г.Н. Никифорова¹, Е.А. Дрожжина²

Руководитель отдела по воспитательной работе
и социально-психологической поддержке студентов
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (1)
Педагог-организатор
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (2)

В настоящее время российской образовательной политикой предъявляются особые требования к реализации образовательных программ профессиональной подготовки будущих медиков, поскольку неуклонно возрастает масштабность и сложность задач, решаемых медицинским сообще-

ством, увеличивается степень морально-нравственной ответственности медицинского персонала. Современный компетентностный подход и система непрерывного обучения в процессе подготовки специалистов медико-социальной сферы среднего звена предполагает сформированность ценностно-мировоззренческой позиции уже на этапе первичной профессиональной социализации в медицинском колледже.

Под профессиональной социализацией студентов-медиков подразумевается активный целенаправленный социально ориентированный процесс профессионально-личностного становления и развития обучающегося, в ходе которого происходит мотивированная и осмыщенная первичная интеграция в профессиональную социокультурную среду, систему здравоохранения.

Педагогический коллектив Рязанского медицинского колледжа уделяет большое внимание профессиональному воспитанию обучающихся, ориентируясь на модель личности современного специалиста-медика, в которой обобщены не только необходимые знания, умения и опыт, но и профессионально важные личностные свойства, необходимые для успешного выполнения профессиональной деятельности. Эти новые требования привели к необходимости пересмотра содержания образовательной среды, к созданию условий повышения образования с целью формирования ключевых компетенций у будущих специалистов.

На одном из совместных заседаний Совета по воспитанию и студенческого Союза «Четыре Я» был проведен анализ воспитательной работы, который показал, что назрела потребность усилить работу по развитию нравственных качеств у наших студентов, необходимых им как для будущей профессиональной деятельности, так и для успешной социализации в общество. Обсуждались возможные пути решения данной проблемы. Было предложено развивать добровольчество, получившее в последнее время широкое распространение в молодежной среде. Участие в волонтерской деятельности даёт возможность студентам, не только накопить позитивный опыт взаимодействия с различными категориями населения, но и осознать, осмыслить, пережить, прочувствовать, принять его как эмоциональный, коммуникативный и профессиональный опыт, способствующий их внутренним преобразованиям, влияющий на развитие личностно-профессиональных качеств, свойств, способностей и способов поведения будущего специалиста медика.

После серьезной подготовительной работы в колледже был создан студенческий волонтерский отряд «Рожденные для жизни». Поскольку в последнее время государство уделяет большое внимание вопросам сохранения здоровья, было решено основным направлением деятельности отряда сделать профилактику асоциальных явлений в молодежной среде и организовать информационно-разъяснительную работу, направленную на пропаганду здорового образа жизни. Формирование нового мышления, в котором не будет места вредным привычкам, формирование культуры здоровья – обучение здоровью – главная цель молодежной политики в области

здравьесбережения нового молодого поколения россиян. В этом вопросе большая ставка делается на волонтеров-медиков, способных и обязанных стать проводниками ЗОЖ.

Уже несколько лет студенты-волонтеры из отряда «Рожденные для жизни» проводят важную работу по организации просветительской деятельности по сохранению и укреплению здоровья жителей города Рязани. Особое внимание уделяется профилактической работе и формированию у школьников, студенческой молодежи культуры здорового образа жизни. Ежегодно проводятся акции: «Мы выбираем жизнь», посвященные Всемирному Дню борьбы со СПИДом; волонтеры оказывают посильную помощь обществу больных гемофилией при проведении акции «Река жизни», участвуют в городской волонтерской акции «Здоровое лето без сигарет»; «Зеленая ленточка», цель которой – привлечение внимания общества к проблемам защиты жизни детей, необходимости отказа от абортов; «Белая ромашка», посвященная Всемирному Дню борьбы с туберкулезом; «Мы против курения», посвященная Всемирному Дню борьбы с курением. Наши волонтеры приняли участие в ток-шоу Рязанского телевидения по противодействию алкоголизму и наркомании; в составе делегации Рязанской области приняли участие во Всероссийском фестивале здорового образа жизни в г. Москва во дворце Олимпийского комплекса «Лужники»; стали постоянными участниками фестиваля «Солнышко в ладошках», где оказывают помощь детям с ограниченными возможностями здоровья.

Силами волонтеров организованы просветительские десанты по ЗОЖ в школах города Рязани. Традиционно 7 апреля в Международный день здоровья стартует просветительский десант для школьников. В течение месяца под девизом «Мы за здоровый образ жизни!» для учащихся средних и старших классов проводятся беседы, лекции, диспуты, а для малышей – увлекательные игры и викторины. Ежегодно наш волонтерский отряд охватывает просветительской деятельностью более 5 тысяч человек. В колледже разработан социальный проект «От сердца к сердцу». Проект стал победителем региональной программы «Арт-Профи Форум» – 2015. Просветительская деятельность и участие в проекте «От сердца к сердцу» позволяют волонтерам реализовать свой профессиональный и жизненный потенциал.

В 2015 году стартовала региональная программа «Забота и здоровье, в рамках которой волонтеры проводят долгосрочные просветительские акции по двум направлениям: «Молодые – молодым», «Медицина ОК». При проведении акций используются различные технологии. Выбор технологий по формированию здорового образа жизни определяется актуальными задачами сохранения и укрепления здоровья различных целевых групп, в решении которых ведущая роль принадлежит самому человеку, его мотивированности к сохранению здоровья. Роль волонтеров в этой области – информировать население об основных факторах риска и необходимых условиях сохранения здоровья, формировать активную жизненную пози-

цию человека. Из студентов-волонтеров были подготовлены инструкторы ЗОЖ, которые прошли обучение в «Школе ЗОЖ» на базе колледжа.

По принципу «равный – равному» волонтеры проводят со сверстниками разъяснительную работу на днях профилактики, просветительских акциях, обучающих семинарах, на занятиях с элементами тренинга, в ролевых и интерактивных играх. Обучая других, они обучаются сами, при этом применяют свои профессиональные знания, формируют профессиональные и общие компетенции. Цель, которую они преследуют, – оказать позитивное влияние на молодых людей при выборе ими жизненных ценностей. Невозможно заставить человека жить здоровой и гармоничной жизнью, если он этого не хочет. Но можно помочь ему осознать ответственность за свою жизнь и поставить его в ситуацию свободного выбора. Иначе говоря, сформировать его социальную компетенцию.

Инструкторы ЗОЖ организуют просветительские десанты и проводят цикл мероприятий «Обратная сторона жизни» для обучающихся профессиональных образовательных учреждений.

В колледже постоянно проводится работа по воспитанию культуры ЗОЖ. Одна из задач – повышение позитивных тенденций в студенческой среде, снижение показателей негативных явлений, в первую очередь, табакокурения. Территория колледжа объявлена территорией без дыма. В план работы колледжа включены профилактические мероприятия и мероприятия, направленные на формирование навыков здорового образа жизни. Со студентами проводятся диспуты и тренинги по вопросам вреда употребления наркотиков, алкоголя, табакокурения; обучающие семинары, повышающие мотивацию на здоровый образ жизни. Наиболее активные студенты становятся инструкторами ЗОЖ.

В ходе волонтерской деятельности у студента возникает новая доминанта, которая определяет «стратегическое» направление его деятельности, обеспечивает мотивацию, ориентацию, профессиональную установку на выполнение целенаправленной и системной деятельности, выраженной в сформированной потребности заботы о других, служении и помощи людям, признании будущим специалистом – медиком человека как высшей ценности, его важности и индивидуальности.

Литература

1. Азарова Е.С. Психологические детерминанты и эффекты добровольческой деятельности: дис. ... канд. псих. наук / Е.С. Азарова. – Кемерово, 2008.
2. Архарова Л.И. Организация работы волонтерского педагогического отряда по пропаганде здорового образа жизни. – Рязань: РГПУ, 2005. – 32 с.
3. Васильева О.В. Опыт формирования социальной активности у студентов-медиков / О.В. Васильева // Среднее профессиональное образование. – 2008. – № 10. – С. 35-36.

4. Ершова Н.Н. Модель привлечения волонтеров к социально-профилактической работе в подростковой и молодежной среде // Беспризорник. – 2007. – №5. – С. 6-8.

5. Мурзагалина Л.В. Первичная профессиональная социализация будущих врачей: опыт организации жизнедеятельности студентов медицинского университета [Текст] / Л.В. Мурзагалина, А.Ф. Амиров // Педагогический журнал. – 2010. – №6. – С. 30-38.

6. Ощехина О.В. Волонтерство как технология социального воспитания студенческой молодежи // СоТИС. – 2007. – №5. – С. 57-63.

ПАТРИОТИЗМ, МИЛОСЕРДИЕ И ГУМАНИЗМ КАК ОСНОВА ЛИЧНОСТНОГО РОСТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

О.И. Ороджова¹, С.М. Гасанова¹, Е.В. Дубинина², И.Ф. Лотарева²

Студентки 3 курса, специальность «Сестринское дело» (1),

преподаватели высшей категории (2)

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин

Патриотизм, милосердие и гуманизм является важнейшей составной частью воспитательного процесса, которые имеют огромное значение в социально-гражданском и духовном развитии личности каждого человека.

Милосердие определяется как величайшая добродетель, развитие которой стимулируется общественными потребностями, побуждающими человека действовать вопреки собственным интересам, направлять свою деятельность на благо окружающих, не требуя материального вознаграждения.

Слово «милосердие» означает «милующее сердце», а это особый дар души. Милосердие – это готовность помочь кому-нибудь или простить кого-нибудь из сострадания, гуманизма.

Гуманизм - человечность, любовь к человеку, вера в его безграничные возможности и способности к самосовершенствованию.

Мы считаем, что данная тема актуальна, так как своеобразие медицинской этики заключается в том, что в ней, все нормы, принципы и оценки ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение. Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента, обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Она должна быть ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Медицина – во все времена самая нужная и важная профессия на земле. Работа врача, фельдшера, медицинской сестры построена на истинном милосердии, глубочайшем сострадании и гуманизме, великим патриотизме.

Работа современной медицинской сестры предполагает многообразие профессиональных функций и разнообразие практических навыков по уходу за больными. Помимо выполнения назначений врача, медицинской сестре приходится выступать в роли организатора ухода за пациентом, защитника интересов пациента, администратора, психолога, педагога, лидера, консультанта пациента и его семьи, исследователя, активного члена медицинской бригады. По роду своей деятельности медицинская сестра оказывает помощь разновозрастным группам пациентов, пациентам с различным социальным статусом и многоаспектным характером взаимоотношений по линии «медсестра-врач», «медсестра-пациент».

Одной из основных задач педагогов нашего колледжа заключается в том, чтобы воспитать неравнодушного, доброго, чуткого и отзывчивого, заботливого и внимательного, способного к состраданию специалиста. Любовь к избранной профессии, гуманное отношение к человеку не приходят сами собой.

Занятия, проводимые в колледже на доклинической практике, позволяют студентам вместе общаться, работать, учиться, творить, делать выводы, принимать верное решение, логически и клинически мыслить, вырабатывать свою стратегию, соблюдать этику и деонтологию, тактику общения, что немаловажно в работе будущего медицинского работника.

Студенты становятся внимательнее, добре, терпимее, тактичнее друг к другу, пациентам, педагогам, окружающим людям. У студентоврабатываются профессионально-личностные качества необходимые при работе медицинского работника, общие и профессиональные компетенции. Развивается при этом и общая культура: умение следить за своей речью, внешностью, контролировать свое поведение, невербальное общение, быть милосердными и гуманными.

Полученные знания и опыт мы применяем на практических занятиях в стационарах при работе с пациентами. На практике в больнице по отношению к пациентам стараемся проявлять всё свою доброту, милосердие, понимание, сочувствие, вместе с больными мы сопереживаем.

Принимаем активное участие в проведении конференций и мероприятий таких, как: «Выдающиеся сестры милосердия», «Сестринское дело – как профессия», «Медсанбаты мои, медсанбаты!», «Страданья моего сестра». «Медики – награжденные медалью Флоренс Найтингейл», «Выпускники нашего колледжа», «Судьба и профессия», «Медики - Рязанцы в годы войны», «Сестры милосердия – белые голубки» и другие.

В нашем колледже проводятся тематические классные часы, посвященные медицине, профессии медицинского работника, проблемам нравственности, милосердия, патриотизма, гражданственности,

Проводятся беседы о самоотверженности на примерах основоположниц сестринского дела: Флоренс Найтенгейл, Даши Севастопольской, Юлии Вревской и др., а также на примерах героических подвигов медицинских сестер ВОВ.

В колледже проводятся традиционные мероприятия, посвященные Дню матери, Дню медицинского работника, Дню Победы: «У войны не женское лицо», «Минувших лет былая слава», «Главное слово в нашей судьбе», встреча с ветеранами. Каждый год ко Дню Победы мы раздаем Георгиевские ленточки, возлагаем венки в память о погибших и пропавших без вести, проводим концерты. Так же к этому великому Дню Победы мы участвуем в общегородских спортивных мероприятиях, «Кроссе Наций».

Регулярно проводятся конкурсы профессионального мастерства.

Оказываем посильную помощь Дому престарелых и инвалидов. Мы помогаем им с уборкой территории, что бы было приятно, чисто, красиво для пожилых и инвалидов. Проводим концерты «Мы славим седину», создавая им хорошее настроение, много положительных эмоций.

Эти мероприятия помогают нам взглянуть на выбранную ими профессию другими глазами, а иногда заставляют задуматься над тем, каково его место в медицине.

Без сформированной системы таких ценностей как: патриотизм, милосердие и гуманизм, человек не сможет работать в медицине, так как медицинский работник – это не только специальность, но и призвание. Эти качества являются основой профессиональной деятельности медицинского работника.

Литература и интернет ресурсы

1. Реализация непрерывного профессионального образования как основа повышения качества подготовки медицинских кадров. – [Электронный ресурс]. – http://medcollege62-rzn.ru/files/soviet_dir/konferenc/2015/sbornikRyazGMU_24.04.2015.pdf
2. Гуманизм и медицина. – [Электронный ресурс]. – <http://www.inrav.ru/292-humanism-and-medicine.html>
3. Этические аспекты воспитания милосердия у студентов медицинских колледжей. – [Электронный ресурс]. – <http://worldofteacher.com/3924-1433.html#sel=4>
4. Этика и деонтология медицинского работника. – [Электронный ресурс]. – <http://bibliofond.ru/view.aspx?id=459297>

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ НАРОДНОЙ МУДРОСТИ

E.B. Поцелуева

Преподаватель

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Процесс профессиональной социализации студентов в профессиональных образовательных учреждениях является важной частью общего процесса социализации молодёжи. Ведь именно в этот период у будущего специалиста закладываются основные профессиональные взгляды и навыки и, поэтому, часто от правильности «старта» в условиях обучения зависит успех всей дальнейшей профессиональной карьеры выпускника.

В Рязанском медицинском колледже проводится большая аудиторная и внеаудиторная работа по повышению уровня подготовленности выпускников к профессиональной деятельности. Организуются мероприятия по воспитанию трудолюбия, творческого отношения к учёбе и труду, ценностного отношения к труду, уважения к человеку труда, формированию позитивного отношения к трудовой деятельности. Интересным направлением стало обращение к народной мудрости, к устному народному творчеству – пословицам и поговоркам.

У русского народа очень много пословиц и поговорок. Пожалуй, больше, чем у многих других народов мира. Эти мудрые изречения создавались и накапливались в течение многих веков. В них отражены повседневная жизнь людей, условия труда, культура. В одном предложении заключен огромный смысл, есть ритм, рифма. Каждое слово весомо, содержательно и точно. О ценности пословиц и поговорок сказано в них самих.

- На всякого Егорку своя поговорка.
- Добрая пословица не в бровь, а прямо в глаз.

Владимир Иванович Да́ль, составитель Толкового словаря живого великорусского языка, писал, что пословица – «это цвет народного ума, это житейская народная правда».

Что же русские пословицы и поговорки о труде значат для современности? Кроме того, что они делают нашу речь яркой и красочной, в них также сформулированы ответы на многие вопросы, возникающие у современного человека на каждом шагу. Эти ответы были найдены предками, которые таким образом поделились с нами своим бесценным опытом. А значит, каждому будет полезно обратиться к этому творчеству.

Мудрые русские пословицы и поговорки о труде в краткой, красноречивой форме повествуют о трудолюбии, усердии в работе и деловой смекалке русских людей.

Огромный плюс *пословиц и поговорок* в том, что придумывали их много веков назад, к нам дошли лишь те, что прошли строгую проверку

временем и предыдущими поколениями. Важно правильно растолковать смысл, заложенный в поговорку либо пословицу о труде.

Издавна люди придавали огромное значение труду. Русская традиция – это уважительное отношение к труду. Трудолюбие, бережливость, порядок и чистота в хозяйстве именно так, устраивали свою жизнь и князья и крестьяне. И в наше время человек в обществе ценится по труду.

Многочисленные фразеологизмы, пословицы, поговорки и афоризмы о труде, свидетельствуют об исключительной важности его в ценностной системе русского общества.

Труд, работа, их качественное выполнение положительно оценивались и оцениваются в российском обществе (Золотые руки. Работа в руках горит. Работать, не покладая рук). Одобряется активная созидательная деятельность человека, его желание хорошо и качественно работать, честное отношение работника к своим обязанностям. Безделье же и лень – в противоположность труду и работе оцениваются, однозначно, отрицательно (Работать, спустя рукава. Тяп да ляп. Через пень колоду. Даром хлеб есть. Палец о палец не ударит).

В пословицах и поговорках, содержащих признак отношения к труду, четко отражена система ценностей российского социума. К ним относится положительное оценивание труда с соответствующей мотивировкой (труд приносит удовольствие, достаток семье и в целом обществу и т.д.). Например: Рукам работа, душе праздник. Где труд, там и счастье. Где работа, там и густо, а в ленивом доме пусто. Работай смелее – будешь жить веселее.

Пословицы о мастерстве	Пословицы о лени
Дело мастера боится.	Люди пашут, а он руками машет.
Для кого труд – радость, для того жизнь – счастье.	День гуляет, два – больной, а на третий – выходной.
Работает, не покладая рук	Словами и туда, и сюда, а делом никуда.
Работает, засучив рукава.	Ленивый одну работу два раза делает.
Мастер – золотые руки.	Девка красива, да прясть ленива.
Трудовой хлеб сладок.	Голова завита, да делом не занята.
Такого работника везде с руками оторвут.	Лодыря гоняет
Хорошая работа два века живёт	Ваньку валяет
Работает без сучка, без задоринки.	Бьёт баклуши
Работает не за страх, а за совесть.	В бирюльки играет
На своём деле собаку съел.	Работает спустя рукава
Мастера на вес золота ценятся.	Хорош детинка, да с отлынкой.
С такими руками нигде не пропадёшь.	У ленивого Егорки на всё отговорки.
Ремесло в руках – верный кусок хлеба.	Лодырь и бездельник – им праздник и в понедельник.
Мастер на все руки.	Мастер-ломастер.

Пословицы народов других стран перекликаются с отечественными:

- Больше мастерства нет драгоценности (калмыц.).
- Быстро сделанная работа хорошей не бывает (инд.)

- Во всём деле надо трижды подумать (кит).
- И маленькое дело делай, как большое (башкир.)
- Как ни велика работа, не пасуй: начнёшь делать – сделаешь (монг.)

Многие студенты старших курсов уже работают в свободное время поэтому при проведении воспитательного часа куратора на эту тему пословицы и поговорки о труде нашли широкий отклик: иностранным пословицам нашли русские аналоги, в некоторых пословицах – узнали себя, с некоторыми – поспорили. Актуальность пословиц, созданных народом несколько веков назад, удивила и не вызвала сомнений.

Процесс вхождения в профессиональную среду, усвоение профессионального опыта, овладение стандартами и ценностями профессионального сообщества основывается на приобретении знаний, умений и навыков по специальности, а также определенного набора личностных качеств, воспитывая которые, необходимо учитывать опыт предков, народную мудрость.

Литература

1. Зимин В.И. Пословицы и поговорки русского народа: большой объяснительный словарь. – Ростов н/Д, Феникс, 2008 – 590.,
2. Мокиенко В.М. Вглубь поговорки. – СПб.: ИД «МиМ» «Паритет», 1999.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ: НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ

Г.В. Римская¹, Ю.А. Музланов²

Заведующая научно-методическим сектором

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (1)

Преподаватель

РВВДКУ им. генерала армии В.Ф. Маргелова, г. Рязань (2)

В настоящее время ряд проблем экологического образования продолжает оставаться актуальными. Одна из них – формирование отношений, ценностей, мотивации к личному участию в решении экологических проблем с целью улучшения качества окружающей среды. В связи с этим разработка и совершенствование учебно-методического обеспечения непрерывного экологического образования является одной из первоочередных задач национального уровня. Как следует из основных документов, определяющих модернизацию общего среднего образования, поставленная задача должна быть сформулирована и решена в рамках компетентностного подхода, который предполагает ориентацию образования не только на усвоение обучающимся определенной суммы знаний, но и на развитие личности, познавательных и созидательных способностей. Формирование

экологической компетентности обучающихся – целенаправленный процесс освоения теоретических знаний, практических умений, экологических ценностей, осознания и понимания экологических смыслов в ходе личностно и социально значимой экологической деятельности и приобретение на этой основе опыта решения экологических проблем.

До 80-х годов XX века в отечественной педагогике отсутствовало понятие «экологическое образование». Существовавшее понятие «экологическое воспитание» рассматривалось как составная часть формирования мировоззрения обучающихся. В это время термин «экология» имел свое первоначальное значение, и рассматривался в рамках биологической науки, изучающей закономерности взаимодействия и взаимоотношений внутри фауны и флоры, их представителей между собой и с окружающей средой. В это время природа рассматривается как объект познания и эстетического отношения. Проникновение в ее тайны способствует формированию научного мировоззрения. Этим обусловлена необходимость осуществления всеобщего, обязательного, начального экологического воспитания, закладывающего основы экологической культуры человека.

Экологическое сознание включает в себя экологические знания: факты, сведения, выводы, обобщения о взаимоотношениях и обмене, происходящих в мире животных и растений, а также в сфере их обитания и в целом в окружающей среде. Его составной частью являются эстетические чувства и экологическая ответственность. Они побуждают человека соблюдать осторожность в отношении к природе, заранее предусматривать и предотвращать возможные отрицательные последствия промышленного освоения природных вод, земли, атмосферы, леса. Использование человеком природы требует от него развитой способности экологического мышления. Оно проявляется в умении эффективно использовать экологические знания при создании промышленных и сельскохозяйственных объектов, в творческом подходе к предотвращению и устраниению отрицательных для природы последствий некоторых технологических процессов производства. В состав экологического сознания входят волевые устремления человека, направленные на охрану природы, на активную борьбу с нарушителями законодательства об охране окружающей среды. Эффективная реализация функций экологического сознания ведет к формированию у обучающихся экологической культуры. Она включает в себя экологические знания, глубокую заинтересованность в природоохранной деятельности, грамотное ее осуществление, богатство нравственно-эстетических чувств и переживаний, порождаемых общением с природой.

Становление экологического образования в вузах бывшего Советского Союза началось с инструктивного письма № 56 Министерства высшего и среднего специального образования СССР от 28 ноября 1986 года, где соответствующим министерствам союзных республик предписывалось обеспечить внедрение в каждом учебном заведении комплексного плана

непрерывного обучения и воспитания студентов в области экологии, рационального природопользования и охраны окружающей среды. Термин «экология», предложенный Э. Геккелем, в это время приобретает несколько иное значение. Экология приобретает черты всеобъемлющего современного мировоззрения, превращаясь в учение о путях выживания человечества. Новое мировоззрение не может родиться само собой. В обществе сложилось мнение, что с помощью правильной организации хозяйства и высокопроизводительной техники можно решить все экономические и социальные проблемы. Однако даже самая совершенная техника, если она вступает в противоречие с законами развития природы, неизбежно наносит ущерб окружающей среде, а, следовательно, здоровью человека.

Возникает понимание того, что без преодоления только потребительского отношения к природе не решить экологических проблем, не уберечь общество от физической и духовной деградации. Необходим переход к экологизации экономики и производства, постиндустриальной экологически ориентированной цивилизации, что обуславливает формирование системы знаний, построенной на единой теоретической основе и выходящей за традиционные рамки дифференцированных наук о природе. Требования такой идеологии сложнее задач охраны окружающей среды и сокращения потока загрязнений. Новая система экологических знаний должна помочь настоящим и будущим специалистам организовать человеческую деятельность в условиях углубляющегося экологического кризиса.

Формирование системы экологических взглядов обучающихся – экологического мировоззрения и стереотипа поведения (экологическое образование), предполагает два аспекта: экологическое воспитание (система воздействия на личность, побуждающая поступать в соответствии с принципом гармонизации взаимоотношений Природы и Человека), и экологическое обучение (система целенаправленной передачи экологических знаний и, особенно, формирование навыков их самостоятельного приобретения). Хотя задачи экологического обучения и экологического воспитания должны решаться совместно, последнее представляется особенно важным. Известно, что антропогенные экологические проблемы разного масштаба возникают по двум причинам:

- из-за нехватки экологических знаний (экологическое невежество);
- из-за намеренного игнорирования имеющихся знаний (экологический авантюризм).

Если корни экологического невежества кроются в недостатках экологического обучения, то истоки экологического авантюризма лежат в некачественном экологическом воспитании.

Экологическое образование начинается в дошкольном возрасте (в семье, в детском саду), где формируются азы мировоззрения по взаимоотношению ребенка с окружающим миром; продолжается в школьном возрасте (в системе школьного образования). В последующем процесс эколо-

гического образования осуществляется либо при обучении в системе ВПО (СПО), а также в ходе самообразования.

Авторы считают главной целью экологического образования – формирование у учащейся молодежи и общества в целом экологического мировоззрения и компетентности на основе единства научных и практических знаний, ответственного и положительного эмоционально-ценостного отношения к своему здоровью, окружающей среде, улучшению качества жизни, удовлетворению потребностей человека.

Для достижения этой цели акцент учебного процесса должен быть сосредоточен:

- на формировании знаний, необходимых для понимания процессов, происходящих в системе «человек-общество-техника-природа», содействию в решении локальных социально-экологических проблем;

- воспитании бережного отношения к природе и выработке активной гражданской позиции, основанной на чувстве сопричастности к решению социально-экологических проблем и ответственности за состояние окружающей среды;

- умении анализировать экологические проблемы и прогнозировать последствия деятельности человека в природе, способностей самостоятельного и совместного принятия и реализации экологически значимых решений.

Успешное решение современных социально-экономических проблем недостижимо без высокого уровня развития образования. Одним из необходимых условий этого является разработка и внедрение рациональной комплексной системы непрерывного экологического образования как главного средства формирования общественного и индивидуального экологического сознания. К основным задачам кардинального изменения экологического сознания относятся: перелом прагматичного отношения к окружающей среде, усиление эмоционально-эстетической составляющей при взаимодействии с живой природой, гармонизация и этика отношений между обществом и природой.

В конце девяностых годов в мировой педагогике появился термин «образование для устойчивого развития» (ОУР). Изменения в образовании носят опережающий характер и позволяют перейти:

- от ЗУН-парадигмы и простой передачи знаний умений и навыков – к формированию у обучающихся компетенций и готовности жить в мало предсказуемом будущем, обеспечивать своей деятельностью его устойчивость и поддерживать необходимое качество жизненной среды;

- от описания и объяснения возникающих проблем — к проектированию, моделированию, прогнозированию возможных ситуаций и предупреждению их негативных последствий;

- от проблем окружающей среды – к проблемам человека, его культуры, профессионализма, здоровья, безопасности жизнедеятельности, расширения его адаптивных возможностей.

Основная цель ОУР – воспитание личности с высоким уровнем общей, профессиональной и экологической культуры, ориентированной на непрерывное саморазвитие, прогресс общества и приоритет общечеловеческих ценностей, мобильной, готовой к преобразованиям, способной быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и активно влиять на них, умеющей делать правильный выбор и грамотно действовать в проблемных ситуациях разного уровня сложности.

Компетенция большинством исследователей понимается как личностное качество индивида, его потенциальные возможности, включающие владение знаниями, умениями, опытом, а также теоретико-прикладную подготовленность к использованию их на практике. Компетенции отражают цели образования, реализуемые в его результатах, и описывают, что должен будет уметь выпускник образовательного учреждения по завершении всей образовательной программы или ее части, и имеют значительный уклон в сторону этических норм социального взаимодействия. Компетентность же – это актуализированная компетенция.

Выделяются два уровня компетенций: общие (базовые или ключевые) и профессиональные. «Ключевые компетенции» представлены как компетенции, наиболее универсальные по своему характеру и степени применимости – «надпредметные» компетенции.

Выделяют общепредметные – относящиеся к определенному циклу учебных дисциплин, и предметные, относящиеся к конкретным учебным дисциплинам. Однако в этих классификациях не выделена экологическая компетенция. Но именно эта компетенция, имеющая надпредметный и надпрофессиональный характер, необходимая всем и каждому, как в повседневной жизни, так и в профессиональной деятельности, играет важнейшую роль в реализации модели устойчивого развития. Экологическая компетентность определяется как интегративная характеристика личности, включающая владение экологическими знаниями, практическими умениями и навыками деятельности в рамках экологического императива, творческий опыт разрешения конфликтных экологических ситуаций, ценностное отношение к окружающему миру, ответственность за свои действия и поступки, а также личностные качества человека, обеспечивающие осознанное и экологически обоснованное регулирование природопользования.

Выделяют два уровня экологической компетентности:

- общеобразовательный, необходимый любому и каждому для решения своих житейских и бытовых проблем, или решения проблем в рамках общественных экологических движений и инициатив; на овладение этого уровня и должно быть нацелено общее образование, а также профессиональное образование специалиста, труд которого напрямую не связан с решением профессиональных экологических задач; рассматриваемая в таком ракурсе экологическая компетентность играет многофункциональную роль, проявляющуюся не только в образовательном учреждении, но и в семье, в кругу друзей, в будущих производственных отношениях;

- профессиональный – обладание знаниями, опытом и правами в определенной сфере деятельности (экологический аудит, промышленное природопользование, геоэкология, экологическое право и др.); на владение этим уровнем направлено специальное (начальное, среднее или высшее) профессиональное образование.

Экологическая компетентность является неотъемлемой частью культуры каждого человека, и ее сформированность – важнейшее условие социализации личности в обществе. Она объединяет в единую систему личностные качества, ответственность, опыт, знания, способы поведения и деятельности, умение их мобилизовать в конкретной ситуации. Являясь одним из важнейших компонентов экологической культуры, она сплавляет воедино личностный и социальный смыслы жизни человека, реализуемые в практической деятельности, направленной на поддержание устойчивого развития.

Наиболее важными и значимыми показателями экологической компетентности являются:

- сформированное экоцентрическое мировоззрение и экологическое мышление;
- способность воспринимать и понимать информацию в области окружающей среды, правильно ее оценивать, интерпретировать и мобилизовать ее в конкретной экологической ситуации;
- умение моделировать и прогнозировать развитие экологических ситуаций (создание моделей экономических, социальных, природных систем и явлений, обоснование их разнообразных вариантов на основе принципа «экономично – экологично»).

Очевидно, эти показатели могут иметь место лишь у личности, хорошо владеющей научно-исследовательской методологией.

Умение личности получать информацию, ее обрабатывать, анализировать, делать выводы, и экстраполировать (прогнозировать и моделировать), осуществлять практическую деятельность на основе полученных знаний – это именно те процессы, которые лежат в основе любого вида научной деятельности.

Уровень образования	Виды научно-исследовательской деятельности личности
Высшее профессиональное	Разработка курсовых и дипломных работ. Самостоятельное проведение научно-исследовательских работ по заданному направлению будущей профессиональной деятельности. Проведение прикладных исследований по смежным направлениям. Оформление отчета о проведенных исследованиях в соответствии с требованиями, предъявляемых к научным статьям, представление результатов исследования (защита).
Среднее профессиональное	Разработка курсовых и дипломных работ. Самостоятельное проведение научно-исследовательских работ по одному из направлений будущей профессиональной деятельности. Оформление отчета о проведенных исследованиях в соответствии с требованиями,

	предъявляемых к научным статьям, представление результатов исследования (защита).
Среднее общее полное	Проведение научно-исследовательских работ по заданной методике. Самостоятельное проведение учебно-исследовательских работ по интересующему направлению. Оформление отчета о проведенных исследованиях в соответствии с требованиями, предъявляемыми к научным статьям; представление результатов исследования (защита).
Неполное общее среднее	Проведение учебно-исследовательских работ по заданной методике (или по интересующему направлению). Оформление отчета о проведенных исследованиях по заданному плану (форме); представление результатов исследования (защита).
Начальное общее	Проведение наблюдений, опытов и экспериментов по заданной методике. Написание отчета о проведенных наблюдениях, опытов, экспериментов по заданному плану (форме).

В ходе учебно-воспитательного процесса на каждом уровне образования особое внимание следует уделять формированию умения личности устанавливать причинно-следственные связи между различными объектами и явлениями природы и антропогенной деятельностью с использованием научно-исследовательского подхода (таблица).

Таким образом, степень сформированности экологической компетентности напрямую зависит от уровня владения индивидом научно-исследовательской методологией – владения алгоритмом проведения научных исследований, начиная от анализа состояния проблемы, поиска методов исследования, сбора и обработки данных (материала и информации), до анализа и интерпретации результатов, формулировки выводов и рекомендаций. Говоря иными словами – «экологическое мировоззрение + научно-исследовательский подход = экологическая компетентность».

Литература

1. Глазачев С.Н., Перфилова О.Е. Экологическая компетентность: становление, проблемы, перспективы. – М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008. – 128 с.

2. Ермаков Д.С. Формирование экологической компетентности учащихся [Текст]. – М.: МИОО, 2009. – 180 с.

3. Игнатов С.Б., Глазачева А.О. Образование в интересах устойчивого развития и экологическая компетентность / Вестник международной академии наук (русская секция): материалы круглого стола «Экология человека: на пути становления гуманитарных образовательных технологий». – М., 2011. – 53-56 с.

4. Музланов Ю.А. Особенности реализации воспитательных задач в процессе преподавания дисциплины «Экология» [Текст]: Пути повышения профессионального и методического мастерства руководящего и преподавательского состава в условиях реформирования военного образования: материалы докладов науч.-практ. конф., 24 ноября 2009 г. / Ряз. Высш.

Воздушно-десантное командное училище им. генерала армии В.Ф. Маргелова (военный ин-т) МО РФ. – Рязань, 2010. – С. 154-156.

5. Музланов Ю.А., Римская Г.В., Лобов И.В. О формировании экологической компетентности в системе среднего специального и высшего образования: Поведение, экология и эволюция животных : монографии, статьи, сообщения / под общ. ред. В.М. Константинова. – Рязань: НП «Голос губернии», 2011. – Т. 2. – С. 228-238.

6. Музланов Ю.А., Руденко А.Е. Формирование экологической компетентности курсантов в процессе преподавания дисциплины «Экология» [Текст]: военно-научный сборник / Ряз. Высш. Воздушно-десантное командное училище им. генерала армии В.Ф. Маргелова (военный ин-т) МО РФ. – Рязань, 2011. – С. 166-170.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

H. С. Самойлова

Медицинская сестра эндоскопического кабинета
ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко», г. Рязань

Принцип развития отечественного здравоохранения базируется на интенсивном внедрении в медицинскую практику новых научноемких технологий, малоинвазивных исследований, направленных на предупреждение, своевременную диагностику и лечение заболеваний. Лидером в этом направлении является эндоскопия. Область эндоскопических вмешательств в медицине постоянно расширяется, повышается диагностическая информативность исследований, снижается риск осложнений, внедряются новые методики диагностики и лечения.

Эндоскопическая помощь – вид лечебно-диагностической специализированной помощи, основанной на визуальном исследовании полостей и каналов тела с помощью специальных оптических приборов. Применение эндоскопических методов исследования и лечения в оказании лечебно-профилактической помощи населению способствует интенсификации лечебно-диагностического процесса в больничных и внебольничных учреждениях, сокращению сроков пребывания больных в стационаре, снижению продолжительности временной нетрудоспособности, что имеет большое социально-медицинское значение. Эндоскопические методы широко применяются в системе динамического диспансерного наблюдения.

Мировой опыт свидетельствует о том, что от степени практического использования высоких эндоскопических технологий зависит не только качество медицинской помощи, но и экономическая эффективность. Так,

при некоторых заболеваниях эндоскопические вмешательства дают более высокий лечебный эффект и имеют преимущества перед хирургическими операциями. Информативность, простота и относительная безопасность эндоскопических методик позволяют широко использовать их как в стационарах, так и амбулаторных условиях.

Таким образом, за короткий период времени эндоскопия заняла одно из ведущих мест среди диагностических и лечебных методов, превратившись в отдельное, энергично развивающееся направление современной медицины.

Прогрессивное развитие молодой и перспективной специальности было бы невозможным без грамотного взаимодействия врачебного и сестринского персонала.

Медицинская сестра – это первый и непосредственный помощник врача, принимающий активное участие, как в решении организационных вопросов, так и в проведении ряда лечебных и диагностических мероприятий. Для успешной работы необходим тесный рабочий контакт между врачом и медицинской сестрой, полное взаимопонимание и доверие.

Достижение комфортной рабочей обстановки в эндоскопическом кабинете возможно только при правильном представлении среднего медицинского персонала об особенностях организации службы, функциональных обязанностях персонала, особенностях проведения исследований и подготовки к ним пациентов.

Работа медицинского персонала эндоскопических кабинетов регламентируется приказом МЗ и МП РФ № 222 от 31 июня 1996 г. «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

В целях совершенствования организации службы эндоскопии и повышения эффективности ее работы, а также улучшения подготовки кадров утверждено Положение о медицинской сестре кабинета эндоскопии.

Медицинская сестра эндоскопического кабинета должна пройти курс соответствующего обучения, четко знать свои функции при проведении исследований, правила обработки и хранения инструментов и иметь сертификат специалиста «Современные аспекты сестринского дела при эндоскопии».

В соответствии с приказом МЗ РФ № 186 от 5 июня 1998 года «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» все медицинские сестры эндоскопических подразделений проходят специализацию по специальности «Операционное дело» с получением соответствующего сертификата «Сестринское операционное дело».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. №41н определил квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения. Среди должностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим об-

разованием должности «эндоскопической медсестры» нет. По выполняемой работе медсестра эндоскопии имеет должностные функции практически полностью совпадающие с обязанностями операционной медсестры.

Работа медицинских сестер в эндоскопических кабинетах и отделениях значительно отличается от работы другого среднего медицинского персонала. Прежде всего, она связана с использованием и обслуживанием сложной электронной техники и дорогостоящей аппаратуры.

Медицинская сестра как непосредственный помощник врача должна быть собранной, внимательной, хорошо ориентироваться в последовательности этапов проводимых обследований, знать показания и противопоказания к исследованиям, быть готовой к оказанию неотложной помощи при критических и неотложных состояниях.

Особая роль отводится медицинским сестрам при уходе за оборудованием, так как именно они подготавливают приборы и инструменты к работе, обрабатывают их после эндоскопии. Для обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических манипуляций обязаны пройти обучение по вопросам соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, обработки эндоскопов и инструментов к ним с получением сертификата «Эпидемиология и профилактика ИСМП при эндоскопических исследованиях»

Таким образом, организация работы медицинской сестры эндоскопического кабинета – это сложный и трудоемкий процесс, требующий от среднего медицинского персонала непрерывного, комплексного подхода к совершенствованию знаний по вопросам асептики и антисептики, нормативно-правовых аспектов деятельности, умения координировать работу многих участников процесса диагностики и лечения: врачебного персонала, сестринского, вспомогательных служб. С этой целью медицинские сестры должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную деятельность по программам дополнительного профессионального образования, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

M.A. Саратцева

Студентка факультета ВСО

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

В процессе реформирования системы здравоохранения пересматривается роль среднего медицинского звена в сторону увеличения его самостоятельности. В хирургических отделениях стационаров присутствуют

специфические манипуляции, выполнение которых требует четкости, быстроты реакции, хладнокровности, что требует соответствующей квалификации и уровня производственной адаптации среднего медперсонала. Следует учитывать, что функциональные обязанности хирургических медицинских сестер определяются не только кругом лечебно-диагностических процедур, а и участием в организации и проведении противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику инфекций и профессионального инфицирования медперсонала. В связи с этим актуальным вопросом является не только оценка качества оказания медицинской помощи пациентам хирургического стационара, а и соблюдение правил санитарно-противоэпидемического режима [1].

Сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи.

В настоящее время лидеры сестринского дела берут за аксиому положение о том, что оно отделилось от медицины как особая сфера профессиональной деятельности и базируется на собственной науке. О высокой профессиональной культуре этой группы свидетельствует многоуровневое сестринское образование, научные исследования в области сестринских наук, звание доктора наук у многих зарубежных медицинских сестер. Все выявленные показатели сестринского дела в развитых странах позволяют уверенно говорить о сформированной институциональной культуре сестринского дела.

В чем же состоит отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Все знания и практические действия врача направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь то лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний конкретных болезней. Сестринское дело ориентировано в большей мере на человека или группу людей (семья, коллектив, общество) чем на болезнь. Оно направлено на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, которые возникли и могут возникнуть в связи с изменениями в здоровье.

Таким образом, сестринское дело – это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать такой же важной, как и лечебное дело. Функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение указаний врача [1]. На нее возложены основные обязанности по уходу за пациентами: профилактика заболеваний, сохранение здоровья, реабилитация и облегчение страданий. Сестра должна быть прекрасным руководителем (на любом уровне), обладающим задатками лидера, менеджера, педагога и психолога.

Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где в ней есть потребность.

Цель исследования: изучить особенности внедрения сестринских технологий в хирургическом отделении.

Объект исследования: кабинет хирургического отделения.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры хирургического отделения.

Поставленная цель определяет следующий круг задач:

1) изучить устройство и основные требования к работе медицинской сестры.

2) определить основной круг функциональных обязанностей медицинской сестры.

3) проанализировать качество деятельности среднего медицинского персонала в части организации медицинской помощи.

В ходе выполняемой работы были использованы методы исследования:

1. Изучение медицинской литературы. Написание обзора литературы.

2. Изучение деятельности медицинской сестры перевязочного кабинета хирургического отделения.

Проблема исследования: понимание медсестрой важности стерильности хирургического отделения.

Практическая значимость состоит в изучении особенностей внедрения сестринских технологий в хирургическом отделении.

Медицинские сестры, многочисленный отряд медицинских работников, работают в настоящее время в различных сферах здравоохранения: в поликлиниках, больницах, в системе общей практики, в учебных и научно-исследовательских учреждениях, выполняя при этом самые разнообразные функциональные обязанности. В условиях реформирования здравоохранение нуждается в медицинских сестрах, подготовленных квалифицированно.

Одно из основных понятий моделей сестринского дела – сестринский процесс. Данная концепция ориентирована на человека как на уникальную личность. Под сестринским процессом понимается системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента [2]. Целью его является предупреждение, уменьшение или сведение к минимуму возникающих у пациента проблем и трудностей. Несомненно, сестринский процесс предусматривает новое понимание роли медицинской сестры в оказании помощи пациенту и его родственникам. Поэтому от медицинской сестры требуется не только хорошая техническая подготовка, но также творческий подход к работе, умение видеть в пациенте личность, уметь разрешить или оказать помощь в разрешении его проблем.

Основной задачей подготовки медицинских сестер по организации сестринского дела в хирургии считаем обучение технологии организации помощи при хирургических заболеваниях в лечебно-профилактических учреждениях различного уровня и профиля.

Медицинская сестра, должна четко представлять особенности работы всех клинических и параклинических подразделений и служб: поли-

клиники, больницы и др. Она должна знать современные методы клинической и инструментальной диагностики, современное лечение хирургических больных.

Медицинская сестра должна знать особенности организации и структуру хирургической службы, организацию санитарно-гигиенического режима, операционный блок, методы диагностики в хирургии, современные методы лечения хирургических больных, особенности периоперативного процесса, основные принципы синдромальной диагностики и лечения, особенности диспансеризации в хирургии [3].

Медицинская сестра должна знать организацию сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями. Сестринский процесс необходим для осуществления системного подхода к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента.

Главная задача медицинской сестры – решение проблем пациента с хирургической патологией.

Типичными проблемами пациентов с хирургической патологией являются: боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функции кишечника, дефицит самоухода, дефицит общения и др. В хирургии медицинская сестра – основное звено между пациентом и внешним миром. Она должна облегчить боль и страдание, помочь в выздоровлении, восстановлении нормальной жизнедеятельности. Сестринский процесс позволяет медицинской сестре решить проблемы пациента, связанные с его здоровьем [3].

Сестринский процесс необходим в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями, так как помогает понять значимость деятельности медицинской сестры в процессе лечения пациента. Необходима такая организация сестринского процесса в данном случае, чтобы в результате выигрывал пациент. Сестринский процесс помогает точнее выявлять проблемы пациента, и, как следствие, – облегчает взаимоотношения пациента и медицинской сестры. А от этого зависит исход заболевания. Непосредственная работа над составлением индивидуального плана ухода позволяет более четко подойти к решению проблем пациента. Медицинская сестра должна не только решать существующие проблемы, но и определяться с теми проблемами, которые могут возникнуть. В этом медсестре помогает этап составления плана мероприятий по уходу. Необходимость выполнения намеченного плана действий помогает дисциплинировать не только медицинскую сестру, но и пациента.

Установить различные аспекты своей профессиональной деятельности медицинской сестре помогает этап оценки результатов сестринского вмешательства. Когда цели не достигаются, оценка позволяет определить факторы, которые препятствовали достижению намеченной цели.

Сестринский процесс – эффективный способ организации ухода. Однако не стоит переходить из одной крайности в другую. Успех лечения пациента и прогноз заболевания, несомненно, определяются качеством ухода.

да. В послеоперационном периоде можно потерять больного из-за осложнений, возникших при недостаточном уходе (застойная пневмония, пролежни и др.). В настоящее время мы обучаем студентов определению возможных потребностей пациентов, применяя при этом сестринские модели, разрабатываем планы ухода [4].

Учим медицинскую сестру работе с пациентом в рамках тех проблем, которые можно решить в пределах сестринской компетенции.

Таким образом, сестринский процесс в хирургии является разделом сестринской работы в качестве научной основы сестринского ухода, направленный на удовлетворение повседневных потребностей пациента. Однако ни в коем случае нельзя допустить искажения философии ухода.

Литература

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 608 с.
2. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ / Н.П. Ледяева, Г.М. Гайдаров, Н.Г. Сафонова, Н.Ю. Алексеева // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 1. – С. 43-54.
3. Петров С.В. Общая хирургия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 768 с.
4. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии: учеб. пособие для медицинских училищ и колледжей. – М.: ГЭОТАР, 2007. – 720 с.

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО КРУЖКА ПО МИКРОБИОЛОГИИ)

A.B. Свирина¹, В.А. Захарова¹, Ю.В. Мунтян¹, Е.В. Поцелуева²

специальность «Лабораторная диагностика», 4 курс

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (1)

Преподаватель микробиологии

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань (2)

Работа в студенческом учебно-исследовательском кружке по микробиологии затрагивает актуальные темы взаимоотношений мира микробов и человека. Это позволяет шире, чем на аудиторных занятиях, рассмотреть некоторые проблемные вопросы. В текущем учебном году мы рассматривали микробиологические аспекты формирования антибиотикоустойчивости у микробов. В нашем кружке занимаются студенты разных специальностей: «Лабораторная диагностика», «Лечебное дело», «Сестринское дело». Совместная работа позволяет взглянуть на одну и ту же проблему с разных сторон, увидеть аспекты деятельности разных специалистов, и, кроме того, учит эффективному взаимодействию с коллегами в коллективе.

В историческом масштабе антибиотики открыты совсем недавно, менее 70 лет, и за это время взаимоотношения человека и микроорганизмов поменялись кардинально.

Мы подробно изучили историю открытия антибиотиков – работы А.Флеминга, Э. Чайна, Г. Флори. Большое впечатление на нас произвела наша соотечественница – Зинаида Виссарионовна Ермольева – создатель первого отечественного антибиотика. В медицине она прошла большой и сложный путь от экспериментальных замыслов и разработок до вершин отечественной микробиологии. Ее научные труды посвящены изучению холеры, иммунитета, антибиотиков и биологически активных веществ природного происхождения. Работая круглогодично, в чрезвычайно трудных условиях военных лет З.В. Ермольева и ее ученики получали, испытывали на активность, стерильность и безвредность и отправляли в клиники драгоценный препарат – отечественный пенициллин – крустозин. При непосредственном участии З.В. Ермольевой в 1944 г. в Москве был открыт экспериментальный цех, который начал промышленный выпуск жидкого концентрированного пенициллина, который позволил вернуть в строй тысячи раненых и больных, приблизить нашу Победу.

Новатор отечественной микробиологии, талантливый организатор медицинской науки и глубокий исследователь – такой навсегда вошла в историю отечественной медицины Зинаида Виссарионовна Ермольева.

Антибиотики произвели революцию в лечебной практике. После открытия антибиотиков медики надеялись, что еще немного и человечество навсегда избавится от большинства инфекционных болезней. Благодаря им пневмония, туберкулез, гангрена и другие инфекции перестали быть смертельно опасными для человека. Но все оказалось не так просто. Дело в том, что примерно через два года после начала широкого применения антибактериального препарата в медицинской практике у болезнестворных бактерий вырабатывается устойчивость к нему. Потребовалось создание новых антибиотиков, было создано несколько тысяч антибактериальных препаратов. Широкое применение (в том числе самолечение), доступность антибиотиков привели к тому, что с каждым годом "устойчивых" инфекций становится все больше. В результате появились новые генерации микробов, на которых не действуют даже самые сильные препараты. Мы подробно изучили механизмы действия антибиотиков и механизмы формирования антибиотикоустойчивости. В борьбе с лекарственными препаратами бактерии "задействовали" природные генетические механизмы формирования устойчивости.

Для успешного проведения лечения антибиотиками необходимо предварительно определить степень чувствительности к антибиотикам микробов, вызвавших заболевание. Мы изучили методы определения чувствительности культуры микроорганизмов к антибиотикам. Получение корректных данных возможно только при грамотном выполнении всех звеньев бактериологического исследования, взаимодействия медицинской сестры, медицинского лабораторного техника и фельдшера:

- взятия клинического материала и его транспортировка в бактериологическую лабораторию;
- идентификации возбудителя до определения его чувствительности к антибиотикам;
- интерпретации полученных результатов.

Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам применяются классические метод серийных разведений, диско-диффузионный метод, его современная модификация «Е-тест». В настоящее время внедряются новые ускоренные методы с применением автоматических анализаторов, специальные методы обнаружения устойчивости микроорганизмов к антимикробным препаратам. Наука не стоит на месте, и нам необходимо соответствовать современным требованиям и сейчас, и в будущей профессиональной деятельности, постоянно учиться и совершенствовать свои знания и умения.

Чаще всего провести идентификацию возбудителя до начала антимикробной терапии не представляется возможным. В таких случаях использование так называемой "бактериологической статистики" является чрезвычайно важным. Бактериологическая лаборатория ГБУ РО «Консультативно-диагностического центра» является базой практического обучения для специальности «Лабораторная диагностика» и активно сотрудничает с нами во внеаудиторной кружковой работе. Нам были представлены результаты статистического анализа по чувствительности ведущих патогенов к тестируемым антибиотикам за последние годы. Анализировалась микрофлора выделенная в лечебных учреждениях г. Рязани и области. Например, золотистый стафилококк чувствителен в 90-100% случаев к рифампицину, ванкомицину, гентамицину, и фузидину, а кишечная палочка имеет высокую чувствительность к амикацину, меропинему, левомицетину. Владение данной информацией необходимо специалистам клинического профиля. В практике эти данные используют при эмпирическом назначении антибиотиков. Эмпирическое назначение антибиотиков основано на знаниях о природной чувствительности бактерий, эпидемиологических данных о резистентности микроорганизмов в регионе или стационаре и результатах контролируемых клинических исследований. И, надо заметить, что ситуация и по выделенным культурам, и по чувствительности к антибиотикам незначительно, но меняется, и, поэтому необходимо следить за современной информацией, тем более, что в нашем городе есть такая возможность.

Антибиотикорезистентность является актуальной проблемой современной медицины. Мы изучили и обобщили способы предупреждения антибиотикорезистентности. Для того чтобы антибиотики давали терапевтический эффект, а микроорганизмы не выработали к ним устойчивость, необходимо соблюдать определенные правила:

- 1) применение антибиотиков только по показаниям;
- 2) правильный выбор антибиотика со знанием спектра действия;

3) введение в организм антибиотика в терапевтической концентрации, т. е. в дозах, необходимых для подавления роста и размножения микробовозбудителя;

4) определение антибиотикограммы возбудителя, т.е. чувствительности к применяемому лечебному препарату до лечения;

5) правильный выбор способа введения антибиотика;

6) создание активной концентрации антибиотика в организме и поддерживание этой концентрации в течение всего курса лечения, до ликвидации инфекционного процесса;

7) правильное сочетание антибиотиков при комбинированном их применении;

Синтезируются новые поколения антимикробных препаратов, внедряются современные методы лабораторной диагностики, меняются свойства самих микроорганизмов. Проведённая учебно-исследовательская работа показала необходимость непрерывного совершенствования знаний в области антибиотикорезистентности медицинских специалистов разного профиля.

Литература

1. Медицинские лабораторные технологии: руководство по клинической лабораторной диагностике / под ред. проф. А.И. Карпищенского. – М., 2011. – 792 с.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

E.P. Селюженок¹, Т.П. Агафонова²

Студентка 4 курс, специальность «Сестринское дело» (1),

преподаватель

Скопинский филиал

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Скопин (2)

Даже самый гордый, независимый и самодостаточный человек, вдруг заболев, становится слабым и невероятно уязвимым. Он хочет, чтобы ему не просто давали таблетки, делали уколы и ставили капельницы, но также сочувствовали, ласкали, уделяли внимание... Вспоминается сказка из детства: когда знаменитый Карлсон решил, что заболел, он тут же заявил Малышу: «Ты должен стать мне родной матерью!» Примерно того же многие пациенты ждут от медицинских сестер. Медсестра – это моя будущая профессия.

Человек обращается в больницу или поликлинику, когда его что-то беспокоит. И главное в профессиональной деятельности медиков – укрепление и поддержание здоровья. Личность медицинской сестры – помощницы врача, а именно ее моральный облик и профессиональная подготовка – две

основные составляющие, которые не в последнюю очередь определяют успех лечения больных и влияют на качество всей системы здравоохранения.

Хорошая медсестра – это полноценный помощник доктора. Без диплома об окончании среднего специального медицинского учебного заведения сегодня ни в больнице, ни в поликлинике делать нечего. Медицинских сестер в нашем филиале готовят уже более 50 лет и в шутку отмечают, что «приготовление ведется по проверенным рецептам». Однако тут важно не только постичь теорию, но и научиться применять ее на практике. Человек, который идет учиться сестринскому делу, должен быть готов к познанию сути и глубины переживаний и страданий пациента, он должен уметь сочувствовать. Казалось бы, все просто. Но, как показывает практика, далеко не каждый способен воспринимать чужую боль, как свою.

Когда-то главное действующее лицо в моей профессии называлось сестрой милосердия. Первая в мире служба сестер милосердия появилась во времена Крымской войны. Ее создала англичанка Флоренс Найтингейл. Но отметим, что в России женщины ухаживали за больными в госпиталях и лазаретах задолго до этого. Указ об использовании женского труда в лечебницах подписал еще Петр I. Зарождение массового сестринского движения в России произошло в начале XIX века – появилась служба «сердобольных вдов». Женщины, имеющие свободное время, приглашались в госпитали для ухода за больными.

Нужно ли говорить, что этот бескорыстный женский труд вызывал общественное восхищение и уважение. Бывшие крестьянки, женщины из семей разnochинцев, высокородные дамы и даже представительницы царской семьи служили в госпиталях и лазаретах, в том числе и во времена войн! На фронте сестры милосердия объединялись в отряды и организовывали центры помощи раненым. Как правило, они не имели медицинского образования, и необходимые навыки приобретали уже на месте, под руководством военных врачей. Современная медицинская сестра – это та же сестра милосердия, но квалифицированная, обученная, та сестра, которая должна быть всегда рядом с пациентом, которая жалеет больного, слышит его просьбы и пытается помочь. То есть сестра, именно сестра. Как мы относимся к своим братьям, точно так же сестры должны относиться к пациентам, быть всегда рядом. Потому что врач в современных больницах ведет курс лечения, но к больному заходит редко. Медицинская сестра рядом с больным бывает намного чаще. Это очень важно, и я думаю, что не должны отличаться сестры милосердия от медицинских сестер

Кажется, что медицинская сестра должна только умело делать все манипуляции. На самом деле, умело сделанные манипуляции, – это только половина успеха. Очень важно, насколько сестра сумеет найти подход к больному, что он получает от нее. Не могу точно сказать где, но проводили такой опрос: «Вы хотите, чтобы к вам пришла сестра добрая, ласковая, но которая не очень хорошо владеет манипуляциями, не сказать непрофесси-

онально, но что-то у нее может не получаться, либо сестра очень профессиональная, но грубая?». И на удивление большинство людей выбрали, конечно, добрую, ласковую сестру.

А если добрая, ласковая сестра так неумело поставит капельницу, что это повредит больному?

Понятно, что професионализма никто не отменял, и это непременное качество медработника. В нашем филиале к студентам в плане професионализма предъявляются очень высокие требования. Медсестра должна уметь все делать на пять с плюсом, чтобы не растеряться, вовремя и правильно среагировать. Но при прочих равных добрая сестра лучше поможет пациенту. Я уже работаю с пациентами, и я знаю, как люди, попавшие в больницу, нуждаются в тепле и заботе. Как правило, больные люди всегда в сестрах ищут какого-то сочувствия, понимания. Допустим, пациенты говорят какой-то сестре: «Давайте вы будете делать мне укол, а не она». Поэтому что один и тот же болезненный укол двумя сестрами делается по-разному. То есть от сестры более внимательной, кажется, что и уколы не такие болезненные.

Как каждого пациента воспринимать, как первого? Ведь усталость рано или поздно приходит, а тут каждый пациент нуждается в улыбке, заботе, а их десятки, даже больше. Как не устать морально и каждого воспринимать, как единственного?

Нам иногда кажется, что нужно заходить в палату и всегда солнечно улыбаться – совсем нет, быть добрым можно по-разному, и пациенты это чувствуют. Конечно, очень приятно, когда сестра заходит и сразу улыбается. А бывает, важнее просто быть доброй и спокойной, иногда достаточно сказать несколько пациенту: «Сейчас сделаем укольчик», и больше ничего не нужно, чтобы он понял, как настроена к нему сестра. Сейчас часто говорят о том, что социальное служение приводит через какое-то время к эмоциональному и профессиональному выгоранию. Но наша профессия – особенная, и работать в ней должны особенные люди.

Еще Гиппократ считал, что медицинский сотрудник должен быть скромным и сдержаным, добрым и вежливым, постоянно обогащать свои знания и прислушиваться к мнениям коллег, видеть свою цель не в добывании славы и денег, а в облегчении страданий и исцелении больных, в самоотверженном служении людям, которые обращаются к нему за помощью и за советом.

Медицинский гуманизм выражается в активном, естественном стремлении посвятить себя больным и, несмотря на трудности, использовать все ресурсы для восстановления и сохранения здоровья, не причиняя действиями и словами дополнительного ущерба.

Работа медсестры – это тяжелый труд, который требует огромных эмоциональных затрат. Медсестра потому и зовется сестрой милосердия, что она должна уметь сопереживать, внушать больным веру в выздоровление и успокаивать тех, кто пребывает в отчаянии.

Ну и в завершение, интересный факт: ученые Мичиганского Университета (США) провели исследование качества медицинской помощи в стационарах и поликлиниках. Эксперты выяснили: успех выздоровления пациентов на 70-90% зависит не от лечащих врачей, а от рядовых медсестер, их профессионализма, навыков, знаний, оперативности и умения душевно относиться к пациентам. Теперь понятно, кто на самом деле в больнице главный?

ЭТИЧЕСКИЕ И ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

M.I. Семенова

Медицинская сестра функциональной диагностики
ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница,
поликлиника №4, г. Коломна

По заявлению директора научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева Лео Бокерия от 8 февраля 2016 в России болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями около 23 млн. человек, при этом умирают 56,7% из 100 больных. Среди основных причин сердечно-сосудистых заболеваний – атеросклероз. Он имеет разные проявления. Преимущественно атеросклероз поражает коронарные сосуды, и от этого в России умирает 36% людей. От атеросклероза сосудов, питающих головной мозг, или гипертонической болезни, когда возникает инсульт, умирает еще 28% людей [1].

Быстрый темп роста патологий сердечно – сосудистой системы требует от медицинского персонала профессиональной компетенции. Необходимо отметить, что роль младшего медицинского персонала так же важна, как и профессионализм врачей.

Функции медицинской сестры определены Европейским региональным бюро ВОЗ по сестринскому делу.

Первой функцией является осуществление сестринского ухода, например профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи. Эта функция наиболее эффективна, если осуществляется в рамках сестринского процесса. Осуществление сестринского ухода включает в себя:

- оценку потребностей человека и его семьи. Медицинская сестра функциональной диагностики оценивает потребности пациента: проводит с ним беседы с целью профилактики сердечно – сосудистых заболеваний;

- выявление потребностей, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены благодаря сестринскому вмешательству. Определить эти потребности помогает диспансеризация, работа с больным в рамках «Школы здорового пациента»;

- определение первоочередных проблем со здоровьем, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому вмешательству. Процедуры снятия электрокардиографии помогают определить первоочередные проблемы пациента с сердечно – сосудистой системой;

- планирование и осуществление необходимого сестринского ухода; привлечение пациента, а при необходимости членов его семьи, друзей к уходу. Работа с больным в рамках «Школы здорового пациента», сотрудничество с родственниками и близкими пациента с целью повышения грамотности в вопросах профилактики и ухода за больными с сердечнососудистой системой;

- использование принятых профессиональных стандартов. «Медицинская сестра должна иметь квалификацию троекого рода: научную – для понимания болезни, сердечную – для понимания больного, техническую – для ухода за больным». Эти слова Флоренс Найтингел актуальны для определения профессиональных стандартов современной медицинской сестры. Больные с сердечно – сосудистыми заболеваниями, склонны к психологическим переживаниям, эмоциональным реакциям, задача медицинской сестры не навредить, а успокоить, проявив свои лучшие этические, нравственные качества.

Вторая функция – обучение пациентов и сестринского персонала включает:

- оценку знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья. При оценке знаний и навыков пациентов медицинская сестра обращает внимание на пол, возраст, социальный статус, эмоциональное состояние, протекание болезни;

- подготовку и предоставление нужной информации на соответствующем уровне. Информация по особенностям профилактики заболеваний сердечно – сосудистой системы доводится не только в форме беседы и консультации. Для этого существуют информационные стенды, раздаточный материал, участие в диспансеризации и профилактических осмотрах;

- помочь другим медицинским сестрам, пациентам и другому персоналу в получении новых знаний и навыков. Обучение пациентов и сестринского персонала. Оценка знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья. Подготовка и представление нужной информации на соответствующем уровне. Помощь сестрам, пациентам и другому персоналу в получении новых знаний по интересующим вопросам. Применение принятых профессиональных стандартов.

Третья функция – исполнение медицинской сестрой зависимой и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента, – в России только начинает вводиться. Однако без нее сестринское дело не сможет занять должного места в системе здравоохранения. Компонентом этой функции является сотрудничество с пациентом, его семьей, медицинскими работниками в планировании и организации ухода за больным [2].

Четвертая функция – развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности (также только начинает реализовываться).

Основными целями сестринского дела являются:

- объяснение населению и администрации лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;

- развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;

- обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;

- выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Приоритетное развитие сестринского дела обеспечит качественно новый уровень медицинской помощи населению путем эффективного использования медицинских сестер, расширения их профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребности населения [3].

Стратегия сестринской практики должна соответствовать меняющимся потребностям системы здравоохранения; иметь научное обоснование; быть социально приемлемой; обеспечивать общедоступность медицинской помощи (особенно тем группам населения, которые испытывают наибольшую потребность в ней); предоставлять помощь в стенах лечебного учреждения, дома и на уровне семьи; гарантировать высокое качество помощи.

В данной статье рассказывается: быстрый темп роста патологий сердечнососудистой системы требует от медицинского персонала профессиональной компетенции. Необходимо отметить, что роль младшего медицинского персонала так же важна, как и професионализм врачей.

Литература

1. news/section?hl=ru&ned... Лео Бокерия.
2. Гоглова О.О. Биомедицинская этика: учеб. пособие для бакалавров и специалистов / О.О. Гоглова, С.В. Ерофеев, Ю.О. Гоглова. – СПб.: Питер, 2013. – 272 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М, 2012. – 288 с.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО СНИЖЕНИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

M.B. Слученкова

Студентка 3 курса, факультет сестринского дела
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань,
старшая акушерка акушерского отделения

ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр», г. Рязань
Научный руководитель: ассист. кафедры акушерства и гинекологии,
к.м.н. А.А. Супряга,
зав. кафедрой акушерства и гинекологии, доц., к.м.н. Л.М. Соломатина
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Актуальность проблемы перинатальной смертности определяется сохраняющимся в России отрицательным естественным приростом населения. Уровень и структура перинатальных потерь, с одной стороны является основным демографическим показателем, с другой характеризует качество акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в стране и в отдельно взятом регионе.

Следует отметить, что перинатальная смертность – это статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорождённого в период от 22-й недели беременности до 7 суток после рождения (перинатальный период). Рассчитывается на 1000 родившихся. Перинатальная смертность включает случаи мертворождения, а также ранней младенческой смертности, то есть до 7 полных суток от рождения.

Как отмечает Г.М. Савельева, «показатели перинатальной смертности характеризуют как состояние здоровья детского населения, так и уровень социально-экономического благополучия общества в целом» [3].

В настоящее время в целом в стране сохраняются неблагоприятные тенденции репродуктивно-демографических показателей:

- высокая заболеваемость женщин;

- низкие показатели здоровья новорожденных (высокий уровень недоношенности и числа детей низкой массы тела при рождении; внутриутробной гипоксии и асфиксии, продолжающийся рост врожденных аномалий и замедления роста и недостаточности питания новорожденных);

- неблагоприятная структура репродуктивных потерь (рост доли антенатальных потерь и доношенных детей в перинатальной смертности, а также акушерской смерти в материнской смертности) характеризуют не только снижение потенциала здоровья женщин и детей, но и недостаточный уровень акушерской и перинатальной помощи.

Как свидетельствует статистика, в результате наличия научно обоснованной Стратегии по охране здоровья детского населения Российской

Федерации уровень перинатальной смертности не только не увеличился, но и стал проявлять тенденцию к снижению.

Следует, однако, отметить, что при более пристальном рассмотрении видно, что успехи в этой сфере не настолько велики. Отставание России от развитых стран остается существенным. Достигнутый в России в 2015 г. уровень младенческой смертности – 8,14 на 1000 родившихся живыми до сих пор остается более, чем в 3 раза выше, чем во многих развитых странах, существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая и многие бывшие европейские республики СССР (рис. 1).

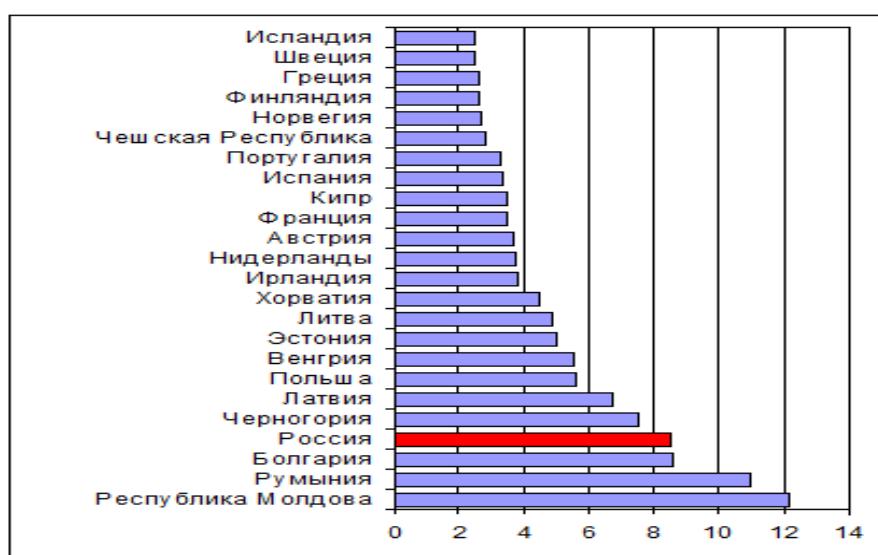


Рис. 1. Младенческая смертность
в некоторых развитых странах в 2015 году [3]

Главной особенностью перинатальной ситуации является устойчивый рост доли антенатальной смерти плода – до 84,3% в структуре мертворождаемости и 54% среди всех перинатальных потерь в 2015 г., что свидетельствует о низком качестве пренатальной диагностики гипоксии плода и недостаточной медицинской помощи женщинам при беременности как в женских консультациях, так и в акушерских стационарах. Негативной особенностью динамики перинатальной смертности является рост в ее структуре доли доношенных плодов и детей, которая достигла половины в структуре мертворождений [1].

Как отмечает Ю.П. Талалаев, «особая роль в снижении перинатальной смертности принадлежит медицинским сестрам, ведь от того, как будут соблюдаться санитарно – гигиенические правила, акушерское пособие в родах, первичный туалет новорождённого, ежедневный уход за малышом, будет зависеть его здоровье в дальнейшем» [5].

Анализ статистических показателей ГБУ РО «ОКПЦ» свидетельствует о том, что на всем протяжении функционирования Центра отмеча-

ется снижение перинатальной смертности в процентном отношении от общего числа родившихся (табл. 1).

Таблица 1
Показатели перинатальной смертности в ГБУ РО «ОКПЦ»
в период с 2012 по 2015 гг.

Показатели смертности	2012г (%)	Абс. число	2013г (%)	Абс. число	2014г. (%)	Абс. число	2015г. (%)	Абс. число
Перинатальная, %	15,31	47	14,85	36	13,86	48	10,22	30
Мертворождаемость	7,17	22	7,01	17	9,24	32	7,15	21
Ранняя неонатальная	8,21	25	7,89	19	4,66	16	3,09	9

Анализируя причины снижения перинатальной смертности, отметим, что во многом это связано с внедрением современных технологий диагностики и лечения новорожденных (искусственная вентиляция легких, мониторинг витальных функций, интенсивный уход).

Увеличение выживаемости детей также связано с совершенствованием системы выхаживания новорожденных, особенно недоношенных и маловесных детей, оснащением современным медицинским оборудованием, повышением профессиональной подготовки медицинских кадров.

В лечении и выхаживании детей в ГБУ РО «ОКПЦ», помимо врачебной помощи, важное значение, имеет труд сестринского персонала, который включает в себя не только умение четко и квалифицированно выполнять назначения, но и умение работать с медицинским оборудованием, правильно читать его показания, настраивать все необходимые параметры.

В ходе исследования установлены основные причины перинатальной смертности в ГБУ РО «ОКПЦ» это: самопроизвольные выкидыши, врожденные пороки развития плода, внутриутробные инфекции плода, гестозы тяжелой степени, отслойка плаценты.

Среди других факторов, влияющих на развитие плода, следует обратить особое внимание на следующие: вредные привычки родителей, поздние сроки постановки на учет.

Наличие данных причин и факторов свидетельствует о необходимости более тщательного исследования плода на разных этапах его развития, постоянное наблюдение за беременными женщинами.

Актуальной в снижении перинатальной смертности является предгравидарная подготовка женщин, которой может заниматься средний медицинский работник, проводя занятия со школьниками старших классов и студентами на темы:

- профилактика ЗППП, абортов, ЗОЖ,
- лекции по половому воспитанию и контрацепции в школах и ВУЗах.

Необходимо разъяснить важность медицинской и психоэмоциональной подготовки к беременности.

Важна работа по индивидуальным проблемам беременной (с целью выявления гестоза на ранней стадии у женщин с избыточной массой тела или ГБ – патронаж, контроль АД, прибавка веса, составление диеты и разгрузочные дни);

Медицинской сестре следует рассказать о симптомах предлежания плаценты – убедить срочно обратиться к врачу и при необходимости лечь в стационар.

При наличии хронической фетоплацентарной недостаточности важно успокоить женщину и убедить в необходимости стационарного лечения (контроль КТГ).

Не следует забывать и о психопрофилактической подготовке женщины к родам.

Таким образом, проблема перинатальной смертности должна решаться комплексно. И в комплексе данных мероприятий важнейшее место принадлежит среднему медицинскому персоналу, который играет огромную роль в сохранении здоровья младенцев, выполняя значительный объем работы по уходу за новорожденными, медицинские манипуляции, профилактике внутрибольничных инфекций.

Несмотря на создание перинатальных центров в различных регионах нашей страны, на модернизацию системы здравоохранения, создание выездных акушерских и неонатологических бригад проблема перинатальной смертности остается актуальной, хотя её показатели за последние годы снижаются по сравнению с предыдущими.

В этой связи неоценима роль среднего медицинского персонала не только на этапах беременности, родов и выхаживания детей, но и на этапе профилактической работы. Только комплексная работа по всем направлениям может привести к положительному результату.

Литература

1. Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 15-20.
2. Венглинская Е.А., Параконский А.П. Роль и задачи медицинских сестер с высшим образованием в современном обществе // Альманах сестринского дела. – 2013. – № 1. – С. 34-41.
3. Российский статистический ежегодник: статистический сборник. – М.: Госкомстат России, 2010-2015.
4. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – №2. – С. 100-105.
5. Талалаев Ю.П. Роль медицинской сестры в акушерском стационаре // Медицина. – 2014. – №1. – С. 5-12.

АТТЕСТАЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КАЧЕСТВА НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА

Г.П. Сметанина, В.Н. Сметанин, Н.А. Пронина, Н.В. Сметанин

Преподаватели, к.м.н., доц.

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Профессиональное самосовершенствование – процесс непрерывный. Медицинское мастерство, зрелость, профессионализм требуют постоянно-го развития медицинской рефлексии, самооценки. Именно адекватная оценка труда со стороны самого медицинского работника и государства позволит обеспечивать повышение его качества.

Средством мониторинга профессионализма медицинских работников среднего звена в здравоохранении выступает их аттестация на основе экспертной оценки деятельности аттестуемого.

Создание системы аттестации было направлено на объективную оценку профессионального уровня и компетентности медицинских и фармацевтических работников, которых они достигают в течение всей своей трудовой деятельности в процессе непрерывного профессионального обра-зования, а также на определение того, насколько специалист способен выполнять свои должностные обязанности.

Одним из показателей качества профессиональной подготовки спе-циалиста на последипломном этапе является наличие у него квалификационной категории.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Рос-сии на период до 2020 года выдвигает требования к рациональному ис-пользованию имеющихся ресурсов, в том числе и человеческих, конкурен-тоспособных на рынке труда. Одной из приоритетных задач государствен-ной политики в области здравоохранения на долгосрочную перспективу яв-ляется формирование системы, обеспечивающей улучшения качества медицинской помощи на основе повышения мотивации медработников к качественному труду, развития непрерывного медицинского образования и внедрения передовых медицинских технологий.

Одним из механизмов государственного контроля за качеством под-готовки специалистов на всех этапах профессионального развития являет-ся система аттестации, основанная на взаимодействии непрерывного про-фессионального обучения специалистов с ростом их профессионализма, повышением качества работы и позволяющая обеспечивать конституцион-ные права граждан на получение медицинской помощи необходимого объ-ема и надлежащего качества, гарантированной государством.

Аттестации работников здравоохранения направлена на стимулирование роста квалификации, профессионализма на основе непрерывного профессионального образования, продуктивности медицинского труда, развитие творческой инициативы, обеспечение социальной защищенности работников медицинской отрасли в условиях рыночных отношений путем дифференциации оплаты их труда.

К основным задачам аттестации относятся:

- целенаправленное непрерывное повышение профессионального уровня медицинских работников;
- установление соответствия между качеством и оплатой труда;
- управление качеством непрерывного профессионального образования для создания оптимальных условий развития личности.

Аттестация является важнейшим инструментом системы управления кадровыми ресурсами и механизмом профессионального развития медицинского персонала.

Аттестация как социальный механизм выполняет следующие функции:

- диагностическую, или оценочную, – изучение и оценка деятельности, поведения, личности медицинских специалистов в целях их наиболее правильного использования;
- прогностическую, которая заключается в определении возможностей, способностей работника к дальнейшему росту, совершенствованию, в уточнении перспектив каждого конкретного специалиста;
- корректирующую, которая состоит в определении каких-либо специальных мероприятий или конкретных направлений работы по изменению некоторых элементов деятельности и поведения специалистов;
- воспитательную – воздействие на личностные качества работника, в первую очередь на его мотивационную сферу к дальнейшему совершенствованию

На базе Центра дополнительного профессионального образования Рязанского медицинского колледжа проходят аттестацию медицинские работники со средним медицинским и фармацевтическим образованием Рязанской области.

Центральная аттестационная комиссия по аттестации медицинских работников, имеющих среднее медицинское и фармацевтическое образование, утверждена приказом Министерства здравоохранения Рязанской области № 279 от 25 марта 2009 г

Правовые основы аттестации медицинских и фармацевтических работников установлены Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказом Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»; Приказом министерства здравоохранения Рязанской области от 28.05.2015 г. № 982 «Об

аттестации врачей и других специалистов с высшим образованием, средних медицинских и фармацевтических работников», протоколами заседаний экспертных групп.

На основании указанных документов, квалификационные категории (вторая, первая, высшая) присваиваются по результатам квалификационного экзамена в соответствии с утвержденной Номенклатурой специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации каждые пять лет.

По данным Центральной аттестационной комиссии Рязанской области на конец 2015 года 11 413 медицинских работников среднего звена имеют квалификационные категории по 26 специальностям, вторую категорию – 1083 специалиста, первую – 4024 и высшую – 6306 (табл. 1).

Таблица 1

Года	Численность среднего медперсонала	Всего аттестовано чел.	%	Высшая категория	%	Первая категория	%	Вторая категория	%
2011	13113	2495	19,0	1170	9,0	1037	8,0	288	2,0
2012	12856	2067	16,0	1043	8,0	835	6,5	189	2,0
2013	12576	2561	20,0	1329	10,0	938	7,5	294	2,0
2014	12361	2131	17,0	1357	11,0	619	5,0	155	1,0
2015	12361	2159	17,0	1407	11,0	595	5,0	157	1,0
Всего	Ср.год.численность 12 805	11413	89,0	6306	49,0	4024	32,0	1083	8,0
Коэффициент аттестованности		0,89		0,49		0,32		0,08	

Исходя из среднегодовой численности среднего медицинского персонала за пять лет – 12805 человек и общего количества, аттестованных за этот же период – 11413, нами рассчитан коэффициент аттестованности медицинского персонала среднего звена на конец 2015 года как в общем разрезе – 0,89, так и по категориям: вторая – 0,08, первая – 0,32, высшая – 0,49.

Среди медицинских работников среднего звена наблюдается стремление повышать свой профессиональный уровень, поднимаясь по ступеням второй, первой и высшей квалификационных категорий. Анализ данных за тот же период показывает, что численность среднего медицинского персонала из года в год уменьшается. Количество среднего медицинского персонала, имеющих высшую категорию ежегодно возрастает, вследствие уменьшаю-

щегося количества, имеющих первую. Присвоение второй квалификационной категории так же имеет тенденцию к снижению. Данные свидетельствуют о нарастании процесса «вымывания» из медицинских учреждений региона высококвалифицированных кадров наиболее работоспособного возраста и являются косвенным признаком происходящего процесса «старения» медицинских кадров, незначительном притоке молодых специалистов в сферу территориального здравоохранения. В этом заключается региональная специфика отрасли в областях, граничащих со столичным регионом. На основании анализа показателя удельного веса средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, получена возможность исследовать динамику изменения уровня квалификации медицинского персонала и демографического процесса. Анализ рассматриваемых показателей подтверждает, что процесс аттестации медицинского персонала – явление социальное, эволюция которого зависит от множества факторов развития общества в целом и медицинского сообщества в частности.

Организация и проведение аттестации являются частью кадровой политики министерства здравоохранения Рязанской области что, несомненно, способствует улучшению кадров здравоохранения.

Аттестация – одна из форм повышения квалификации специалистов, механизм оценки уровня качества непрерывного профессионального образования и профессионального развития медицинского и фармацевтического персонала, позволяет максимально раскрыть потенциал сотрудников, создать условия для профессионально роста работников, улучшить качество работы, дает реальную отдачу на вложенные материальные ресурсы.

Литература

1. Акулина Т.И. Проблемы образовательной подготовки медицинских работников в России // Социальное и пенсионное право. – 2012. – № 4. – С. 32-37.
2. Состояние здравоохранения и здоровья населения в Рязанской области // Ст. сб. Федеральной службы гос. стат. по Рязанской обл. – 2010-2014.
3. Ястребова Е.А., Дехнич С.И., Угненко И.М., Цепов Л.М. Исследование показателя аттестованности на примере анализа работы аттестационной комиссии при департаменте Смоленской области по здравоохранению // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Вып. 3, т. XVI.

РАЗВИТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

H.A. Спичка

Студентка 3 курс, факультет сестринского дела
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Научный руководитель: к.м.н. С.Н. Котляров
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Здоровье каждого человека по праву считается достоянием любого государства, и является одним из важнейших показателей уровня жизни. Профилактическая деятельность рассматривается как одно из приоритетных направлений государственной политики в области оздоровления. А основными задачами профилактической работы являются формирование убеждений в необходимости здорового поведения, развитие навыков здоровьесберегающего образа жизни и предотвращение поведения, которое сопряжено с риском для развития заболеваний каждого человека и общества в целом.

Перед системой подготовки медицинских кадров стоит значимая задача – выпуск специалистов квалифицированных в вопросах профилактики различных заболеваний. Каждый медицинский работник обязан владеть современными методами проведения профилактических мероприятий, должен направлять свои силы на профилактику различных заболеваний. Медицина выйдет на новый уровень только тогда, когда профилактические меры будут иметь приоритет по отношению к лечению.

Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома и другие медицинские организации много лет назывались лечебно-профилактическими учреждениями.

Профессиональный модуль ПМ 01 «Проведение профилактических мероприятий» является частью программы подготовки специалистов среднего звена в соответствии с ФГОС по специальности 34.02.01 Сестринское дело в части освоения основного вида профессиональной деятельности.

ПМ 01 «Проведение профилактических мероприятий» входит в систему обучения профессиональных медиков не только как информационный и обучающий предмет, но в первую очередь – как воспитывающий. От того, каким образом студенты будут знакомиться с задачами диагностики, оценки, решением проблем со здоровьем, будет зависеть их собственный стиль работы с пациентом. Поэтому учебный процесс должен строиться с учетом жизненного опыта обучающихся, путём общения, используя приемы коммуникативного обучения. Тогда студент в каждом пациенте увидит личность с его проблемами, заботами, будет решать проблемы сохранения и укрепления здоровья конкретного человека, а не пользоваться единой схемой для всех.

ПМ 01 «Проведение профилактических мероприятий» способствует формированию у обучающихся общих компетенций, а также таких важных профессиональных компетенций как:

1. Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.
2. Проведение санитарно-гигиенического воспитания населения.
3. Участие в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

С целью овладения указанными профессиональными компетенциями обучающийся, в ходе освоения профессионального модуля, должен иметь практический опыт проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода; уметь обучать население принципам здорового образа жизни, проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия, консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики, консультировать по вопросам рационального и диетического питания, организовывать мероприятия по проведению диспансеризации.

Задача ПМ.01 «Проведение профилактических мероприятий» – формирование активного отношения к своему здоровью, повышение значимости и ценности здоровья для человека. Поэтому преподаватель данной дисциплины обязан не только сформировать у обучающихся достаточные знания в области профилактики заболеваний, но и привить навыки организатора здорового образа жизни.

Каждый медицинский работник должен помнить, что только его личный пример оздоровления, образа жизни в целом может быть условием убедительной пропаганды населения.

Цель ПМ.01 «Проведение профилактических мероприятий» обучение студентов проведению мероприятий по сохранению и укреплению здоровья у различных возрастных групп населения, организация здравоохраняющей среды, проведение санитарно-гигиенического просвещения населения. Успешность усвоения материала модуля зависит от наличия мотивации к обучению у студентов, поэтому перед преподавателем стоит важная задача – создать такую мотивацию, которая бы, в итоге, стала мировоззрением будущего медика, побудившим его к правильному гигиеническому поведению. В учебном процессе рекомендуется шире использовать методы обучения, разнообразить формы самостоятельной работы обучающихся с целью развития творческих способностей будущих специалистов и усиления индивидуальной подготовки.

Занятия целесообразно проводить на базе специализированного кабинета основ профилактики или кабинетов здорового образа жизни медицинских организаций, восстановительных, профилактических центров, центров здоровья.

В своей профессиональной деятельности, я как преподаватель ПМ 01 «Проведение профилактических мероприятий» в медицинском училище, ак-

тивно работаю над формированием у своих студентов практических навыков и профессиональных компетенций необходимых для успешной и грамотной, а самое главное результативной профилактической работы с населением.

На протяжении последних лет, (с 2012 года), я со своими студентами активно сотрудничаю с отделением профилактики ГБУЗ МО «Егорьевская ЦРБ». Мы ведём постоянную и плодотворную работу по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у населения района: помогаем в проведении профилактических мероприятий на базах ЛПУ района, образовательных, социальных и прочих муниципальных учреждений района. Наше сотрудничество взаимополезно: как для отделения профилактики – в нашем лице они нашли надежных партнёров, так и для нашего учебного заведения, т.к. это возможность получения практического опыта проведения профилактических мероприятий для различных категорий населения нашими студентами, что очень ценно.

Ежегодно мы принимаем активное участие в проведении Дня борьбы с сахарным диабетом.

Формы проведения данных дней здоровья варьируют. Такие мероприятия проводятся не только в городе, но и с выездом в сельские населенные пункты.

Мы проводим тематические лекции, сопровождаемые презентацией, анкетируем собравшихся, с целью выявления риска возникновения сахарного диабета 2 типа, проводим викторины. Студенты определяют уровень глюкозы крови всем желающим, измеряют артериальное давление, вес, рост, рассчитывают индекс массы тела. Мероприятия интересны и, самое главное, всегда полезны для собравшихся.

Важность и полезность проведения профилактических дней для пациентов и населения в целом очевидна. Вместе с этим нельзя недооценивать огромную пользу и важность участия в таких мероприятиях студентов нашего училища, ведь это позволяет получить практический опыт проведения профилактической работы с населением, что необходимо в подготовке специалистов среднего медицинского звена.

Ярким моментом нашей студенческой профилактической деятельности оказалось участие студентов в Дне женского здоровья в сентябре 2014 года. Студенты в качестве волонтёров помогали в проведении приёма специалистам Московского областного научно-исследовательского института имени Владимираского: определяли уровень глюкозы крови при помощи глюкометров; определяли уровень гемоглобина на портативном анализаторе; измеряли вес и рост пациенток, вычисляли индекс массы тела; измеряли показатели артериального давления. Затем прослушали цикл тематических лекций посвященных заботе о женском здоровье.

Ежегодно мы уделяем большое внимание борьбе с таким важным фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний как курение.

Акции, внеаудиторные и профилактические мероприятия с населением по данной проблеме постоянны в нашей работе. Мы ищем новые, креативные пути достижения успеха в этой борьбе.

Интересным практическим решением проведения профилактической акции, посвященной борьбе с табачным дымом, стал профилактический марафон для сотрудников и пациентов ГБУЗ МО «Егорьевская ЦРБ». В ходе этой акции студенты меняли сигареты на конфеты; измеряли объем выдоха при помощи надувания воздушных шаров; демонстрировали ролики социальной рекламы по пропаганде здорового образа жизни; распространяли буклеты с практическими советами по отказу от курения, разработанные своими силами.

2015 год был объявлен в России годом борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями. На базе одного из крупных торговых центров нашего города мы, совместно с отделением профилактики, провели акцию для населения «Найди время для своего здоровья». Во время мероприятия мы провели массовый скрининг показателей артериального населения у посетителей и персонала торгового центра. Также в ходе нашей профилактической деятельности мы проводим профилактические лекции по разным темам для различной аудитории; тематические профилактические викторины и прочие виды пропаганды здорового образа жизни и мероприятия профилактической направленности.

Качество работы среднего медицинского персонала является индикатором состояния всего здравоохранения нашей страны в целом.

Одной из ключевых обязанностей медицинского работника является обучать население не только гигиеническому поведению, направленному на сохранение собственного здоровья, но и ответственности за здоровье других; участию в создании и усовершенствовании укрепляющих здоровье условий жизни и труда, полноценному выполнению людьми их разнообразных социальных функций. Медсестра должна индивидуально подходить к каждому пациенту при проведении профилактических мероприятий, обладать профессиональными знаниями, педагогическими и коммуникативными навыками, своим примером убедительно доказывать преимущества правильного, здорового образа жизни.

Литература

1. МДК 02.01.Основы профилактики: ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий / под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. – Ростов н/Д: Феникс, 2016.
2. Организационные принципы технологии профилактики XXI века / Т.В. Яковлева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 6.
3. Приказ Минобрнауки России от 12.05.2014 № 502 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2014 № 32766).

4. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 2010. – № 4.

5. Яковлева Т.В. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2015. – Т. 18, № 3.

ПРОФИЛАКТИКА ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА В РАБОТЕ АКУШЕРКИ

A. Старикова

Студентка гр. 2302, специальность «Акушерское дело»

Научный руководитель: преп. Е.А. Левандовская

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В настоящее время актуальность проблемы ФАС возрастает, т.к. всё большее количество женщин употребляют алкоголь во время беременности, начиная с подросткового возраста и не задумываясь о последствиях, что приводит к врождённым уродствам и инвалидности у плода. Фетальный алкогольный спектр нарушений – расстройства, вызванные пренатальным воздействием алкоголя и описывает диапазон нарушений у ребенка, мать которого употребляла алкоголь в течение беременности. Эти нарушения могут проявляться на протяжении всей жизни и включать ограничение физического и умственного развития, отклонения в поведении, снижение способности к обучению.

Цели и задачи исследования: определить потребность людей в информировании о влиянии алкоголя на здоровье женщины и ребёнка, определить целевую группу воздействия и технику работы.

Мы провели анкетирование студенток ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», основные вопросы которого были следующие:

1. Когда Вы впервые употребили алкоголь?
2. С кем Вы впервые употребили алкоголь?
3. Употребляете ли Вы алкоголь в настоящее время?
4. Достаточно ли Вы информированы о влиянии алкоголя на здоровье женщины и ребёнка?
5. Полный отказ от употребления алкоголя

Результаты исследования:

После проведённого опроса по результатам анкетирования мы выяснили, что

- у всех опрошенных 100% информированность о влиянии алкоголя на здоровье женщины и ребёнка;
- 73,8% – впервые употребили алкоголь до 18 лет; 45,2% – регулярно употребляют алкоголь в кругу семьи, а 54,8% – в компании друзей; 82%

студенток уже пробовали алкогольные напитки; с 50% студенток беседовали о полном исключении потребления алкогольных напитков

На основании результатов исследования мы определили, что потребности в информировании о влиянии алкоголя на здоровье женщины и ребёнка нет. Целевую группу воздействия составляют подростки и семья. В период подросткового возраста осуществляется выбор в основных жизненных сферах, формируется мировоззрение, определяется гендерная и социальная роли. Учитывая, что все опрошенные имели опыт общения со взрослыми по проблеме потребления алкоголя, наиболее вероятно, что толерантное отношение взрослых к приему алкоголя подростками оказывает в дальнейшем большое влияние на потребление алкоголя молодыми женщинами, в том числе и во время беременности. Учитывая достаточно терпимое отношение среди членов семьи к потреблению алкоголя подростками, необходимо включать освещение этих вопросов в образовательных учреждениях.

Техника работы в воздействии на подростков и семьи заключается не в информировании их о влиянии алкоголя на здоровье женщины и ребёнка, а ставится акцент на мотивацию прекращения употребления алкоголя подростками как с друзьями, так и в кругу семьи. Также в беседе с подростками ключевую роль играют психологи, т.к. тут немаловажен психологический аспект. Правильная помощь психолога во многом определяет жизненные ориентиры подростка и помогает ему сделать нужный выбор и принять верное решение. Цель психологического вмешательства – ориентированная на проблемы подростка беседа или консультация для повышения готовности к перемене образа жизни, предполагающий передачу информации в форме, снижающей сопротивление. При воздействии психолога важную роль играют свойства личности подростка: внимание, память, мышление и воображение. Профессионал опирается на готовые решения, наработанные другими, в совершенстве разбирается во всем многообразии необходимых для работы методик, в курсе последних достижений в своей области. Знание устройства психологических защит при общении с людьми значительно лучше помогает понимать их. Сам психический процесс и его результаты отнесены к разным предметам: первый – к органу, в котором происходит; второй – к внешним объектам, никак с этим органом не связанным. Например, результаты восприятия какого-либо предмета можно описать только через свойства этого предмета: цвет, величину, объем, твердость и т.п.; результаты мышления – в признаках объектов, связи между которыми оно отражает; эмоции – в отношении к событиям, их вызвавших. Однако самое удивительное свойство высших психических процессов – «спонтанная активность» (Л.М. Веккер). Начиная от самых простых действий и до проявлений разумности и нравственности, психическая активность напрямую не зависит ни от физиологии организма, ни от внешних влияний. Говоря проще, одно и то же событие вызовет у разных людей разную реакцию и сказать заранее, как отреагирует человек на что-то с полной уверенностью

нельзя. В отсутствии жестко предзаданной во всех деталях и фиксированной программы действий и заключается принцип свободы высших психических процессов. Необходимо предоставить самому подростку ответственность за изменение, выбор цели и способ изменений, поддержать уверенность подростка в его возможности изменить поведение.

В работе с алкогольной проблемой акушерка должна понимать свою ответственность за здоровье пациента, иметь представление о влиянии алкоголя на плод, а также иметь навык и уверенность в возможностях своего влияния на пациента. Доброжелательный стиль и неконфронтационные методы, используемые обученным персоналом, приводят к снижению потребления алкоголя во время беременности. Самые эффективные методы интервенции – подходы без моральных и волевых предписаний, фокусирующиеся на сокращении потребления алкоголя без критики или провокации чувства вины. Положительных результатов достигают те специалисты, у которых есть знания в области методов вмешательств, оптимистическое отношение к возможному изменению, сопереживающий стиль, искренность и уважение по отношению к пациенткам, способность избегать конфронтации и споров, которые вызывают защитную реакцию у пациенток, и позитивный опыт обсуждения проблем, связанных с употреблением алкоголя.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО» КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

О.С. Стародубцева¹, А.А. Шестакова², Л.В. Богословская³

К.м.н., доц. кафедры социальной гигиены и организации
санитарно-эпидемиологической службы (1)

Заместитель начальника системы менеджмента качества (2)
Начальник отдела производственной практики, статистики
и учета личных дел студентов (3)

Уральский государственный медицинский университет

В Российской Федерации повышение качества образования выделено как приоритетное направление развития образовательной системы на современном этапе ее модернизации.

Качество образования – совокупность свойств образования, обуславливающих его способность удовлетворять определённые потребности гражданина, общества, государства в соответствии с назначением этого образования [4].

Требования, предъявляемые работодателем к специалисту, предполагают готовность выпускников к качественному выполнению профессиональных обязанностей уже на начальном этапе трудовой деятельности. Ак-

тивная позиция обучающихся по оценке предоставленных им образовательных услуг дает возможность своевременно корректировать основные профессиональные образовательные программы высшего образования.

В 2015 году проведено исследование мнения студентов медико-профилактического факультета ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России об организации образовательного процесса на медико-профилактическом факультете. Впервые изучение мнения потребителей образовательных услуг проведено в 2008 году. На первом этапе исследования было опрошено 70 студентов выпускного, шестого, курса медико-профилактического факультета.

Цель исследования -изучение удовлетворенности непосредственных потребителей образовательных услуг, студентов медико-профилактического факультета, качеством организации образовательного процесса и производственной практики.

Анкета состояла из 5 вопросов с предложенными вариантами ответов от 0 (неудовлетворительная оценка) до 4 (очень высокая оценка) баллов, а также возможностью самостоятельного выражения пожеланий и предложений респондента.

В опросный лист были включены вопросы оценки организации учебного процесса на факультете (учебные комнаты, оснащенность, преподаватели, расписание), организации производственной практики в лечебно-профилактических учреждениях, органах и учреждениях Роспотребнадзора.

После анализа полученных данных проведены корректирующие мероприятия по оптимизации проведения производственной практики студентов медико-профилактического факультета:

- Раздел «Организация прохождения производственной практики студентов 5 курса» ежегодно включается в План совместной работы медико-профилактического факультета УГМУ, Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»;

- Заключен договор на проведение производственной практики студентов 5 курса медико-профилактического факультета на базах Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»;

- Организация прохождения производственной практики студентов 5 курса неоднократно обсуждена на заседаниях Ученого совета медико-профилактического факультета, по их итогам: проведена коррекция рабочих программ производственных практик; проведены семинарские занятия в 1, 2 дни и в течение производственной практики специалистами Управления с целью ознакомления студентов с правилами организации работы в органах и учреждениях Роспотребнадзора и перечнем нормативных актов,

регламентирующих их деятельность; усилен контроль со стороны непосредственных руководителей (сотрудников Роспотребнадзора и ЛПУ).

После проведения корректирующих мероприятий повторно проведен опрос студентов в 2015 году (43 человека, 6 курс).

В целом, потребителей устраивает качество организации обучения на медико-профилактическом факультете. Следует отметить повышение качества организации и проведения производственной практики в органах и учреждениях Роспотребнадзора и, в целом, за весь период обучения.

Вместе с тем, недостаточными остаются практические умения, освоенные за период обучения, по всем дисциплинам учебного плана и не оправдываются ожидания студентов от практики в медицинских организациях (ЛПУ). Результаты представлены на рисунке 1.

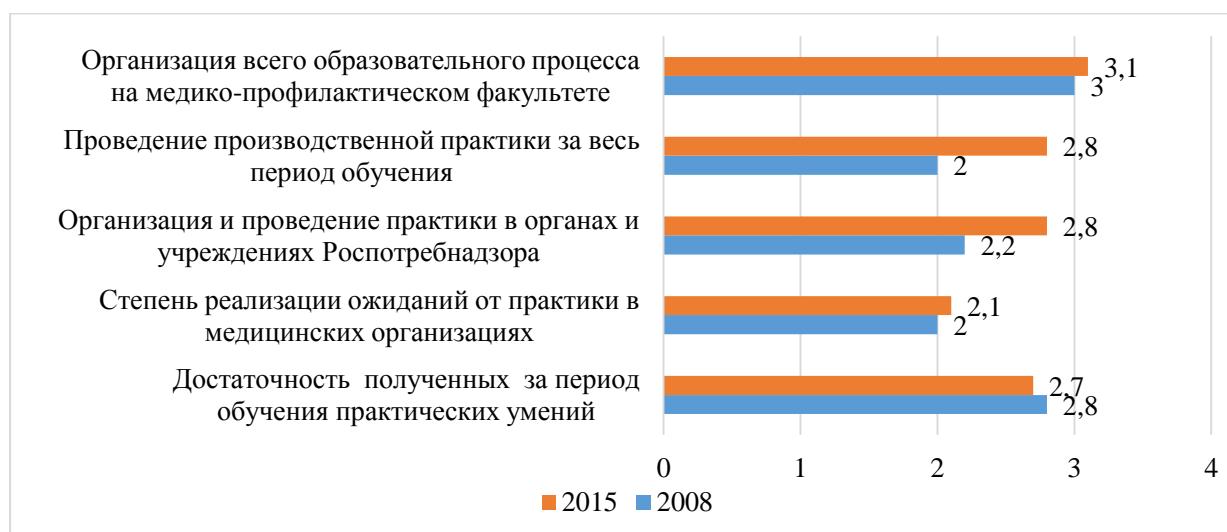


Рис. 1. Общая картина удовлетворенности студентов медико-профилактического факультета (статистически достоверно ($p<0,05$)

Проблемы по организации производственной практики, выявленные при анкетировании студентов:

1. Недоверие со стороны медицинского персонала, незаинтересованность непосредственных руководителей практики в ЛПУ;

2. Отсутствие возможности участия в выездных проверках Роспотребнадзора.

Основные предложения студентов по оптимизации процесса:

1) Проходить учебные дисциплины и производственную практику по профилю факультета, начиная с младших курсов;

2) Больше времени выделять на отработку практических умений.

Выводы: анализ динамики проведенных исследований продемонстрировал рост уровня удовлетворенности потребителей образовательных услуг в 2015 году по сравнению с 2008 по всем показателям. Данные результаты были достигнуты путем проведения корректирующих и преду-

преждающих мероприятий после первого исследования. Изменения организации и содержания образовательного процесса подразумевают оценку обучающимися степени своего участия в образовательном процессе. Результаты исследования отражают критичность оценки студентами собственных результатов обучения.

Литература

1. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273 «Об образовании в Российской Федерации». – М., 2012.
2. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060105 Медико-профилактическое дело, 2010. – М., 2010. – 42 с.
3. Кутепов С.М., Давыдова Н.С. Востребованные выпускники – системообразующая цель развития вуза // Аккредитация в образовании. – 2015. – № 5. – С. 38-40.
4. Управление качеством: учебник / М.Б. Щепакин [и др.]. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 256 с.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ В РАБОТЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО КРУЖКА, КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Т.Я. Степанова

Преподаватель высшей квалификационной категории
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Интенсивное развитие общества невозможно без роста творческого и нравственного потенциала его граждан, без развития их активности, инициативы и способностей. Это касается и современного здравоохранения, в котором усиливается роль медицинского персонала среднего звена и, следовательно, возрастает значение дальнейшего развития научных исследований в сестринском и фельдшерском деле. Для этого требуется высокая профессиональная творческая активность специалистов, основы которой необходимо закладывать и развивать в процессе получения образования в медицинском колледже. Как известно, с 15-17 лет у детей активно развиваются интеллектуальные способности, и на их основе программируется базисное умение думать. В этом возрасте учащиеся поступают в медицинский колледж. И важнейшей задачей колледжа становится оказание помощи студентам в раскрытии своих способностей в этот жизненный период. Одним из традиционных способов решения этой задачи является организация внеаудиторной творческой деятельности студентов, в т. ч. в предметных кружках. К участию в работе кружка студенты привлекаются на

добровольных началах. Такая форма является наиболее эффективной для развития исследовательских и научных способностей у студентов. Это легко объяснить: если студент за счёт свободного времени готов заниматься вопросами, какой-либо дисциплины, то снимается одна из главных проблем преподавателя, а именно мотивация студента к занятиям.

Основными задачами медицинского кружка являются:

- расширение теоретического кругозора студентов, изучающих разделы клинических дисциплин,

- привлечение студентов к исследовательской работе по социально значимым заболеваниям,

- воспитание устойчивых навыков самостоятельной исследовательской работы, развитие творческого мышления и поиска оптимального подхода к решению практических вопросов,

- привлечение внимания студентов к ребенку, его здоровью, к роли Матери и Отца в семье,

- активное участие студентов в научных конференциях, конкурсах научных студенческих работ.

Участие в работе кружка способствует формированию у студентов не только общих и профессиональных компетенций, но и творческого отношения к проблемам здравоохранения, своей будущей деятельности.

Исследовательская работа студентов в текущем учебном году проводилась по выявлению причин роста сахарного диабета у детей и определению роли среднего медицинского персонала в профилактике данной патологии у детей.

Методология исследовательской работы включала сбор и анализ теоретических данных по причинам сахарного диабета у детей, статистических данных по распространенности сахарного диабета в мире, Российской Федерации, Рязанской области, анкетированию студентов колледжа и пациентов педиатрического отделения детской областной клинической больницы г. Рязани. Проведен анализ статистических данных заболеваемости сахарным диабетом 1 типа у детей и подростков в отделении эндокринологии областной детской клинической больницы г. Рязани за 2012-2015 год.

В результате было выявлено, что за изученный отрезок времени, 4 года, заболеваемость возросла на 31%, чаще заболевание начинается в подростковом периоде, чаще болеют мальчики, у 57% детей есть прямая наследственная предрасположенность, почти в 30% толчком к проявлению заболевания послужило вирусное заболевание или травмы, чаще болеют городские дети.

Анкетирование студентов колледжа выявило, что 7% имеют родственников с сахарным диабетом, что является высоким риском развития патологии, а 6% респондентов болеют сахарным диабетом. У 16% опрошенных студентов есть друзья и знакомые с сахарным диабетом, хотя сами они не входят в группу риска. Этот вопрос в анкету был поставлен с целью проведения у этих студентов самоанализа и повода подумать о здоровом образе жизни.

Результаты проведенного анализа подтвердили теоретические данные о возможных причинных развития сахарного диабета у детей. Студентами сделаны выводы по направлениям деятельности медицинского работника по профилактике сахарного диабета у детей, сделаны буклеты для родителей по профилактике данного заболевания.

В процессе анализа возникли вопросы, требующие дальнейшего изучения:

- влияние беременности на развитие сахарного диабета, диабет беременных,
- предрасполагающие факторы и тревожные симптомы по развитию сахарного диабета у детей младшего и подросткового возраста,
- почему мальчики чаще болеют сахарным диабетом и так далее.

Считаю, что если у студентов возникли такие вопросы, основная цель достигнута, появился интерес, а так же есть мотивация к ведению здорового образа жизни. В следующем году это исследование необходимо продолжить.

Студенты самостоятельно изучили большое количество дополнительных литературных источников, приобрели бесценный опыт самостоятельной исследовательской работы. Результаты были представлены на открытом заседании педиатрического кружка.

Литература

1. Шкляр М.Ф. Основы научных исследований. – М., 2008.
2. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума: учебное пособие для студентов вузов / М.А. Холодная. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 384 с.
3. Усачева И.В., Ильясова И.И. Формирование учебной исследовательской деятельности. – М., 2001.
4. Полат. – М.: Изд-й центр АКАДЕМИЯ, 2003. – 272 с.
5. Интернет-ресурсы: <http://medpoisk.ru/>; <http://www.viniti.ru/>; <http://www.zdorovie.ru/>

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОДИНОКИМ И ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

E.H. Судникова

Старшая медицинская сестра терапевтического отделения поликлиники
ГБУ РО «Городская клиническая больница № 4», г. Рязань

Медицинское и социальное обслуживание – это всё то, что получает пожилой и одинокий человек за счёт общественных фондов потребления полностью либо частично.

Социальная и медицинская помощь это необходимое дополнение к денежным выплатам, повышающая эффективность всей государственной системы медицинского и социального обеспечения.

Работа с пожилыми и одинокими гражданами достаточно сложный участок в медицинской и социальной работе. Положив в основу профессионализма – уважение к пожилому возрасту со стороны молодых сотрудников, чуткое, внимательное и заботливое наблюдение за другими, умение понять мир переживаний, доверие и помочь в адаптации пожилых людей, можно перенести психические и физические нагрузки, связанные с уходом за пожилыми людьми [3].

Медицинский и социальный работник должен обладать уникальными качествами, чтобы удовлетворить потребности своих подопечных. Проблемы, возникающие у пожилых людей в социальной, экономической и этической жизни, убеждают в важности предоставления им многоцелевой медицинской и социальной помощи [4].

Ежегодно численность пенсионеров увеличивается. Старение – разрушительный процесс, протекающий в результате возрастающего с возрастом, повреждающего действия внешних и внутренних факторов.

Пожилые и одинокие люди можно являются наиболее социально-незащищенными категориями населения, которые нуждаются в особом внимании со стороны государства.

Недостаточность заботы и внимания к пожилым и одиноким людям, ветеранам, не точный учёт их объективных потребностей и нужд обязывает перейти от призывов об улучшении и совершенствовании их медицинского и социального обслуживания к радикальным мерам. Таким как созданию в стране широкой системы медицинского и социального обслуживания пожилых и одиноких граждан, которая станет неотъемлемой частью единой государственной системы медицинского и социального обеспечения [1].

Удовлетворение потребностей пожилого человека реально, когда оно наделено юридическим правом требовать от соответствующего компетентного органа предоставления материального обеспечения, социальной услуги, жилища и т.д. Данный орган юридически обязан предоставить такое обеспечение. В сфере социального обслуживания реализация права на его получение иногда зависит от "усмотрения" компетентного органа. Поскольку ряд социальных услуг, предоставляемых в социальной сфере, относится к числу дефицитных, которые не гарантированы абсолютно каждому пожилому и одинокому человеку. Об этом указывает превышение числа нуждающихся в обслуживании, с помещением в дома-интернаты по сравнению с общим числом мест в этих учреждениях; в социальной помощи на дому и возможностями данной службы и т.д. [1].

Для работы с пожилыми и одинокими людьми, нужно изучить их социальное положение, особенности психики, материальные и духовные по-

требности, и в этой работе руководствоваться на данные научных, социологических, социально-психологических и других видов исследований [2].

Актуальность исследования работы с одинокими и пожилыми людьми в медицинской и социальной сфере обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Недостаточное изучение обобщенного опыта в данной проблеме ухудшает качество обслуживания людей пожилого возраста, поэтому определение данной проблемы позволит максимально улучшить и продлить жизнь людей пожилого возраста;
2. Возрастание в современных условиях роли учреждений медицинского и социального обслуживания по организации медицинской и социальной поддержки одиноких пожилых людей;
3. Необходимость выявления одиноких и одиноко проживающих пожилых людей;
4. Изучение потребностей одиноких пожилых и разработка наиболее эффективных способов их удовлетворения.

Целью данной работы является изучение организации медицинской и социальной работы с одинокими и пожилыми людьми в условиях городской поликлиники..

Задачи:

1. Проанализировать научно-методическую и специальную литературу по теме исследования.
2. Изучить организационные, медицинские и социальные аспекты работы с одинокими и пожилыми людьми.
3. Провести демографическую и медико-социальную оценку объёма амбулаторной помощи, а также характера заболеваний одиноких и пожилых пациентов, обращающихся в поликлинику.
4. Проанализировать накопленный в поликлинике опыт работы с одинокими и пожилыми людьми.

Анализ литературы по теме исследования говорит о том, что медицинская и социальная работа с одинокими пожилыми людьми находится во всеобщем внимании, как законодателей, так и медицинских, социальных служб.

Изучив организационные, медицинские и социальные аспекты работы с пожилыми и одинокими людьми необходимо введение новых эффективных методов работы с пожилыми и одинокими людьми позволяющее сделать медицинское и социальное обслуживание более доступным. Для развития сети учреждений и оказания более качественной помощи пожилому населению, необходимо привлекать не только государственные организации, но и создавать контакты с коммерческими организациями и благотворительными фондами, путем тесного сотрудничества со средствами массовой информации и коммуникации

Проведя демографическую и медико-социальную оценку объема амбулаторной помощи можно сделать выводы:

1. Население старше 60 лет составляет 30% от общего количества.
2. В структуре посещений пациентов старше 60 лет в поликлинике составляет 34%. на дому – 42%.

Проведя оценку характера заболеваний пожилых пациентов, обращающихся в поликлинику мы видим, что в структуре заболеваемости наибольший удельный вес занимают болезни системы кровообращения – 42%, на 2-ом месте – органов дыхания – 12%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 11%, болезни косно-мышечной системы и соединительной ткани – 11%, на 3-ем месте – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 8%.

Проанализировав накопленный в поликлинике опыт работы с пожилыми и одинокими людьми важно обратить внимание, что эта работа предполагает жизненного опыта, понимания отдачи душевных сил, психологических, этических, юридических и других вопросов, возникающих у людей данной категории и при общении с ними. Профессиональный подход обязательно должен содержать овладение теоретическими и практическими навыками. Профессиональная деятельность медицинских и социальных работников важна при выявлении потребностей пожилых людей, выполнении и реализации профилактических, поддерживающих и восстановительных мероприятий. Она должна включать организацию и координацию многопрофильной деятельности органов здравоохранения и социальных служб для решения вопросов, связанных со старением населения.

Таблица 1

Численность получателей социальных услуг в 2015 году

Формы и виды социальных услуг	Количество человек
Отделения социального обслуживания на дому	3274
Отделения срочного социального обслуживания	1380
Отделение полустанционарного социального обслуживания	280
Отделение психолого-педагогической помощи	6192

Важность и актуальность проведенной работы подтверждается тем, что с увеличением числа пожилых людей, увеличились их проблемы, которые значимы в современном обществе. Решение данных вопросов не всегда возможно без помощи других. Поэтому можно сделать вывод, что медицинские и социальные работники необходимы пожилым и одиноким людям, а так же и различные специалисты, заботящиеся о них.

Литература

1. Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф. Дома-интернаты. – СПб., 2000.
2. Геронтологический центр. Учреждение нового типа // Соц. обеспечение. – 2004. – № 1.

3. Палунин В.С. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов и лиц пожилого возраста. – М., 2003.

4. Архипов И.В., Захарова В.Ю. Решение вопросов комплексного геронтологического медико-социально-психологического сопровождения и реабилитации людей пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2014. – № 11-12.

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ УСТРАШАЮЩИХ КАРТИНОК АНТИТАБАЧНОЙ РЕКЛАМЫ

T. Сулимова

Студентка гр. 2302, специальность «Акушерское дело»

Научный руководитель: Л.М. Гречанинова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Курение признано одной из самых тяжёлых форм наркомании из-за физического и психофизического привыкания организма к табаку. Более того, курение табака по степени привыкания обошло даже такие тяжёлые наркотики, как героин и кокаин, и уступает лишь алкоголю. Наибольшее влияние на распространение курения табака оказывает реклама, художественные фильмы, а также наличие курильщиков среди членов семьи и ближайшего окружения.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения 3 миллиарда населения планеты находится в зависимости от табака. Первое место по распространению курения в мире занимает Россия. По статистике в нашей стране курят 43,9 млн взрослых граждан, что составляет почти 40% населения страны, а это 60,2% мужчин и 21,7% женщин.

В течение последних трех лет в России набирает обороты антитабачная кампания. В 2008 году Россияratифицировала Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). А в 2010 году вступил в силу новый технический регламент на табачную продукцию, предусматривающий увеличение предупреждений о вреде курения. В России теперь запрещено производить упаковки сигарет старого образца. На новых пачках 30% лицевой стороны должна занимать надпись — «Курение убивает». С обратной стороны пачки должен быть рисунок и надпись «Курение вызывает инфаркты и инсульты» и т.д.

Цель исследования: оценка эффективности антитабачной рекламы на упаковках табачной продукции.

Материалы и методы: анкетирование проводилось у 51 студентки акушерского отделения и оценивалось по трехбалльной системе. Возраст анкетируемых – 17 лет до 21 года. Анкетирование проводилось по 3-х бальной системе (0-1-2) оценки эффективности антитабачной рекламы по 12 картинкам:

«Курение во время беременности вредит Вашему ребенку»
 «Курение вызывает бесплодие и выкидыши»
 «Курение вызывает болезни сосудов»
 «Курение вызывает наркотическую зависимость»
 «Заштите детей от табачного дыма»
 «Курение вызывает импотенцию»
 «Курение вызывает инфаркты и инсульты»
 «Курение может стать причиной медленной и мучительной смерти»
 «Курение вызывает пародонтоз и выпадение зубов»
 «Курение вызывает рак легких»
 «Курение вызывает преждевременное старение кожи»
 «Курение вызывает эмфизему легких».

По результатам анкетирования были получены следующие данные: по средним показателям самыми эффективными из устрашающих картинок стали: «Курение вызывает бесплодие и выкидыши» – 1,7 балла, «Курение во время беременности вредит Вашему ребенку» – 1,6 балла, «Курение вызывает рак легких» – 1,5 балла. С психологической точки зрения эти картинки оказались наиболее приоритетными для молодых нерожавших девушек, так как на уровне подсознания они забеспокоились о здоровье своих будущих детей.

Были признаны неэффективными изображениями, по мнению студенток акушерского отделения, «Курение вызывает преждевременное старение кожи» – 0,8 балла, «Курение вызывает наркотическую зависимость» – 0,7 балла, «Курение вызывает импотенцию» – 0,9 балла. Причина в их неэффективности в том, что проблемы, указанные на картинках, с психологической точки зрения, девушки не воспринимают в серьез и не видят скрытой угрозы от курения.

Из проделанного исследования можно сделать вывод, что не все изображения антитабачной рекламы оказывают должное психологическое влияние на молодых людей.

РОЛЬ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ СРЕДИ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

И.А. Сучкова

Студентка 3 курс, факультет сестринского дела (бакалавриат)
 ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Здоровье человека является важнейшей ценностью жизни и зависит от множества факторов. Всё чаще и чаще мужчины не доживают до пенсионного возраста. Проблема носит глобальный, катастрофический характер. Муж-

чины в России умирают раньше женщин. По всем ведущим причинам смертности и в каждой возрастной группе у мужчин более высокие показатели смертности, чем у женщин. И эта тенденция прослеживается по всему миру. Например, показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в США среди мужчин почти в 2 раза выше, чем среди женщин, а от онкологических заболеваний – в 1,5 раза выше. Злоупотребление алкогольной продукцией, табаком, приём наркотических средств и, наконец, халатное отношение к своему собственному здоровью, вот не законченный перечень ведущих причин ранней смертности. Все это связано с нежеланием вести здоровый образ жизни и проходить профилактические медосмотры своевременно.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это активная деятельность людей, направленная на сохранение и улучшение здоровья, как условия и предпосылки осуществления и развития других сторон и аспектов образа жизни, на преодоление "факторов риска" возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных и природных условий и факторов образа жизни [3].

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «в здоровом образе жизни обнаруживается относительное единство и согласованность трех уровней жизнедеятельности человека: социального, психологического и биологического» [1]. Это понятие нельзя свести к отдельным формам медико-социальной активности, но, в то же время, они отражают те или иные стороны здорового образа жизни.

Физическая составляющая включает уровень роста и развития органов и систем организма, а также текущее состояние их функционирования. Основой этого процесса являются морфологические и функциональные преобразования и резервы, обеспечивающие физическую работоспособность и адекватную адаптацию человека к внешним условиям.

Психологическая составляющая – это состояние психической сферы, определяется мотивационными, эмоциональными, умственными и морально-духовными компонентами. Основой его является состояние эмоционально-когнитивного комфорта, обеспечивает умственную работоспособность и адекватное поведение человека.

Поведенческая составляющая – это внешнее проявление состояния человека. Он выражается в степени адекватности поведения, умении общаться. Основу его составляет жизненная позиция (активная, пассивная, агрессивная) и межличностные отношения, которые определяют адекватность взаимодействия с внешней средой (биологической и социальной), способность эффективно работать.

Долгие годы понятие «здоровый образ жизни» отождествлялось лишь с пропагандой борьбы с курением, алкоголем, избыточной массой тела и т.д. На сегодняшний день кроме отказа от вредных привычек, надо обращать внимание на более новые проблемы в формировании ЗОЖ, как повышение физической активности, профилактика неинфекционных забо-

леваний, правильное питание, приближение квалифицированной медицины к населению и достижение физического и психического здорового климата в семье для воспитания молодого поколения и т.д.

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) является одной из основных задач сестринской службы в деле укрепления здоровья населения. В настоящее время в этом направлении акцент делается на понимании людьми важности ЗОЖ. Не случайно помочь в развитии личных навыков является одним из главных направлений деятельности по укреплению здоровья (Оттавская Хартия ВОЗ, 1986 г.). Сестринская служба должна предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать людям в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом, менять не всегда здоровые привычки своих сограждан и содействовать развитию навыков ЗОЖ.

Кроме того, необходимо учитывать индивидуальность в формировании ЗОЖ среди населения, особенно среди лиц мужского пола. Несмотря на то, что гендерная медицина в настоящее время получает все большее распространение, основное внимание все же уделяется проблемам женского здоровья. Полоспецифические аспекты медицинской помощи мужчинам стали изучаться у нас в стране совсем недавно. Помимо того, что у мужчин и женщин существуют различные потребности в медицинской помощи (связанные с репродуктивной функцией), у них разнятся риски развития специфических заболеваний и расстройств и отличается восприятие собственного здоровья. Система здравоохранения должна учитывать эти различия, а также биологические, психологические, социальные, экономические и поведенческие факторы, которые влияют на здоровье мужчин.

Институт изучения общественного мнения «Forsa» (Германия) установил причины почему мужчины не любят посещать медицинские лечебные учреждения. 6 из 10 мужчин считают себя сильным полом и идут к врачу только тогда, когда они действительно больны. Почти 4 из 10 мужчин избегают обследования, потому что оно им неприятно. Одна треть мужчин сообщают, что не хотят сталкиваться с плохими заболеваниями, и, соответственно, не размышляют над их ранним выявлением. В целом мужчины ведут менее здоровый образ жизни, чем женщины, они намного реже занимаются оздоровлением.

Хотя гендерные различия в обращаемости за медицинской помощью начинают исчезать при наличии серьезных заболеваний, доказано, что мужчины в целом менее склонны обращаться за помощью, когда они в ней нуждаются. Семутенко К.М., Чешик И.А., Шаршакова Т.М. отмечают, что «один из 4-х мужчин заявляет, что он будет ждать до последнего, прежде чем про консультироваться с врачом, если почувствует недомогание или боль или будет обеспокоен состоянием своего здоровья. Кроме того, среди пациентов с проблемами со здоровьем мужчины значительно реже, чем женщины посещают врача вне зависимости от их дохода или социального статуса» [2].

Позднее обращение за медицинской помощью усугубляют последствия заболевания для мужского здоровья, тогда как ранняя диагностика часто является определяющим фактором в предотвращении болезни и смерти.

Таким образом, разработка индивидуальных критериев, позволит определить не только резервы организма каждого мужчины, но поможет сделать выбор мер оздоровления индивидуально и проводить самоконтроль эффективности ЗОЖ. Согласно этому, очень важно формировать понимание у мужского населения важности ЗОЖ, призванного улучшить жизнь не только за счет материального благополучия, но и повышения образовательного и культурного уровня, а также формирования ответственного по отношению к своему здоровью поведения.

Литература

1. Лисицын Ю.П. Слово о здоровье. – М., 1996. – 192 с.
2. Семутенко К.М., Чешик И.А., Шаршакова Т.М. Ключевые детерминанты мужского здоровья // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – Вып. 4 (42). – С. 13-19.
3. Словарь медико-социальных понятий и терминов. – М.: Изд-во «Свято-Димитриевское училище сестер милосердия», 2003. – 96 с.

ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

O.YU. Тицкова

Старшая медицинская сестра отделения неотложной
медицинской помощи взрослому населению
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
городская поликлиника № 218 Департамента здравоохранения г. Москвы

Статья 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорит о том, что медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. Схожая формулировка была в старых Основах законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1, утратили силу с 01.01.2012), правда в ней фигурировало понятие «скорая медицинская помощь». Что же представляет собой экстренная медицинская помощь?

Формы оказания медицинской помощи

Статья 32 ФЗ № 323 выделяет следующие формы оказания медицинской помощи:

Экстренная: медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Неотложная: медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Отличие понятий «экстренная» и «неотложная» помощь

Попытку обособить неотложную медицинскую помощь от экстренной, или привычной каждому из нас скорой медицинской помощи, предприняли чиновники Минздравсоцразвития России (с 01.05.2012 года- Минздрав РФ).

Приблизительно с 2007 г. Можно говорить о начале некоторого обособления либо разграничения понятий «экстренная» и «неотложная» помощь на законодательном уровне.

Однако в толковых словарях русского языка четких различий между данными категориями нет. Неотложный- тот, который не может быть отложен; срочный. Экстренный- срочный, чрезвычайный, неотложный. ФЗ № 323 поставил окончательную точку в этом вопросе, утвердив три разные формы оказания медицинской помощи: экстренную, неотложную и плановую.

Как можно убедиться, неотложная и экстренная медицинская помощь противопоставляются друг другу. На сегодняшний момент любая медицинская организация обязана бесплатно и безотлагательно оказывать только экстренную медицинскую помощь. Существуют ли какие-то существенные отличия двух обсуждаемых понятий? Особенно важно говорить о закреплении этого различия на нормативном уровне.

Случаи оказания экстренной и неотложной помощи

По мнению чиновников министерства, неотложная медицинская помощь оказывается в том случае, если имеющиеся патологические изменения у пациента не являются опасными для жизни. Но из различных нормативно-правовых актов Минздравсоцразвития России следует, что существенных различий между экстренной и неотложной медицинской помощью нет. Не совпадают они лишь по следующим пунктам:

Неотложная медицинская помощь- оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, является разновидностью первичной медико-санитарной помощи и оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Для этого в структуре медицинских организаций создается служба неотложной медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь: оказывается, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, опасных для жизни пациента (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, осложнениях беременности и других состояниях, и заболеваниях).

Скорая медицинская помощь по новому закону оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. Экстренную помощь обязаны оказывать любые медицинские организации и медицинские работники.

Наличие угрозы для жизни

К сожалению, ФЗ № 323 содержит лишь сами анализируемые понятия и при внедрении новой концепции разделённого оказания экстренной и неотложной медицинской помощи возникает ряд проблем, основной из которых является сложность определения на практике наличия угрозы для жизни.

Возникла острая необходимость четкого описания заболеваний и патологических состояний, признаков, свидетельствующих об угрозе для жизни больного, за исключением самых явных (например, проникающие ранения грудной клетки, брюшной полости). Неясно, каким должен быть механизм определения угрозы. Из анализируемых актов следует, что нередко вывод о наличии угрозы для жизни делает либо сам потерпевший, либо диспетчер скорой помощи, основываясь на субъективном мнении и оценке происходящего лицом, обратившимся за помощью. В такой ситуации возможны как переоценка опасности для жизни, так и явная недооценка тяжести состояния пациента.

Необходимость нормативного определения угрозы жизни

Следовательно, особенно на начальном этапе реализации концепции, разделяющей потоки больных по нечетким ориентирам, нас может ожидать рост летальных исходов. Хочется надеяться, что наиболее важные детали будут вскоре прописаны в подзаконных актах.

На сегодняшний момент медицинским организациям, вероятно, стоит ориентироваться на врачебное понимание экстренности ситуации, наличия угрозы жизни пациента и срочности действий. В медицинской организации в обязательном порядке должна быть разработана локальная инструкция по экстренному оказанию медицинской помощи на территории организации, с которой должны быть ознакомлены все медицинские работники.

Расходы на оказание медицинской помощи в экстренной форме

В соответствии с п.10 статьи 83 ФЗ № 323 Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Однако стоит заметить, что на сегодняшний день механизма такого возмещения на законодательном уровне не установлено.

Лицензирование неотложной медицинской помощи

После вступления в силу Приказа Минздрава России от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной

(в том числе высокотехнологичной) ...» у многих граждан возникло вполне обоснованное заблуждение, что неотложную помощь необходимо включить в лицензию на медицинскую деятельность. Вид медицинской услуги «неотложная медицинская помощь», подлежащий лицензированию, указан также в Постановлении Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности».

Разъяснения Минздрава РФ по вопросу лицензирования неотложной помощи

Однако Минздрав РФ в своем Письме «12-3/10/2-5338 от 23.07.2013 дал следующее разъяснение на данную тему: «Что касается работы (услуги) по неотложной медицинской помощи, то данная работа (услуга) введена для лицензирования деятельности медицинских организаций, которые в соответствии с частью 7 статьи 33 Федерального закона №232-ФЗ создали в своей структуре подразделения для оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме. В иных случаях оказания медицинской помощи в неотложной форме получении лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по неотложной медицинской помощи, не требуется».

Таким образом, вид медицинской услуги «неотложная медицинская помощь» лицензированию подлежит только теми медицинскими организациями, в структуре которых в соответствии со статьей 33 ФЗ № 323 создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

O.YU. Тишкова

Старшая медицинская сестра отделения неотложной медицинской помощи
взрослому населению

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения городская
поликлиника № 218 Департамента здравоохранения г. Москвы

На сегодняшний день проблема оказания неотложной помощи в России стоит особенно остро. По словам О.Ю. Александровой, «в настоящее время в нормативно-правовых актах не существует четких критериев разделения медицинской помощи на скорую, экстренную и неотложную, что вносит путаницу в организацию медицинской помощи населению» [2].

Итогом этого становится ситуации, когда диспетчер скорой помощи, недооценив состояние пациента, не отправляет бригаду скорой помощи на вызов, а направляет пациента, вызвавшего скорую помощь, в амбулаторно-поликлинические учреждения, которая не требует срочного медицинского вмешательства, что часто заканчивается причинением вреда жизни и здо-

ровью пациента, неоказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи.

В связи с поставленной проблемой объектом исследования в данной статье становится деятельность отделения неотложной медицинской помощи взрослому населению (ОМНПВН), которое является структурным подразделением «ГБУЗ ГП 218 ДЗМ».

Выявлено, что оказание неотложной медицинской помощи осуществляется круглосуточно выездными бригадами ОМНПВН в максимально короткие сроки, но не более 120 минут после поступления обращения.

В целях выявления эффективности деятельности отделения неотложной помощи, проведено анкетирование пациентов с помощью специально разработанного опросника, который заполняли пациенты по просьбе фельдшеров на вызовах (был опрошен 61 человек).

В итоге выявлены следующие показатели эффективности деятельности отделения неотложной медицинской помощи взрослому населению в ГБУЗ «ГП 218 ДЗМ»:

- Большинство пациентов удовлетворены организацией работы диспетчера по приему вызовов.
- Пациенты удовлетворены организацией транспортировки пациентов в стационар.
- Пациенты высоко оценили отношение медицинского персонала отделения неотложной медицинской помощи.
- На высоком уровне результаты оказанной неотложной медицинской помощи бригадой неотложной медицинской помощи.
- Неотложная медицинская помощь, по словам всех пациентов, оказывается бесплатно (рис. 1).

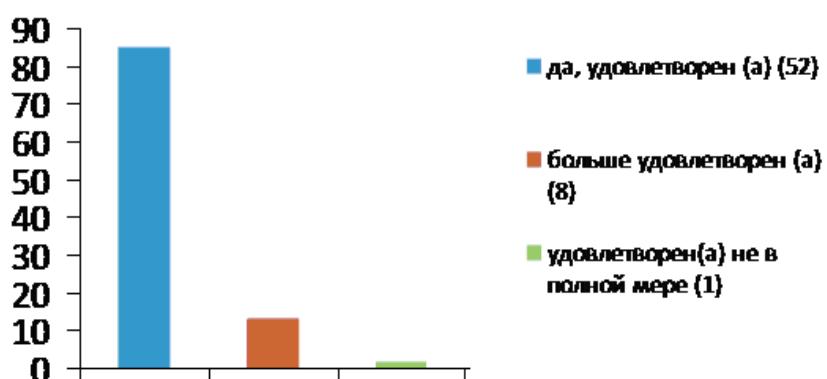


Рис. 1. Степень удовлетворенности результатами оказанной неотложной медицинской помощи

Между тем, нами отмечены и определенные недостатки в работе отделения неотложной медицинской помощи взрослому населению в ГБУЗ «ГП 218 ДЗМ»:

1. Существуют определенные проблемы в обеспечении бригад неотложной помощи высококачественным медицинским оборудованием.
2. Не всех пациентов устраивает обеспеченность бригады неотложной помощи лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.
3. Не всегда оперативно работает бригада неотложной помощи (существуют задержки приезда бригад неотложной помощи).

Сделан вывод о необходимости работы по дальнейшему совершенствованию работы отделения неотложной медицинской помощи взрослому населению в ГБУЗ «ГП 218 ДЗМ».

Как отмечает С.К. Терехин, «крайне важным становится стратегическое видение потенциального пути развития медицинской организации, обеспечение высокого уровня компетентности руководства, наличие чёткой программы при неотъемлемом условии возможности её гибкой корректировки, а также соблюдение принципа достаточности ресурсного обеспечения» [5].

В этой связи нами представлены следующие стратегические мероприятия, направленные на повышенные качества работы ОМНПВН «ГБУЗ ГП 218 ДЗМ»:

1. Концентрация оказания медицинской помощи с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов. Основной акцент в данном аспекте следует делать на превентивные мероприятия.
2. Немаловажным аспектом в процессе повышения эффективности деятельности организации должно стать усиление работы по укреплению корпоративной культуры и преодолению административных барьеров на всех уровнях.
3. Одним из перспективных направлений построения эффективной системы функционирования отделения неотложной помощи должно стать применение технологии сбалансированной системы показателей (ССП).
4. Должна происходить постепенная оптимизация процессов деятельности организации с одновременным обучением персонала за счет приобретения процедуральных знаний как результат совместной проработки возникающих несоответствий.
5. Приемлемой схемой контроля качества в ОМНПВН «ГБУЗ ГП 218 ДЗМ» видится методика мониторинга соответствия ключевых показателей деятельности разработанному и одобренному стандарту обслуживания пациентов, с периодическим проведением анализа получаемой информации и оперативным внесением корректировок при наличии отклонений.

В заключение следует отметить, что совершенствование деятельности отделений неотложной помощи должно происходить комплексно и включать в себя целый ряд мероприятий стратегического характера.

Литература

1. Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи". – М., 2013.
2. Александрова О.Ю. Юридическая квалификация скорой, неотложной и экстренной медицинской помощи – новые подходы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 9-10. – С. 59-66.
3. Веневцев А.А. Особенности работы выездных бригад станций скорой и неотложной медицинской помощи // Мед. помощь. – 2016. – № 1. – С. 26-29.
4. Вёрткин А.Л. Вопросы организации скорой медицинской помощи в современных условиях // Неотложная терапия. – 2015. – № 1-2. – С. 26-32.
5. Терехин С.К. Подход к построению эффективной системы службы скорой медицинской помощи в России // Научные исследования. – 2015. – № 4. – С. 8-15.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

Т.И. Трошина

Студентка гр. 1412, специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: преп. Н.М. Лагуткина

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В настоящее время в Российской Федерации развивается серьезная эпидемия инфекций, передающихся половым путем, в т. ч. инфекции, вызываемой бледной трепонемой (сифилис), в структуре которых сифилис занимает особое место. Это связано со значительной распространностью данной инфекции не только среди городского населения, но и сельского. Значительную роль в профилактике врожденного сифилиса на ФАПе играет фельдшер.

Цель работы: определить особенности деятельности фельдшера на участке по профилактике врожденного сифилиса.

В работе были использованы статистические отчеты ГБУ РО «ОК-КВД», «Стандарт медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)» (МЗ РФ приказ от 18 декабря 2006г. №860), приказы Минздрава РФ, приказы Минздрава Рязанской области, материалы периодических изданий по дерматовенерологии.

На территории Рязанской области, как и в Российской Федерации продолжается увеличение удельного веса ранней скрытой формы сифилиса в структуре данной инфекции. Так в 2014 году этой клинической форме составила 92,2%, в то время в 2013 году 85,1%. Увеличение количества этих пациентов отражает «естественный» рост данной формы заболевания, связанный с изменением морфологических свойств трепонемы и течения сифилитического процесса. Темпы снижения заболеваемости среди жителей Рязанской области значительно замедлились. В эпидемической ситуации в Рязанской области и в Рязани за период 2012-2014 гг. отмечается незначительное снижение заболеваемости сифилисом, что соответствует общей тенденции по Российской Федерации в целом, но остается риск рождения детей с врожденным сифилисом.

Профилактическая работа по врожденному сифилису включает следующие компоненты:

- убеждение беременной в необходимости обязательного обследования в интересах ее здоровья, здоровья ее ребенка и об ответственности за возможное распространение инфекции, с соблюдением профессиональной этики и строгого такта,
- своевременное направление беременной на обследование в ГБУ РО «ОККВД»,
- информирование пациентки об опасности лечения «на дому», в сомнительных кабинетах по объявлениям в бесплатных газетах, из-за опасности таких серьезных осложнений, как вторичное бесплодие, нарушение сексуальных и репродуктивных функций,
- правильное заполнение направления, не нарушив тайну диагноза,
- организация профилактических осмотров контактных лиц (осмотры проводятся дерматовенерологом),
- проведение лекций – бесед для различных контингентов населения по профилактике сифилиса.

Говоря о важности профилактики врожденного сифилиса, следует отметить, что проблема комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики фельдшер целенаправленно проводит санитарно-гигиеническую и санитарно-просветительную работу среди населения на участке.

Литература

1. Приказ МЗСР от 18.12. 2006 г. №860 «Стандарт медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)». – М., 2006.
2. Приказ МР РФ от 25.07.2003 г. №327 «Об утверждении протокола ведения больных «Сифилисом». – М., 2003.
3. Статистический отчет ГБУ РО «ОККВД». – [Электронный ресурс] <http://rokkvd.ru> (дата обращения: 06.04.2016). – С. 13-19.
4. Кубанова А.А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004-2013 гг. / АА. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии ЗАО "ДЭКС-Пресс". – 2014. – № 5. – С. 24-31.

ПРОБЛЕМАТИКА РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПРЕДПРИЯТИИ

A.B. Федорова¹, Л.Л. Кузина²

Студентка (1), начальник УСМК, к.п.н., доц. (2)

Уральский федеральный университет

имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Любая организация должна изменяться, находиться в постоянном движении, развитии, иначе она не сможет удержаться на рынке и не будет способна адаптироваться под динамично развивающуюся обстановку, которая ее окружает.

Сопротивление инновационным изменениям – это различные действия сотрудников, которые направлены на задержку или противодействие осуществлению инноваций в компании. Данное сопротивление имеет разную силу и интенсивность. Для того чтобы была возможность преодолеть противодействия сотрудников инновационным изменениям, руководству крайне важно четко осознавать, для чего он осуществляет изменения. Таким образом, актуальность темы статьи заключается в необходимости развития инновационной культуры сотрудников и руководства компании, повышения их инновационной мобильности, знания и учета причин сопротивлений сотрудников инновациям, внедряемым внутри компании, целенаправленного использования социальных техник его преодоления.

Цель настоящей работы – обосновать направления деятельности по преодолению сопротивления сотрудников компании инновационным изменениям, а также выявить основные причины сопротивления инновациям.

Для того чтобы проанализировать процесс сопротивления организационным инновациям, необходимо выделить и обосновать ключевые причины, которые способны вызвать сопротивление.

1. Основные причины сопротивления инновациям

Технические причины определяются действиями технических условий компаний, представляющие способы соединения человеческих и технических ресурсов. К данным причинам относятся следующие:

- Отсутствие ресурсов и коммуникаций для осуществления инноваций. Данная ситуация может возникнуть, когда руководители компаний при планировании проведения инноваций переоценивают свои возможности. Руководство более низких уровней, зная реальную картину, оказывают сопротивление изменениям.

- Внутренняя разобщенность компаний.

- Неопределенный результат или страх перед неизвестностью. Создается рисковая ситуация, которая заставляет сотрудников ощущать возможный провал или негативные последствия.

– Отсутствие планов, неопределенность целей. Неясность будущих действий, отсутствие разделения деятельности на этапы в соответствии с целями организации порождает у сотрудников ощущение, что планы не будут выполнены, и что проводимые изменения не являются необходимыми.

– Отсутствие лидеров. Они способны направлять действия людей и организовывать проводимые изменения.

– Снижающиеся издержки. В случае, когда компания длительный период остается успешной на рынке, сотрудники привыкают и им сложно оказывается далее столкнуться с неизвестностью.

– Отсутствие системы обучения и консультирования.

Политические причины сопротивления изменениям определяются перераспределением власти:

– Угроза влиятельным статусам. В результате перестройки руководитель может занять более низкую ступень в структуре управления.

– Возможность критики руководителей. В ходе изменений очень часто подвергаются критике устаревшие различные способы управления.

– Изменение содержания процесса принятия решений. Руководство вынуждено принимать новые методы принятия управленческих решений, очень часто которые оказываются сложными в освоении.

– Изменение форм властного воздействия. Чаще всего руководители компаний не способны мгновенно изменить формы властного воздействия, и должно пройти определенное время для их адаптации.

Культурологические причины сопротивления изменениям основываются на изменениях ценностных ориентаций и социальных норм, действующих в компании. Причины:

– Влияние прежних ценностей. Исходя из того факта, что каждый сотрудник в компании основывается на собственной матрице ценностей, то абсолютно любое внешнее вмешательство способно привести к явному или неявному непринятию новых ценностей.

– Возврат к традициям. Это стандартное явление, основывается, как правило, на привычках и стереотипах, которые способны облегчить людям ориентацию в их окружении. Однако очень часто привычки и обычай могут оказаться ненужными и вредными при возникновении новых ситуаций.

2. Методы преодоления сопротивления коллектива инновациям

При анализе ситуации менеджеру-управленцу очень важно обозначить движущие силы, которые вызывают либо способствуют изменению, и сдерживающие силы, направленные против нововведения. Чтобы изменить равновесие в пользу изменения, управленцу необходимо усилить движущие силы и, наоборот, уменьшить сдерживающие. Для этого полезно выявить потенциал для изменения. Пробудить потенциал – задача менеджера [1].

Каким образом разработать стратегию преодоления сопротивления изменениям? Существует ряд достаточно универсальных методов преодоления сопротивления организационным изменениям.

Методы преодоления сопротивления изменениям:

- Информирование и общение. Получение представления о предстоящих стратегических изменениях помогает осознать необходимость этих изменений и их логику.
- Участие и вовлеченность. Если «стратеги» вовлекают потенциальных противников стратегии на этапе планирования, то они зачастую могут избежать сопротивления [4].
- Помощь и поддержка – предоставление возможности обучения новым навыкам, свободного времени для обучения [2].
- Переговоры и соглашения. Еще один путь борьбы с сопротивлением заключается в предоставлении стимулов активным или потенциальным противникам изменения.
- Манипуляции и кооптации. В некоторых ситуациях менеджеры используют манипуляции, которые подразумевают избирательное использование информации и сознательное изложение событий в определенном, выгодном для инициатора изменений порядке. Кооптация личности подразумевает предоставление ей желаемой роли при планировании и осуществлении изменений. Кооптация коллектива подразумевает предоставление лидеру, кого группа уважает, ключевой роли при планировании и осуществлении изменений [5].
- Явное и неявное принуждение. Менеджеры часто преодолевают сопротивление путем принуждения. В основном они заставляют людей смиряться со стратегическими изменениями путем скрытой или явной угрозы, или путем реального увольнения, или путем перевода на более низкооплачиваемую работу.

Перечисленные методы являются вполне честными и открытыми. Однако наиболее распространенной ошибкой менеджеров является использование одного или небольшого числа методов, независимо от ситуации. Вторая по распространенности ошибка – метод «разделяй и властвуй», который при возможной краткосрочной эффективности приводит к большим проблемам в долгосрочной перспективе.

Подготовка персонала – ряд мероприятий, которые способствуют осознанию сотрудниками важности и необходимости внедрения новшеств: беседы, разъясняющие цели внедрения новшеств и процесс самого внедрения; совещания на различных уровнях, где осуществляется обмен опытом по внедрению инноваций; встречи и совещания между различными фирмами, уже внедрявшими подобные новшества; разъяснение менеджерами тех преимуществ, которые могут возникнуть в связи с данным внедрением; материальное и моральное стимулирование инновационности персонала предприятия.

Таким образом, можно выделить следующие основные причины, вызывающие сопротивление персонала внедрению инноваций: технические, политические и культурологические.

Для преодоления сопротивления коллектива внедрениям инноваций можно предложить *следующие методы*:

1. Информирование и общение;
2. Участие и вовлеченность;
3. Переговоры и соглашения;
4. Манипуляции и кооптации;
5. Явное и неявное принуждение.

Успешная реализация стратегии в организации всегда характеризуется умелым применением целого ряда перечисленных подходов, часто в самых различных сочетаниях. Однако успешное осуществление характеризуется двумя особенностями: менеджеры используют эти подходы с учетом их достоинств и недостатков и реалистично оценивают ситуацию.

Литература

1. Алексеев А.Н. Инновационный менеджмент: учебный курс (учебно-методический комплекс). – М.: МИЭМП, 2010. – 112 с.
2. Волкогонова О.Д. Методы преодоления сопротивления изменением. – Элитариум: Центр дистанционного образования, 2008. – 15 с.
3. Коновалова В. Преодолевая сопротивление персонала // Кадровый менеджмент. – 2009. – №3. – С. 27-37.
4. Кудрявцев Д.И. Ресурсы преодоления сопротивления управлением инновациям в вузовской организации // Теория и практика общественного развития. – 2011. – № 1. – С. 12-15.
5. Петухов Д.В. Стратегический менеджмент: учебный курс (учебно-методический комплекс). – М.: МИЭМП, 2010. – Ч. 2. – 214 с.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ

E.B. Халилова

Студентка 3 курс, факультет ВСО
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Этиология. Причиной возникновения острого перитонита является преимущественно аутоинфекция, которая попадает в брюшную полость в случае нарушения целости полостных органов пищеварительной системы или их некроза (гангренозный холецистит и аппендицит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, острые непроходимость кишечника) или нарушения проницаемости стенки органа при острых хирургических заболеваниях (острый аппендицит, острый холецистит, острые непроходимость кишечника и др.).

Патогенез. Выделяют три фазы патологического процесса.

Первая фаза – реактивная (первые 24 ч.), характеризуется реакцией на местный воспалительный процесс, складывающейся из местных и об-

щих механизмов защиты и неспецифического ответа системы гипофиз – кора надпочечников на стрессорное воздействие. Вторая фаза (до 3 суток от начала заболевания) – комплекс реакций организма на поступление в кровь бактериальных токсинов и продуктов распада белка. Наиболее характерная особенность этой фазы – развитие эндотоксического шока. Третья фаза (спустя 3 сутки и более) характеризуется декомпенсацией функций жизненно важных органов (печени, почек, сердца), возникающей на фоне клинической симптоматики септического шока.

Клиника. Первая стадия – реактивная (первые 24 ч. от начала заболевания) характеризуется выраженным местными симптомами (резкий болевой синдром в определенной части живота, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, рвота). Больной обычно находится в вынужденном положении (лежа на спине или на боку с приведенными к животу ногами), щадит живот при дыхании, кашле. При ряде заболеваний, вызывающих перитонит (перфорация полых органов, ранение, тромбоз сосудов брыжейки, панкреонекроз и др.), возможен шок. Наблюдающиеся в этой стадии учащение пульса до 120 ударов в 1 мин., дыхания, иногда повышение АД объясняются болевым шоком. Возможен подъем температуры тела до 38°. В крови – увеличение числа лейкоцитов и умеренно выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При осмотре живота обнаруживается отставание при дыхании участков брюшной стенки, а при пальпации определяется болезненность и защитное напряжение мышц брюшной стенки в зоне, соответствующей очагу воспаления. При перфорации или разрыве полого органа мышечное напряжение может охватывать всю брюшную стенку и быть очень резким («живот как доска»). При локализации источника воспаления в полости малого таза отмечаются ложные позывы на дефекацию, иногда учащенное болезненное мочеиспускание, иррадиация болей в область крестца, промежности. Напряжение мышц может почти полностью отсутствовать при локализации перитонита в полости малого таза, полости сальниковой сумки, при алкогольном опьянении, а также у очень слабых и истощенных больных. Характерный признак перитонита, определяемый при пальпации, – положительный симптом Блюмберга-Щеткина. Соответственно степени распространения перитонита этот симптом может определяться только в одной области (например, в правой подвздошной при остром аппендиците) или по всей брюшной стенке. Могут выявляться и другие симптомы раздражения брюшины – усиление боли в животе при кашле и движениях, при поколачивании по передней брюшной стенке. Перкуссия живота позволяет установить участок максимальной болезненности, как правило, выраженной в зоне источника перитонита. Перкуторно можно определить наличие свободной жидкости или газа в брюшной полости по исчезновению печеночной тупости. При аусcultации живота, как правило, выслушиваются обычные, реже несколько ослабленные кишечные шумы. Важное значение имеют ректаль-

ное и вагинальное исследования, позволяющие обнаружить болезненность тазовой брюшины или выявить патологию органов малого таза, являющихся причиной перитонита.

Вторая стадия – токсическая (24-72 ч.) характеризуется некоторой сложенностью местных симптомов и превалированием общих реакций, характерных для выраженной интоксикации: заостренные черты лица, бледность кожного покрова, малоподвижность, эйфория, пульс свыше 120 ударов в 1 мин., снижение АД, рвота, гектический характер температурной кривой, резкий гнойно-токсический сдвиг в формуле крови. Уменьшается болевой синдром и защитное напряжение мышц. Перистальтические шумы кишечника исчезают («гробовая тишина»), развивается задержка стула и газов. Выражены расстройства водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. Сухость слизистой оболочки языка, губ, щек свидетельствует о выраженной гипогидратации. Наблюдается олигурия, отмечается повышение содержания мочевины и креатинина в крови, что свидетельствует о начинаящейся почечной недостаточности.

Третья стадия – терминальная (свыше 72 ч.) проявляется глубокой интоксикацией: выражение лица безучастное, щеки втянуты, глаза напавшие, кожа бледно-серого цвета с землистым оттенком, покрыта каплями пота (лицо Гиппократа), обильная рвота застойным содержимым с каловым запахом, адинамия, прострация, нередко интоксикационный делирий, значительные расстройства дыхания и сердечной деятельности, падение температуры тела на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови, иногда бактериемия. У больных развиваются тахикардия до 140 и более ударов в 1 мин., респираторная одышка до 30-40 дыханий в 1 мин., АД снижается. Местные изменения выражаются в значительном вздутии живота, полном отсутствии кишечных шумов, разлитой болезненности по всему животу при слабо выраженных защитном напряжении мышц и симптоме Блюмберга-Щеткина. Таким образом, в терминальной стадии перитонита происходит декомпенсация нарушений, возникших во время токсической стадии заболевания.

Лечение перитонита включает:

1. оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе;
2. предоперационную подготовку;
3. адекватное обезболивание;
4. устранение источника инфекции, дренирование брюшной полости;
5. мероприятия, направленные на борьбу с паралитической непроходимостью кишечника;
6. интраоперационный лаваж брюшной полости;
7. послеоперационную интенсивную терапию;
8. реабилитацию.

Роль медицинской сестры. В послеоперационный период, кроме выполнения назначений врача, медсестра должна осуществлять наблюдение и

правильный уход за пациентом. Задача медицинского работника окружить больного вниманием и заботой, обеспечить его тщательным уходом и в то же время заставить больного, в тех случаях, когда это нужно, активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними. Зависимые сестринские вмешательства осуществляются на основании предписаний врача и под его наблюдением: помогать врачу при проведении перевязок; перевязывать больного по мере намокания повязки; промывать дренажи по мере их загрязнения; выполнять назначения врача точно по времени (антибиотики, дезинтоксикационная терапия и др.). Сестринский уход и роль медицинской сестры в оказании помощи пациентам с распространенным гнойным перитонитом играет важную роль, особенно в послеоперационном периоде.

Литература

1. Брюсов П.Г. Послеоперационный перитонит, актуальная проблема абдоминальной хирургии / П.Г. Брюсов, Н.А. Ефименко // Воен.-мед. журн. – 2007. – №9. – С. 25-29.
2. Бузунов А.Ф. Лапаростомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А.Ф. Бузунов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
3. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. Хирургический перитонит. От единой классификации к единой тактике лечения // Рос. мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 3-10.

МЕХАНИЗМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Г.Н. Хромышева

Начальник управления по воспитательной работе
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Одними из важнейших результатов образования в соответствии с его новыми целями и задачами являются: умение выпускника объективно оценивать себя в развивающемся мире, навыки самообразования и саморегуляции, готовность к активному конструктивному взаимодействию с людьми и принятию ответственных жизненно важных решений. Сегодня не существует единства в понимании сущности терминов «компетенция» и «компетентность», большинство педагогов и психологов, под образовательными (ключевыми) компетенциями понимают совокупность знаний, умений, навыков и качеств личности, необходимых выпускнику для его социально-психологической адаптации к постоянно изменяющимся условиям реальности и обеспечивающих высокий потенциал благополучия в жизни. Без этих психических образований, свойств личности невозможны

ее организация и нормальное функционирование, гармоничные отношения с окружающим и своим собственным миром. Следовательно, важнейшей составляющей в формировании профессиональной компетентности молодых специалистов, является высокий уровень развития личности и их успешная социальная адаптация в современном обществе. Необходимым условием для достижения этой цели является воспитательная работа со студентами, как важнейшее направление деятельности администрации, и профессорско-преподавательского состава университета.

Главное, что должен понимать каждый молодой специалист – его жизнь еще много раз изменится к лучшему или к худшему – в зависимости от внешних обстоятельств и, в большей степени, от собственной активности, – и к этому нужно быть всегда готовым. Готовность человека к труду рассматривается исследователями по-разному, в зависимости от специфики структуры профессиональной деятельности. В числе структурных составляющих деятельности человека одним из основных является фактор психологической готовности. Под психологической готовностью молодого специалиста к профессиональной деятельности понимают профессиональную готовность, которая является результатом профессиональной подготовки, качеством личности выпускника и выступает регулятором успешности профессиональной деятельности, разновидностью установки. Профессиональная готовность – определенный уровень развития профессиональных и личностных качеств человека, необходимый и достаточный для выполнения функциональных обязанностей в объеме данной профессии. В структуре профессиональной готовности выделяются следующие компоненты:

- мотивационный (отношение к профессиональной деятельности),
- волевой (умение действовать в соответствии с образцом);
- умственный (достижение достаточно высокого уровня развития познавательных процессов в избранной сфере профессиональной деятельности),
- коммуникативный (наличие общения с различными категориями людей).

Таким образом, профессиональная готовность молодого специалиста к практической деятельности – сложное структурно-системное образование, которое охватывает различные стороны психики специалиста и включает личностно-мотивационную и волевую сферы, обобщенные знания и представления, определенные профессиональные навыки, способности человека. Для решения профессиональных задач выпускник должен быть чутким к проявлениям эмоций, интеллекта и характера другого человека, соблюдать этические нормы, проявляя при этом принципиальность в отстаивании собственной позиции. Все это требует от него серьезной внутренней работы, развития личностных и профессиональных качеств, необходимых для предстоящей профессиональной деятельности.

Медицина – эта та область деятельности человека, которая имеет как профессиональную, так и социальную направленность. Поэтому, немало-

важным аспектом подготовки специалиста – медика является воспитание в студенте иного отношения, понимания, терпения и сострадания. Эти качества нельзя привить студентам стандартными приёмами воспитания. Здесь необходимы искреннее желание и настойчивость самого студента. Прививать эти качества необходимо с младших курсов. Разностороннее развитие студента – залог успешного воспитания индивидуальных способностей, которые позволяют ему внедрять в жизнь составляющие этики и деонтологии медицинской специальности, соблюдать основные их принципы, завоевывая, тем самым, авторитет и признания своих коллег и больных.

Изучение фундаментальных теоретических наук должно быть непрерывно связано с практическими аспектами получаемых знаний, применяемых в современном здравоохранении. Актуальность этого постулата в современной быстро развивающейся медицине бесспорна. В медицине используются новейшие лечебно-диагностические приборы, новые методики лечения, которые постоянно пополняются новыми исследованиями, несомненно, студенты уже с младших курсов должны быть знакомы со спецификой выбранной специальности. Тем не менее, наличие высокотехнологичных методов диагностики и лечения не делает врача ближе к больному. Связующим звеном между ними является именно человечность во взаимоотношениях, понимание не только медицинских проблем человека, связанных с этим семейных, социальных, религиозных и внутри личностных проблем. Современный медик – это еще и психолог. Именно внимательное отношение, соучастие и сопереживание делает медицинского работника человеком с большой буквы, а не только специалистом в области здравоохранения. Основными направлениями воспитания таких качеств является личный пример куратора студенческой группы, участие в общеуниверситетских мероприятиях в области культуры и искусства, важен личный пример преподавателя и их мудрые наставления. Нельзя ограничиться только тем, что дает учебный процесс. Каждому студенту необходимо самостоятельно пройти нелёгкий путь сложной внутренней работы. Путь самовоспитания.

Одним из главных условий, от которых зависит успех работы в будущей профессиональной деятельности молодого специалиста являются ответственность за свои действия и самокритичность. Студент, выработавший самокритичность, обретает способность видеть себя как бы со стороны, объективно оценивает свои способности и возможности, беспрестанно подмечает и исправляет на ходу каждый свой недостойный поступок, неправильную мысль, недочёты в поведении.

Стремительные социальные перемены в обществе приводят к кардинальным изменениям в нравственно-психологическом облике студента – выпускника, обостряют проблему духовно-нравственного воспитания. На долю нынешней молодёжи выпало не лучшее время – утрата морально-нравственных ориентиров и нестабильность. И даже в таких условиях, мы, их наставники, должны укрепить веру в добро, изначально заложенную в

человека природой. Мы должны передать студентам всё лучшее: знания, опыт, стойкость, целенаправленность, трудолюбие и веру в свои силы. На протяжении веков книга была для человека и учителем, и вдохновителем, и источником эмоциональных и духовных сил. «Читать – это не только узнавать факты. Читать – значит вырабатывать вкус, постигая прекрасное». Всё это формирует в студенте гордость за свою Родину, народ, понимание современности, веры и надежды на будущее, оптимизм, так необходимые молодому специалисту. Культура, духовность, социальная ответственность рано или поздно доказывают свою реальную необходимость в этой жизни.

Итак, профессиональная социализация студентов – процесс сложный, ориентированный на знания, творческий поиск, взаимосвязь профессионального и социально-гуманитарного компонентов. Обучение знаниям, умениям и навыкам – не цель, а средство для того, чтобы помочь студенту стать не только хорошим специалистом, но и самостоятельной, творческой личностью, способной выбирать решения, жить полноценной жизнью.

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

A. Черемушкина

Студентка гр. 1312, специальность «Лечебное дело»

Научный руководитель: преп. Н.А. Иванова

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Низкая приверженность лечению является важной проблемой здравоохранения в целом, т.к. приводит как к клиническим, так и экономическим последствиям, препятствуя успеху терапии, увеличивая продолжительность заболеваний, увеличивая риск госпитализаций, осложнений и смертности. Низкая приверженность пациентов к лечению является одной из основных причин прогрессирования и сохраняющегося высокого уровня смертности больных с сердечно-сосудистой патологией в условиях коморбидности.

Недостаточная приверженность к длительному лечению пациентов с хроническими ССЗ в условиях коморбидности – одна из главных причин низкой эффективности терапии. Приверженность – степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача. В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии пациенты хотят следовать назначениям врача, но не могут, их желание может быть ограничено забывчивостью невнимательностью (пациенты могут путать назначенные им средства), а также непониманием назначений доктора, неумением пользоваться специальными приборами. В случае умышленных нарушений врачебных предписаний пациенты действуют преднамеренно. Это могут быть ошибки, связанные с недостатком информации о заболевании и лечении (например,

пациент не понимает, что имеющееся у него состояние — хроническое заболевание, которое требует постоянного приема лекарственных средств), «правила», придуманные самим пациентом или полученные им от его друзей, знакомых, родственников (необходимость «отдыха от препаратов»). Так как коморбидность приводит к полипрагмазии, то увеличиваются материальные затраты пациентов, а поэтому снижается их приверженность к лечению. Необходимость принимать каждый день большое количество лекарственных препаратов оказывает на пациентов угнетающее воздействие, результатом чего может стать отказ от приёма части лекарственных средств. Многие лекарственные препараты обладают длительным накопительным действием, поэтому для наступления фармакологического эффекта необходимо долгое время, вследствие чего многие пациенты приходят к выводу о неэффективности терапии и прекращают лечение. Также распространённой ошибкой является отказ от приёма лекарственного препарата при хорошем самочувствии (нормальное АД).

К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах и на разных уровнях организации дифференцированных популяций с применением серьезных статистических расчетов показали, что треть всех текущих заболеваний населения отвечает большим, чем одно расстройство, диагностическим критериям. В практической деятельности врачи (в том числе и узких специалистов) и фельдшера (особенно в условия ФАПа) всё чаще сталкиваются с проблемой диагностики, дифференциальной диагностики, назначением схемы и коррекцией лечения у пациентов кардиологического профиля с коморбидными состояниями.

Исследования, проведённые в ГБУ РО «ГКБСМП» показали, что у больных ИБС структура сопутствующей патологии выглядит следующим образом: цереброваскулярные болезни – 16,3%, сахарный диабет – 24,4%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 55%, заболевания почек – 43%, онкологического профиля – 9,1%.

Среди факторов риска преобладали нарушение режима питания (более 60% больных не обращают внимания на содержание жира и холестерина при покупке продуктов, регулярно подсаливают пищу). При этом разницы между мужчинами и женщинами при анализе данных факторов не выявлено.

Обращает на себя внимание большой процент – около 80% опрошенных пациентов, у которых имеются проблемы, связанные с дисфункцией мочевого пузыря. Из них просыпаются ночью, чтобы помочиться 1-2 раза – 50,5%, 3-4 раза – 20,6%, 5-6 раз – 18,4%.

Несмотря на то, что со всеми пациентами проводились обучающие мероприятия в рамках работы «Школы для больных» остается актуальной проблема рационального питания, что свидетельствует о недостаточной эффективности занятий по вопросам диетотерапии. Возможно, это связано с недостаточным учетом психологических особенностей пациентов и

необходимостью применения поведенческой терапии в группе больных ИБС.

Анализ результатов исследования показал, что наиболее актуальной проблемой, влияющей на качество жизни больных является нарушение функции мочевого пузыря (гиперактивный мочевой пузырь), однако, программы контроля функции мочевого пузыря не находят отражения в структуре программ для больных.

Таким образом, при планировании работы «Школы для больных терапевтического профиля» следует учитывать проблемы, оказывающие наибольшее влияние на качество жизни больных и применять технологии, повышающие эффективность работы, например, элементы поведенческой терапии. Также необходимо включать в программу обучения вопросы, связанные с контролем функции мочевого пузыря в качестве необходимого условия повышения качества жизни больных ИБС.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

M. Чернилина

Студентка гр. 6402, специальность «Сестринское дело»

Руководитель: преп. О.А. Горева

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) относится к природно-очаговым зоонозным инфекциям. По уровню заболеваемости и географическому распространению ГЛПС в Российской Федерации занимает ведущее место среди этих инфекций. Случаи ГЛПС зарегистрированы на 61-й административной территории России. Эпидемическая обстановка по природно-очаговым инфекциям на территории Рязанской области нестабильна. Показатель заболеваемости ГЛПС в 2016 году (6,7 на 100 тыс. населения) превышает среднемноголетний показатель (4,5) в 1,5 раза и превышает показатель РФ (6,3) на 6,8%.

Территория Рязанской области является эндемичной по ГЛПС. Результаты мониторинга за циркуляцией возбудителя подтверждают активность очагов ГЛПС (10,2 % положительных исследований грызунов).

Возбудителем ГЛПС являются вирусы. Основные резервуары, хранители вируса в природе, это – дикие мышевидные грызуны, из них основной распространитель заболевания – рыжая полевка. В организме грызунов вирусы не вызывают клинических проявлений и не приводят к их гибели. Однако, зверьки своими выделениями (моча, фекалии) инфицируют предметы внешней среды: траву, солому, почву, хворост, валежник, продукты и другие

предметы, с которыми затем могут контактировать люди. Заражение человека происходит преимущественно воздушно-пылевым путем (до 80%), при вдыхании высохших испражнений инфицированных грызунов. Передача ви- руса возможна также контактным путем, через поврежденные кожные и сли- зистые покровы, при соприкосновении с грызунами или инфицированными объектами внешней среды (хворост, солома, сено и т.п.). Допускается воз- можность заражения человека алиментарным путем.

Патогномоничными для ГЛПС симптомами являются: лихорадка, общая интоксикация, боли в пояснице и животе, коллапс (шок), олигурия, полиурия, геморрагические проявления. Причиной смерти в тяжелых слу- чаях могут быть: ИТШ, уремическая кома, отек легких, разрыв почки, кро- воизлияние в мозг, надпочечники, миокард; массивные кровотечения, вто- ричные пневмонии, абсцессы.

Правильный уход за инфекционным больным не только облегчает его физическое и моральное состояние, но и способствует быстрейшему выздоровлению, наиболее совершенному восстановлению сил и работо- способности. Поэтому изучение заболеваемости, проблем пациентов с ГЛПС и определение приоритетов сестринского ухода при данном заболе- вании является актуальной задачей для организации эффективной работы медицинской сестры.

Клиническая картина ГЛПС представляет собой циклическую смену четырех периодов болезни: начальный (или лихорадочный) период (пер- вые 4-5 дней болезни), олигоанурический период (с 5-6 дня до конца 2-й недели болезни), полиурический период (3-я – 4-я неделя болезни) и пери- од реконвалесценции (с конца 3-й – 4-й недели в течение нескольких меся- цев). Инкубационный период варьирует от 4 до 30 дней.

Заключительный диагноз должен быть верифицирован с помощью специфических методов диагностики. Особенno это важно при определе- нии стертых и легких форм заболевания. С этой целью используются серо- логические методы исследования (РНИФ, ИФА, РИА).

На сегодняшний день методом выбора является реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) при использовании метода флуоресциру- ющих антител(МФА). Метод позволяет подтвердить диагноз в 96-98% случаев. Применение РНИФ позволяет подтвердить существование легких и стертых форм болезни, которые протекают как короткие лихорадочные заболевания без каких-либо патогномоничных симптомов. Появление в сыворотках крови больных специфических IgM антител в методе ИФА В целях ранней диагностики более перспективно использование метода ПЦР с обнаружением фрагментов вирусной РНК, пока широкого внедрения в клиническую практику не имеет.

У больного берется из вены кровь в количестве 3-5 мл и посыпается в лабораторию. Кровь берется в конце 1-й или начале 2-й недели заболева- ния и повторно – через 7-10 дней для выявления нарастания титра антител.

Сестринская помощь начинается со своевременного информирования населения о риске развития заболевания, его первых признаках и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

Чтобы предупредить инфицирование, зачастую бывает достаточно соблюдать правила личной гигиены, находясь в лесу или сельской местности. Воду из открытых источников и емкостей нужно кипятить перед употреблением, руки тщательно мыть, а продукты питания хранить в герметичной упаковке. Ни в коем случае нельзя брать грызунов в руки. После случайного контакта рекомендуется продезинфицировать одежду и кожу. При работе в запыленных помещениях нужно пользоваться респиратором. При появлении первых симптомов заболевания необходимо обратиться в медицинскую организацию по месту жительства.

Сестринский процесс при уходе за больными.

Больные ГЛПС нуждаются в госпитализации в инфекционный стационар с соблюдением щадящих методов транспортировки. Транспортировка больных производится на носилках с матрацем с соблюдением максимальной осторожности из-за опасности разрыва почечной капсулы.

Необходимо соблюдение постельного режима до прекращения полиурии, в среднем: при легкой форме – 7-10 дней, среднетяжелой – 2-3 недели и тяжелой – не менее 3-4 недель от начала заболевания. Требуется строгий учет вводимой жидкости (питье, инфузии) и ее потерь (диурез, рвотные массы, стул).

Лечение проводится под контролем водного баланса, гемодинамики, гемограммы, гематокрита, анализов мочи, мочевины, креатинина, электролитов (калий, натрий), КЩС, коагулограммы; при осложнениях – инструментальных исследований: ФГДС, УЗИ, КТ, рентгенографии ОГК и др. Независимо от состояния больного и тяжести течения заболевания медицинская сестра должна контролировать его суточный диурез, что имеет исключительное значения для своевременной диагностики такого осложнения, как острая почечная недостаточность. При выявлении первых признаков развития острой почечной недостаточности следует решать вопрос о переводе больного в палату интенсивной терапии. Требуется также строгий учет вводимой жидкости (питье, инфузии) и ее потерь (диурез, рвотные массы, стул).

Следующий важный пункт плана сестринского ухода – это контроль за соблюдение больным лечебного питания. Рекомендуется стол №4 без ограничения соли, при тяжелых формах и осложнениях – стол №1. При олигоанурии исключаются продукты богатые белком (мясо, рыба, бобовые) и калием (овощи, фрукты). В полиурии, наоборот, эти продукты наиболее необходимы. Питьевой режим должен быть дозированным с учетом выделенной жидкости. Количество выпиваемой и вводимой внутрь жидкости не должно превышать объема выведенной (моча, рвотные массы, стул) более чем на 500-700 мл.

Необходим тщательный уход за кожными покровами и слизистыми оболочками для профилактики пролежней и бактериальных осложнений. Кожные покровы ежедневно обтирают теплой водой со спиртом, а полость рта обрабатывают тампонами, смоченными раствором фурацилина (1:5000) или 2%-м раствором перекиси водорода.

Для профилактики пневмоний и пролежней больного надо чаще поворачивать в постели, кожу ягодиц и лопаток протирать камфорным спиртом. В отделении должно быть чисто, проветрено, тепло, окна закрыты сетками от мух. Все предметы обихода после употребления кипятят. Судно, мочеприемник, кал, мочу больного дезинфицируют. Уборка – только влажным способом с 2% раствором хлорной извести.

При лихорадке необходимо создать покой больному не устраивать сквозняков и следить за всеми физиологическими отправлениями. При высокой температуре в связи с перевозбуждением центральной нервной системы оставлять больного одного опасно.

При уходе за больным необходимо контролировать выраженность геморрагического синдрома, обращая особое внимание на наличие кровотечений, кровоизлияний, в т.ч. в месте проведения инъекций.

Период снижения температуры протекает по-разному, так как температура может падать *критически*, т.е. быстро с высоких цифр до низких, что часто сопровождается снижением артериального давления и появлением нитевидного пульса. Такое снижение температуры сопровождается резкой слабостью и потоотделением. Конечности становятся холодными на ощупь, появляется цианоз губ, кожа покрывается липким, холодным потом. Это состояние называется кризисом и требует срочных мер. Медсестра экстренно вызывает врача и выполняет его назначения. Под кожу вводят вещества, повышающие артериальное давление: мезатон, кофеин, адреналин и др. При обильном потоотделении больного насухо вытирают, меняют ему нательное, а по необходимости и постельное белье. При лихорадке необходимо осуществлять профессиональный уход, а при высокой температуре в связи с перевозбуждением центральной нервной системы необходимо обеспечить круглосуточный пост.

Необходимо наблюдение за полостью рта. Больные должны прополоскать рот теплой водой после каждого приема пищи, чистить зубы. Тяжелобольным медицинская сестра должна 2-3 раза в день тщательно протирать рот ватным тампоном, смоченным в 2% растворе борной кислоты; при этом не следует делать резких движений, чтобы не травмировать слизистую оболочку. Таким же способом очищают и язык больного.

При появлении рвоты больного необходимо повернуть в постели на бок, наклонив его голову вниз так, чтобы рвотные массы не могли попасть в дыхательные пути и вызвать аспирационную пневмонию.

Сроки выписки реконвалесцентов ГЛПС из стационара при: легкой форме – не ранее 17-19 дня болезни; среднетяжелой – не ранее 21-23 дня болезни; тяжелой форме – не ранее 25-28 дня болезни.

Таким образом, учитывая высокий риск заражения ГЛПС, важность своевременного обращения за медицинской помощью и осуществления сестринского ухода, приоритетными направлениями деятельности медицинских сестер является: информирование населения о риске заболевания и действиях при появлении первых признаков, осуществление профessionального ухода и при необходимости обеспечение круглосуточного наблюдения, обеспечение соблюдения строгой диеты и своевременной диагностики состояния пациента, введение лекарственных препаратов с учетом динамики состояния больного.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

A.I. Шикова

Студентка 3 курс, факультет ВСО

ГБУЗ МО «Егорьевская ЦРБ», палатная медсестра

Научный руководитель: Котляров С.Н., заведующий кафедрой

сестринского дела, декан факультета сестринского дела

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

В научной литературе содержится более сотни определений понятия инновации. Современные авторы трактуют это понятие в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Б. Твист определяет «инновацию как процесс, в котором изобретение или идея приобретают экономическое содержание». Ф. Никсон считает, что «инновация это совокупность технических, производственных и коммерческих мероприятий, приводящих к появлению на рынке новых и улучшенных промышленных процессов и оборудования». Й.А. Шумпетер в 30-е годы ввел понятие «инновация» и трактовал его как «изменение с целью внедрения и использования новых видов потребительских товаров, новых производственных и транспортных средств, рынков и форм организации в промышленности» [3, с. 103].

Американские специалисты по сестринскому делу выявили и сформулировали ключевые области внедрения инноваций в сестринское дело: недостаточное и неправильное использование медицинских сестер как специалистов, низкая заработка плата, отсутствие престижа в профессии медицинской сестры, небольшое количество курсов повышении квалификации, нехватка расходных материалов.

Причины этого положения многообразны: традиционно сложившееся в нашей стране представление о медицинской сестре – как о помощнике

врача, выполняющем только вспомогательные медицинские функции, пренебрежение зарубежным опытом, недооценка научных принципов и подходов в управлении и организации работы сестринских кадров, их профессиональной подготовке. Развитие медицинской техники, медицинских технологий и услуг, взаимоотношений между врачебным персоналом и сестринским звеном, между медицинскими работниками и пациентами – существенный стимул для проведения реформ в здравоохранении и в сфере сестринской деятельности особенно. Мир, в котором мы живем, приобрел свои очертания в результате применений человеческих знаний, накопленных за столетия. Переход России на новую ступень общественного развития требует усилия инновационной активности и нового подхода к нововведениям, соединяющим знания, умения и технику с рынком.

Перемены, реформы, нововведения, инновации, которые обычно возникают в ответ на изменения во внешнем мире – экономические, социальные, технические, культурные. Любые инновации подразумевают структурные изменения в лечебном учреждении, изменения технологий и методов работы, реорганизацию финансово-экономических отделов, изменения в кадровом составе, что ведет к изменению не только вида деятельности лечебного учреждения, но и его типа и статуса (эти изменения происходят как на уровне врачебного, так и на уровне сестринского звена).

Термин «инновация» происходит от латинского слова «innovato», что означает обновление или улучшение. Этот термин можно понимать как особую культурную ценность материальную или нематериальную, которая в данное время и в данном месте воспринимается как новая.

Инновация это процесс внедрения нового в различные сферы деятельности, производства и промышленности (в том числе в здравоохранение и в частности в сестринское дело). Этот процесс непосредственно связан с научно-технической революцией, которая предполагает существенные изменения в эффективно развивающихся лечебно-профилактических учреждениях каждые 4-5 лет.

Процесс внедрения нововведений в медицинских учреждениях осуществляется в следующих случаях:

- введение новой медицинской услуги;
- внедрение нового метода предоставления медицинской услуги;
- открытие нового рынка (ниши), на котором данная услуга ранее не была представлена;
- завоевание новых поставщиков медицинского оборудования, медикаментов и медицинского инструментария, перевязочного материала и т.д.;
- внедрение новой организационной структуры или реорганизация лечебного учреждения или, наоборот, ее ликвидация. Синонимом термина «инновация» выступает термин «нововведение», трактуемый в отечественной и зарубежной литературе в большинстве случаев, как внедрение технических или иных новшеств в производственный процесс либо хозяй-

ственную систему, а также как освоение новой техники, новых услуг, улучшение методов организации и управления.

В связи с внедрением нововведений в лечебно-профилактических учреждениях возникают проблемы психологического характера, которые трудно поддаются корректировке. Если обобщить приведенную классификацию инноваций, что сделано Н.А. Ильиной, мы получим следующие типы нововведений:

- предметно-целевые (направленные на внедрение новой услуги), с психологической точки зрения они в наибольшей степени характеризуются ожиданием усложнения работы;
- технико-технологические (новые средства производства и новые мели ни некие технологии), от такою рода инноваций сотрудники лечебного учреждения негативного ожидают меньше всего;
- организационно-управленческие (разработка и применение новых организационных структур и методов управления сестринским или врачебным персоналом), например, внедрение бригад врачей и медицинских сестер общей практики;
- социально-экономические (социальная разработка и применение новых экономических механизмов функционирования лечебно-профилактического учреждения).

Два последних типа нововведений вызывают наибольшее число негативных ожиданий и последствий и чаще всего оканчиваются неудачей, причинами которой могут быть: стремление любой организации к стабильности, не спрогнозированное влияние изменений в одной структуре на изменения в другой, влияние нововведений не только на формальную структуру организации, но и на неформальную, и, как следствие этого, негативный настрой сотрудников на отношение к нововведениям.

Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, является инновационное развитие здравоохранения. Как отмечается в Концепции, чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы [1].

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения. В современной системе здравоохранения сестринское дело остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами.

С развитием медицинской науки возрастает роль среднего медицинского персонала в системе здравоохранения. Для ухода за пациентами необходимо осваивать все более сложные медицинские и технические знания и овладевать новыми навыками, а также совершенствовать уже приобретенные.

Программа развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 г., разработанная на основе и в исполнении Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации, представляет собой документ, содержащий анализ состояния сестринского дела в России, а также цели, задачи и основные направления его развития на долгосрочную перспективу. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, стандартов и технологий практической деятельности сестринского персонала, умением работать с профессиональной информацией, используя современные информационные технологии. Программа содержит специальный раздел, посвящённый инновациям практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием, в котором определены основные направления развития современных технологий сестринской деятельности [2].

Во всем мире инновационная деятельность в сестринском деле рассматривается как основа ежедневной практики, направленная на повышение качества ухода за пациентами и снижение стоимости услуг системы здравоохранения. Потребность в инновационных решениях очень высока, так как именно сегодня системы здравоохранения борются за обеспечение доступных, безопасных и эффективных услуг при одновременном сдерживании роста их себестоимости.

Если инновационный процесс не подкреплен соответствующей материально-технической базой и не имеет финансового обеспечения ожидать реального использования новшества проблематично.

Важную роль в реализации инновационного проекта играет личная заинтересованность как новаторов, так и работников практического здравоохранения. Это наглядно проявляется в различии внедрения новых медицинских технологий в частном и государственном секторах здравоохранения. В частном секторе здравоохранения внедрение новых технологий и техники – это элемент конкуренции, борьба за пациента и финансирование, дополнительная прибыль, повышение заработной платы сотрудников. В бюджетной сфере здравоохранения внедрение новых технологий проблематично, свободных средств на реализацию инновационных проектов у медицинских организаций, как правило, нет, а централизованные фонды отсутствуют, медицинские работники, внедряющие новые технологии не поощряются. В результате, по некоторым направлениям частная медицина начинает обгонять бюджетный сектор здравоохранения.

Внедрение инновационных технологий в полном объёме возможно: при осознании обществом ценности сестринской помощи, нормированию сестринской деятельности, снижении нагрузки на палатную медицинскую

сестру, введении дополнительных штатных должностей, создании нормативной базы по сестринскому делу.

Литература

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]: Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт – URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> [Дата обращения 10.01.2016].

2. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы [Электронный ресурс]. Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт. – URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> [Дата обращения 10.01.2016].

3. Уткин Э.А. Инновационный менеджмент / Э.А. Уткин, Н.И. Морозова, Г.И. Морозова. – М.: Акалис, 1996. – 208 с.

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ВЫПУСКНИКОВ КОЛЛЕДЖА

A.Г. Штерцер, Н.М. Тычинин

Рыльский филиал

ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Рыльск

Исследовательские способности связаны в основном с анализом и оценкой конкретной профессиональной ситуации. При формировании исследовательской компетентности происходит сознательное, более глубокое усвоение материала, четкое выделение признаков основных понятий, расширение объема знаний, развитие мышления, обеспечение преемственности и интеграции знаний учебных дисциплин [3].

Невозможно обойтись без этого направления работы, особенно в медицинском колледже, т.к. будущие медработники должны научиться анализировать эффективность своей деятельности, внедрять новые формы работы, анализировать показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, а для этого они должны владеть исследовательскими умениями.

Привить выпускнику за период его обучения в колледже навыки планирования, организации и оформления научного исследования можно лишь путем привлечения его к научно-исследовательской работе в студенческом научном обществе, либо путем включения непосредственно в учебный процесс тематических заданий учебно-исследовательского характера (курсовых и дипломных работ).

Как показывает практика, молодым специалистам на первых порах, прежде всего, недостает как опыта для организации исследовательской деятельности, так и опыта использования различных методов научного по-

знания и применения, традиционных для научной практики логических законов и правил.

К практическим методам, которые используются в ходе научного исследования, в первую очередь относится наблюдение. Наблюдение – это активный познавательный процесс, который опирается на работу органов чувств человека и его предметную деятельность. Наблюдения является важнейшим методом познания, источником научного знания.

Успех наблюдения зависит от:

- ясности и конкретности поставленной цели наблюдения;
- наличие предварительных знаний о наблюдении;
- умения анализировать материалы, полученные в результате наблюдения;
- четкой фиксации результатов в форме протоколов, схем, рисунков, таблиц и т.п. [2].

Структура наблюдения основана на том, что основным действием в нем является восприятие.

Однако возможности простого наблюдения ограничены, даже если его проводить по намеченному плану. Ограничение связано с тем, что в поле наблюдения всегда попадают множество признаков, которые не нужны в рамках данного исследования. Поэтому важно четко понимать условия проведения наблюдения и границы его применимости.

Цель наблюдения – получение определенного результата, который не зависит от воли, чувств и желаний исследователя. Это предполагает изначальную объективность: наблюдения должны информировать студентов о свойствах и отношениях реально существующих предметов и явлений. Как зафиксировать эти результаты, необходимо решить заранее.

Существует много способов фиксации результатов наблюдений. Например, можно просто написать отчет, можно выполнить рисунок, график, заполнить таблицы, провести киносъемку. Использование каждого из способов зависит от целей, условий наблюдения, от материальных возможностей [6].

Только проделав всю подготовительную работу можно приступить к осмысленному, сознательному выполнению наблюдения.

Так, выполняя исследовательскую работу по теме «Влияние грудного вскармливания на развитие и здоровье детей первого года жизни», наблюдение велось за детьми в возрасте от одного года до 12 месяцев, находящихся на грудном (I исследуемая группа) и искусственном вскармливании (II исследуемая группа). Проводилась антропометрия детей, оценка их физического и нервно-психического развития, используя специальные таблицы.

Кроме метода наблюдения широко используется метод беседы. Исследование методом беседы проводилось по заранее составленному плану, включающему основные темы и положения, выяснение которых необходимо для получения желаемого результата. Подготовка беседы включала в себя подбор целевых и поддерживающих вопросов, которые исследователь

задавал во время беседы. Поддерживающие вопросы помогали вести беседу, а целевые необходимы, чтобы выяснить задачу исследования [5].

Результаты, полученные методом беседы, не поддаются формализации и статистической обработке. По ним можно лишь в общем виде судить о выраженности исследуемого признака. Результаты беседы в комплексном исследовании носят предварительный характер и должны быть сопоставлены с результатами других методов [1].

Так, проводя исследование по теме «Анализ причин роста заболеваний органов желчевыводящей системы у детей и определение основных направлений профилактики», беседуя с больными детьми, выясняли особенности их питания, обращая внимание на частоту употребления в пищу продуктов из разряда «fastfud» (чицы, орешки, сухарики, лапша быстрого приготовления и т. п.), газированных напитков, жирного, жаренного. Из разговора с родителями уточняли роль наследственности в развитии заболеваний.

Еще один метод, которым пользуются при проведении учебных исследований – это сравнение.

Сравнение – один из наиболее распространенных методов познания. Недаром говорится, что все познается в сравнении. Сравнение позволяет установить сходство и различие предметов и явлений.

Например, выясняя проблемы реабилитации детей с бронхиальной астмой, студенты сравнивали особенности течения заболевания у пациентов, соблюдающих гипоаллергенный быт и диету и не соблюдающих эти очень важные требования.

В итоге сравнений исследователи делали соответствующие выводы, позволяющие ответить на поставленные ранее вопросы.

Учитывая, что объектом исследования в педиатрии являются дети, то студенты не используют метод эксперимента в «чистом» виде во время своих исследований, но являются активными участниками применения инновационных медицинских технологий в обследовании и лечении больных.

Например, как только появился в детском отделении Рыльской ЦРБ аппарат для проведения ингаляций – небулайзер, члены студенческого научного общества провели обследование больных детей с бронхиальной астмой на I этапе реабилитации (стационарное лечение) и не только активно участвовали в проведении ингаляций детям при помощи небулайзера, но и обращали внимание на состояние детей до и после ингаляций. Сравнивали особенности течения заболевания у детей, которые сразу обратились в стационар и лечились с помощью небулайзера, и которые поздно обратились, т. е. своевременно не получили данное лечение.

Столкнувшись впервые с новым методом лечения, участие в нем было для молодых исследователей своего рода экспериментом, проводя который, они сделали соответствующие выводы.

Выбор того или иного метода исследования совершается при обязательном руководстве педагога. К вопросам, в разрешении которых необходима помощь преподавателя, относятся:

- отбор необходимых методик исследования;
- ознакомление начинающего исследователя с арсеналом традиционно используемых в конкретной науке методов, точнее, с той их частью, которую предполагается использовать в исследовании.

Занятия внеаудиторной научно-исследовательской работой позволяют формировать у студентов такие общие компетенции, как интеллектуальная готовность и способность к продолжению образования, самообразования; социальная активность, способность к самоопределению, самореализации, которые предусмотрены в ФГОС СПО по реализуемым специальностям.

Мы заинтересованы в том, чтобы наши выпускники были адаптированы к современным условиям и востребованы на рынке труда, а для этого они должны уметь критически оценивать ситуацию, высказывать и отстаивать свою точку зрения, опираясь на научные факты.

Литература

1. Власов К.П., Киселёва А.А. Методы исследований и организация экспериментов. – М., 2012.
2. Горелова Л.Е. Творческое развитие личности в обучении. – Орел, 2009.
3. Кукушкина В.В. Организация НИРС. – М., 2012.
4. Леонович А.В. Исследовательская деятельность учащихся: сборник статей. – 2010.
5. Чупрова Л.В. НИРС в образовательном процессе. – СПб., 2011.
6. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы профессиональной деятельности и подготовки медицинских работников среднего звена». – Курск, 2013.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

A.Л. Шумова

Руководитель отдела, директор
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

Для развития системы образования, наряду с финансовыми и материальными, не в меньшей мере нужны методические ресурсы для поддержки инновационных процессов, направленных на реализацию проектов обновления содержания и технологий профессионального медицинского образования, которое не мыслится без активного внедрения инновационных процессов. Особенно актуален этот процесс для развития и обеспечения кадрами профилактического направления оказания медицинской помощи.

Современные требования к специалисту в системе непрерывного образования ставят перед преподавателями профессионального обуче-

ния ранее не имевшую места задачу – научить студента профессионально учиться на протяжении всей его медицинской деятельности. Те приемы и технологии обучения, которые использует преподаватель для формирования компетенций, должны быть освоены самими студентами в целях дальнейшего развития и самосовершенствования и опираться на существующие представления о профессиональной деятельности и мотивы её выбора. Эффективное самообучение успешно только на основе высокой мотивации, и особенно в области оказания населению профилактических услуг, так как медицинские работники в большей степени мотивированы на оказание неотложной помощи, осуществление сестринского ухода за больными.

Для успешной реализации любых нововведений, особенно в области обучения медицинской профилактики, исключительно важную роль играет характер взглядов самих преподавателей – их ориентация на развитие, отношение к переменам, готовность к риску и др. Чтобы у них возникла заинтересованность в достижении требуемых результатов, должны быть созданы соответствующие условия, которые также обеспечиваются методической поддержкой. Возможное сопротивление изменениям должно прогнозироваться и должны приниматься действенные меры для его снижения. С этой целью важным условием эффективной подготовки обучающихся является мониторинг деятельности преподавателей, анализ применения современных подходов к обучению в области профилактики и мотивирование студентов к профилактической работе. Основными показателями успешности в этом направлении работы являются:

- количество студентов, принимающих участие в проектной и исследовательской деятельности в области медицинской профилактики;
- количество преподавателей, активно сотрудничающих с медицинскими организациями в части изучения потребности населения и осуществления профилактической деятельности средними медицинскими работниками;
- количество опубликованных работ по анализу и обмену опытом работы, результатов совместных исследований.

Для успешного протекания инновационных процессов важно, чтобы их участники обладали достаточной квалификацией для выполнения тех обязанностей, которые на них возлагаются. Нужно, чтобы они владели методами решения задач на соответствующих этапах инновационного процесса, обладали опытом и необходимыми знаниями. Специальная подготовка преподавателей к инновационной деятельности и накопление опыта такой деятельности – необходимое условие ее успешности.

Научно-методическая поддержка может осуществляться через исследовательскую, экспертную деятельность, обеспечение преподавателей научно-методическими рекомендациями, разработками, однако, в основе процессов лежит правильное и эффективное применение нормативных и методических документов системы здравоохранения. Сущность методиче-

ской поддержки в данном направлении состоит в содействии созданию внутренних и внешних благоприятных условий для реализации индивидуальных проектов преподавателей и обучающихся совместно с работниками практического здравоохранения. Основные направления данной работы включают в себя:

- поддержку выдвигаемых преподавателями инициатив и реализации новых инновационных проектов;
- стимулирование процессов инновационной деятельности, ведущей к ускорению темпов внедрения результатов (продуктов) инновационной деятельности;
- обеспечение преподавателей недостающими научно-методическими ресурсами, позволяющими эффективно реализовать проект;
- выявление и устранение недостатков, ограничений, препятствий, снятие сопротивления участников инновационных процессов;
- оценка состояния происходящих в профессиональное медицинское образовании инновационных процессов, явлений и опыта;
- изучение нововведений в области медицинской профилактики, анализ нормативно-методической базы, актуальной для специалистов среднего звена;
- налаживание и установление контактов, связей между колледжем и медицинскими организациями с целью поддержки проектов обновления содержания и технологий профессионального медицинского образования.

Средством осуществления методической и интеллектуальной поддержки главным образом являются идеи, информация научного плана, которую затем преподаватель и студенты перерабатывают и используют самостоятельно.

Методическая инициация и реализация инновационных проектов в большей степени осуществляется при обучении кадров, в процессе консультинга, тьюторского сопровождения, при экспертизе материалов.

Таким образом, создание в образовательной организации условий для развития и завершения инновационных проектов, направленных на подготовку успешного специалиста основано на эффективном использовании ресурсов методической поддержки и является актуальной задачей развития профессиональной образовательной организации.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УХОДА НА ОСНОВЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

А.Л. Шумова¹, А.И. Аблицов²

Руководитель отдела, директор (1), преподаватель (2)
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В практической деятельности медицинской сестры по осуществлению ухода за больным на этапе реабилитации важно ее умение определять потребности пациента и оценивать его способность к самостоятельному решению проблем в повседневной жизни. Не менее важной задачей является корректное с этической точки зрения умение принимать решения и чувствовать границы своих возможностей с тем, чтобы пациент в дальнейшем мог максимально самостоятельно, без посторонней помощи ухаживать за собой.

Неуклонный рост инвалидизации населения, смертности от неинфекционных заболеваний делают проблему оказания реабилитационной сестринской помощи больным наиболее острой. Организация эффективной медицинской реабилитации в настоящее время является одной из наиболее актуальных и сложных проблем медицины.

В ходе анализа международного и отечественного опыта применения технологий ухода за больными отмечено, что практики реабилитационного ухода, основанные на сестринском процессе, включают в себя три основных направления: непосредственное осуществление мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций; составление рекомендаций для реабилитации пациентов; составление планов образовательных программ, касающихся вопросов здоровья. В целом эти направления находят свое отражение в реабилитационных программах, разрабатываемых для больных различного профиля и в дальнейшем адаптируемых с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Медицинской сестре необходимо обладать основными навыками, такими, как умение строить отношения с человеком и навыками общения с людьми разного возраста. В практической работе требуются умения осуществлять уход, обучение, консультирование, активизацию жизненных функций пациента и его окружения в повседневной жизни.

Успешная подготовка специалиста сестринского дела в области реабилитации строится на основе компетентностного подхода, который предельно точно описывает те качества медицинской сестры, которые необходимы для осуществления профессиональной деятельности. Освоение общих и специальных компетенций в области реабилитационного ухода, рассматриваемых на основе уровневого подхода, проявляется в способности и

готовности осуществлять реабилитационный уход и может быть представлено, например, следующим образом.

Уровень	Компетенции	
Эмоционально – психологические	Общие	<ul style="list-style-type: none"> - проявляет эмоциональную устойчивость; - понимает сущность и социальную значимость деятельности медицинской сестры;
	Профессиональные	<ul style="list-style-type: none"> - обосновывает актуальность работы по сестринскому уходу на этапе реабилитации, - обосновывает практическую значимость,
	Общие	<ul style="list-style-type: none"> - предъявляет учебные материалы, оформленные в соответствии с основными требованиями; – сопровождает свою работу комментариями (объясняет действия) в соответствии с требованиями
		<ul style="list-style-type: none"> - решает профессиональную проблему в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими медицинскую деятельность среднего медицинского персонала в области медицинской реабилитации;
	Общие	<ul style="list-style-type: none"> - осуществляет поиск и использует информацию, необходимую для эффективного решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, использует информационно – коммуникативные технологии в учебной деятельности; – работает в команде, эффективно общается с обучающимися, преподавателем; - осуществляет сравнительный анализ различных точек зрения на изучаемую проблему; - устанавливает связь между теоретическими и практическими знаниями и умениями; - логично выстраивает ответ на вопросы, аргументирует изложение материала;
	Профессиональные	<ul style="list-style-type: none"> - обосновывает практическую значимость предлагаемых форм, методов, средств сестринского ухода (составление рекомендаций для пациентов, плана работы «школы здоровья и т.п.) - демонстрирует знание основ клинических дисциплин; - имеет представление о современных тенденциях развития медицинской реабилитации;
Социальные	Общие	<ul style="list-style-type: none"> - вычленяет противоречия и проблемное звено в обсуждаемой теме; - определяет и обосновывает понятийный аппарат изучаемой проблемы; - демонстрирует полноту и системность теоретического анализа; - решает проблемы, принимает решения в стандартных и нестандартных ситуациях;
	Профессиональные	<ul style="list-style-type: none"> - проектирует содержание разделов практической работы, ориентированных на решение профессиональных задач (с учетом конкретной цели обучения больных); - конструирует модели сестринского ухода за пациентом на

		этапе реабилитации; - осуществляет анализ клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи с точки зрения применения в конкретной ситуации;
Компетенции самосовершенствования-Творческие	Общие	- генерирует необычные, оригинальные идеи, отклоняется от традиционных схем мышления, проявляет готовность к инновациям; - характеризует новизну исследуемых вопросов; - представляет и обосновывает собственную теоретическую позицию; - обосновывает новизну предлагаемых подходов к решению проблем пациентов, их практическую значимость; - использует различные технологии, в том числе инновационные, при решении профессиональных проблем; - защищает собственную профессиональную позицию;
	Профессиональные	- составляет систему вопросов для мотивации пациентов; - конструирует занятия «Школ для пациентов» с учетом индивидуальных особенностей больных; - формирует понимание пациентами необходимости самоухода и ответственности за здоровье в соответствии с диагностированными потребностями в обучении и поддержке
Компетенции	Общие	- интерпретирует результаты оценки состояния пациента и эффективности проведения реабилитационных мероприятий; - обобщает данные, делает выводы; - представляет результаты работы; - осуществляет самооценку деятельности и результатов (осознание и обобщение собственного уровня профессионального развития);
	Профессиональные	- анализирует собственные ошибки и причины их возникновения при составлении и осуществлении плана реабилитационного ухода; - анализирует подбор рекомендаций для пациентов; - проводит анализ и самоанализ разработанных материалов - оценивает собственные образовательные достижения в области учебно-исследовательской работы

Таким образом, планирование формирования компетенций медицинских сестер в области реабилитационного ухода общего и профессионального плана целесообразно осуществлять на основе анализа элементов компетенций, их уровня, и, по возможности, открыто оценивать их в процессе обучения. Обучающиеся также должны быть ознакомлены с данным подходом и принимать активное участие в образовательной деятельности.

УЧЁТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ РЕШЕНИЯ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В МЕДИЦИНЕ

М.М. Юрenkova

Преподаватель

Рыльский филиал

ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Рыльск

Труд медицинского работника предполагает процесс взаимодействия людей, в котором предметом, орудием и продуктом труда является человек. При общении медработника с пациентом возникает сложная проблема взаимоотношений двух людей, двух личностей и очень важно найти правильное решение. Чтобы это общение было полезным, продуктивным и оправдывало ожидание пациента, медработник должен иметь определенные знания и умения в области медицинской психологии.

Древние врачи нас учили: вначале вылечи душу, а потом приступай к лечению тела. Такое лечение возможно только тогда, когда учитываются возможности не только физической, но и психической личности пациента (особенности его интересов, потребностей, темперамента, характера и т.д.).

Для медработника знание особенностей личности больного и его родственников позволит правильно построить беседу и отношения с ними, определить характер внутренней картины болезни, спланировать психотерапевтическую тактику. Необходимо учитывать тип темперамента при подготовке и проведении манипуляций, размещении в палаты.

К сожалению, не редко наблюдается автоматическое, хотя формально оправданное, выполнение медицинской сестрой своих профессиональных обязанностей, что приводит к обострению отношений с пациентами, разрыву психологических контактов с ними.

Чтобы не возникало биоэтических проблем, необходимо разбираться в людях, уметь найти индивидуальный подход к каждому, обладать знаниями особенностей своего темперамента и характера и производить необходимую самокоррекцию в своей работе и в отношениях с другими людьми.

Целью этой работы было выявление влияния темперамента и характера на протекание внутренней картины болезни и учет индивидуальных особенностей личности в уходе за пациентами.

Работа ведется по этапам:

1 этап. Цель исследования состоит в определении типа темперамента и типа акцентуации характера как варианта нормы, выявления взаимосвязи между ними и в связи с этим поиска оптимальных путей целенаправленного создания условий для формирований нормальных межличностных взаимоотношений.

В качестве гипотез нами были рассмотрены следующие положения:

1. Существует взаимосвязь между типом характера и типом темперамента.

2. Различия между людьми по свойствам темперамента достаточно заметны и чаще всего столь велики, что их нельзя не учесть в межличностных взаимоотношениях.

3. Поведение окружающих в большинстве случаев зависит от нашего собственного характера и представляет собой не что иное, как их реакции на внешние проявления нашего характера.

Для осуществления цели исследования и проверки выдвинутых гипотез были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретически аспекты взаимообусловленного типа темперамента и характера.

2. Проанализировать подходы к изучению индивидуально-типологических свойств личности.

3. На основе данных исследования выработать рекомендации по созданию оптимальных условий для развития позитивных взаимоотношений специалистов с пациентами.

Для выявления и оценки свойств темперамента и черт характера используем опросник Я. Стреляу, опросник Айзенка и опросник Шмишека [3].

Для регистрации состояния психики предлагаем использовать исследование состояния моторики: рисунки, на которых изображено «Дом – дерево – человек» и «Несуществующее животное», что позволит определить те особенности личности, которые не нашли выхода на предыдущих этапах исследования.

Практическая значимость первого этапа исследования состоит в том, что сделаны выводы и даны рекомендации, которые должны использоваться во взаимоотношениях с пациентами.

2 этап. Цель исследования состоит в определении внутренней картины болезни и выявлении влияния субъективных и объективных условий на течение болезни.

Нами были поставлены задачи:

1. Определить отношение пациента к своему заболеванию.

2. Установить возможные причины, в силу которых у этих людей появляются данные эмоциональные реакции.

3. Разработать тактику работы с пациентами с учетом индивидуальных особенностей темперамента.

Для этого мы использовали метод беседы с пациентами разных профилей заболеваний (вопросы беседы см. в приложении).

Для беседы брали людей среднего и пожилого возраста. По договоренности с пациентами проводим анкетирование с целью выявления типа темперамента. С интервалом в 1-3 дня проводим беседу с пациентом с целью выявления отношения человека к своему заболеванию. Сопоставив данные анкетирования и беседы, выявив взаимообусловленность типа тем-

перамента и отношения человека к своему заболеванию, мы составили рекомендации медработнику по работе с пациентами.

Выводы-рекомендации.

1. Этические проблемы во взаимоотношении с пациентами нужно решать, учитывая индивидуальные психо-физиологические особенности больного человека.

2. Пациент холерического типа темперамента может спорить, не соглашаться с той или иной процедурой. У него процессы возбуждения преобладают над торможением. В работе с ним нужно спокойно, убедительно показать правильность и необходимость процедуры.

3. Флегматик очень медлительный, не любит изменений в чем-либо, склонен к привычной обстановке. Таких больных нельзя переводить из палаты в палату, заставлять быстро идти на процедуры или требовать быстрых ответов при беседе. В работе с ними нужно помочь в преодолении свойственной вялости, инертности, пассивности.

4. Сангвиник довольно легко переживает неудачи, общителен, но не любит выносить на обсуждение какие-либо вопросы своей болезни. Следовательно, нужно очень тактично подходить к этому вопросу, расположить к себе пациента, чтобы он доверился вам.

5. Меланхолик – замедленный, быстро утомляется, у него легко возникают отрицательные эмоции. Поэтому у него легче возникают и тяжелее протекают заболевания. Важным в работе является доброжелательность, поддержка, оценка его достоинств, искренность [1].

6. В работе с доминантными больными необходимо спокойно держаться своей точки зрения, а недоминантных пациентов очень важно поощрять и подбадривать.

7. Инертные любят одиночество, уходят в себя. С ними нужно держаться учтиво, немного суховато [2].

Примерные вопросы для беседы.

1. Как вы обычно поступаете, если кто-то очень обидел вас?
2. Как болезни влияют на ваше ощущение жизни и планы на будущее?
3. Сопровождается ли обычно телесными страданиями ваши душевые невзгоды?
4. Удовлетворены ли вы своей профессией?
5. Когда вы расстроены, то обычно начинаете больше работать или вообще перестаете что – либо делать?
6. Сильно ли вас беспокоит, что могут сказать?
7. Что для вас значит семейная традиция?
8. Тяжело ли вам отказываться от своих привычек?
9. Легко ли вы устанавливаете контакт с другими?
10. С какими людьми вам трудно общаться?
11. Когда расстроены вы начинаете больше общаться или замыкаетесь в себе?

12. Часто ли вы думаете о том, какой бы была ваша жизнь, если бы у вас был другой партнер, другая профессия и т.д.?

13. Считаете ли вы себя оптимистом или пессимистом?

14. Когда у вас неприятности, оказывает ли вам поддержку обращение к богу?

Литература

1. Мячиков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. Медицинская психология. – М.: «Логос», 2010.

2. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. – М.: «Академия», 2014.

3. Полянцева О.И. Психология. – Ростов н/Д.: «Феникс», 2012.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

P.M. Эйвазова

Студентка гр. 2402, специальность «Акушерское дело»

Научный руководитель: преп. Л.М. Гречанинова
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань

В настоящее время уделяется особое внимание профессиональной роли средних медицинских работников вообще и акушерок в особенности, поскольку их участие в сохранении здоровья женщин как залога здоровья будущих поколений, несомненно. Высокая значимость отводится службе родовспоможения, которая является одним из основных инструментов управления здоровьем населения не только в настоящем, но и в будущем.

Каждый человек только сам несёт ответственность за собственное здоровье, за выбор, который он делает, причем информированность служит залогом для формирования образа жизни и профилактики различных заболеваний. Поэтому важным элементом профилактической работы акушерки является повышение уровня знаний населения о заболеваниях и факторах риска репродуктивного здоровья. Особенno актуальна проблема информированности об акушерских осложнениях среди женщин детородного возраста.

Цель исследования: изучить информированность женщин о риске развития акушерских кровотечений, о факторах риска развития заболеваний, связанных с беременностью и родами, оценить потребность в получении дополнительной информации о данном заболевании.

В исследовании приняли участие 30 женщин, средний возраст опрошенных составил 25 лет. Оценить информирование женщин в первичном звене здравоохранения позволяет метод анкетирования. Нами была разработана оригинальная анкета, состоящая из 10 преимущественно закрытых

вопросов, среди которых преобладали субъективные и прямые, выявляющие психологическую установку респондента, информированность и его отношение к предмету опроса.

Анкета включала следующие опросы, характеризующие различный уровень риска развития акушерских кровотечений.

Высокий риск послеродового кровотечения обуславливают: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, многоплодная беременность, преэклампсия/артериальная гипертензия во время беременности, консервативная миомэктомия во время операции кесарево сечения, заболевания крови и наследственные нарушения системы гемостаза.

Умеренный риск включает: послеродовое кровотечение в анамнезе, ожирение (ИМТ более 35), анемия (гемоглобин менее 90 г/л), факторы риска, возникающие во время родоразрешения (экстренная операция кесарева сечения, плановая операция кесарева сечения, индуцированные роды, оставшиеся части плаценты, эпизиотомия, длительные роды, оперативное влагалищное родоразрешение, крупный плод более 4 кг, гипертермия в родах, возраст первородящей более 40 лет).

В результате анализа полученных данных было определено, что 24% опрошенных не знают о влиянии и наличия у них наследственного фактора развития акушерских кровотечений; при этом 34% признают, что они недостаточно информированы по данной теме. Настораживает тот факт, что 50% опрошенных женщин не знают как организована диагностика данного заболевания. Дополнительную информацию по выявлению факторов риска развития заболеваний, связанных с беременностью и родами хотели бы получить 86% опрошенных.

Таким образом, в профилактической деятельности акушерки следует сделать акцент на выявление потребности в информировании у женского населения по вопросам риска развития акушерских осложнений и, соответственно, организовать специальное занятие в «школе будущих родителей», посвященное вопросам профилактики акушерских кровотечений и организации деятельности службы родовспоможения с целью своевременной диагностики факторов риска и оказания необходимой профилактической помощи.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ
В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА**

O.Ю. Ягодкина

Студентка 3 курс, 4 гр. заочное отделение, факультет ВСО (бакалавриат)
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

В настоящее время в структуре заболеваемости и смертности населения в мире на первом месте стоят болезни неинфекционного характера, к числу которых относится сахарный диабет (СД) [3]. По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения: «Сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран». Сахарный диабет 2-го типа представляет собой серьезную медико-социальную проблему, значимость которой обусловлена его высокой распространенностью, сохраняющейся тенденцией к росту числа больных, хроническим течением, высокой инвалидизацией и смертностью пациентов в результате развития поздних сосудистых осложнений (микро-, макро-ангиопатии), а также необходимостью создания системы специализированной помощи больным [3].

Рост распространенности сахарного диабета 2-го типа представляет серьезную проблему для здравоохранения мегаполиса как в настоящее время, так и на ближайшую перспективу, что согласуется с сохраняющимся высоким уровнем общей заболеваемости сахарным диабетом не только на уровне мегаполиса, но и на региональном и федеральном уровнях.

Для совершенствования профилактической помощи по раннему предупреждению развития сахарного диабета 2-го типа среди взрослого населения мегаполиса необходимо выявлять медико-социальные факторы риска. Выявленные медико-социальные характеристики больных сахарным диабетом 2-го типа, оказывающие влияние на его возникновение и течение, следует использовать для прогнозирования тяжести течения сахарного диабета, что позволит своевременно проводить индивидуальные и групповые мероприятия, направленные на сохранение здоровья данного контингента больных [1].

Особенностями оказания лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом 2-го типа среди взрослого населения мегаполиса являются: этапное оказание медицинской помощи больным на уровне лечебно-профилактического учреждения; осуществление первичной, вторичной и третичной профилактики реабилитации больных; акцент на реализацию первичной медико-социальной профилактики больных сахарным диабетом 2-го типа с учетом медико-социальных факторов риска; обеспечение больных средствами самоконтроля и обучение в «Школе больных сахарным диабетом».

Современная концепция ведения больных СД трактует данное заболевание как определенный «образ жизни», следовательно, основная задача медицинских работников заключается в повышении качества жизни таких пациентов. Решение этой составляющей требует больших усилий от работников здравоохранения в области развития системы обучения пациентов СД, что является базисным компонентом лечения больных с данной патологией. Как показывает мировой опыт, рациональное использование самой многочисленной категории медицинских работников – сестринских кадров – ведет к значительному улучшению качества и доступности медицинской помощи [3]. Одной из основных форм обучения больных с СД в настоящее время является организация и проведение «школ по сахарному диабету».

Цель обучения больных в «Школе для больных сахарным диабетом» заключается в определении мотивации, формировании новых психологических установок с тем, чтобы пациенты смогли взять на себя часть ответственности за лечение своего заболевания, т.е. изменение их поведения в отношении сахарного диабета с достижением стойкого улучшения клинико-метаболических показателей, уменьшением риска развития и прогрессирования осложнений сахарного диабета, улучшения качества жизни пациентов.

Роль медицинской сестры с высшим образованием в процессе обучения пациентов проявляется в ее возможности оценивать состояние больного до занятия в «Школе для больных сахарным диабетом», после занятий и через 6-12 месяцев, разрабатывать систему оценки эффективности обучения больных [2]. Медсестра-организатор учитывает готовность пациента к восприятию информации, вовлекает его в процесс обучения, поощряет к установлению собственных целей и самооценке, обучает справляться с трудностями, связанными с соблюдением различных режимов. Кроме того, в своей работе сестринский персонал должен иметь познания в области педагогики и андрогогики, что позволяет адаптировать методику обучения к различным социальным и образовательным уровням пациентов, грамотно объяснять и инструктировать их по поводу назначенного лечения.

Таким образом, необходимо обучать пациентов в «Школе для больных сахарным диабетом» с целью ликвидации дефицита знаний о заболевании, осуществления контроля своего состояния, достигая компенсации обмена веществ, что ведет к снижению уровня осложнений сахарного диабета. Повышение информированности пациентов как результат обучения создает предпосылки для более активного их участия в процессе лечения. Реализация обучающих программ при организации сестринской помощи позволяет оптимизировать работу и снизить нагрузку на врачей-эндокринологов в амбулаторно-поликлиническом звене в условиях мегаполиса.

Литература

1. Алексеев В.И. Медико-социальная характеристика больных сахарным диабетом / В.И. Алексеев, Г.Я. Клименко // Врач-аспирант. – 2011. – № 6.2 (49). – С. 301-308.

2. Носкова В.А. Подготовка сестринских кадров с высшим медицинским образованием для терапевтического обучения больных сахарным диабетом / В.А. Носкова, Т.В. Поздеева, О.В. Васильева // Казанский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 542-544.

3. Ходыкина Л.А. Сахарный диабет как медико-социальная проблема современного мегаполиса / Л.А. Ходыкина, В.И. Алексеев, Г.Я. Клименко// Актуальные проблемы инновационных систем информатизации и безопасности: матер. междунар. науч.-практ. конф. – Воронеж, 2010. – С. 267-268.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Авдеева А.Д.</i>	
Организация сестринской помощи в условиях отделения анестезиологии и реанимации.....	3
<i>Агафонова А.В.</i>	
Основные методы профилактики послеоперационных осложнений.....	5
<i>Алимушикина Ю.А.</i>	
Опыт работы огбпоу «рязанский медицинский колледж» по актуализации действующего ФГОС СПО с учетом требований утвержденного профессионального стандарта.....	9
<i>Анисимов Ю.В.</i>	
Вопросы непрерывного языкового обучения в контексте среднего медицинского образования.....	13
<i>Анисимов Ю.В.</i>	
Клинико-эпидемиологические аспекты серозных менингитов на первичном этапе оказания медико-санитарной помощи.....	15
<i>Ахтырских Т.Н.</i>	
Общение как способ воспитания.....	17
<i>Баженова И.В.</i>	
Роль медицинской сестры в уходе за пациентом, перенесшим инфаркт миокарда.....	20
<i>Бажина Г.В., Кызыюрова М.С., Поздеева В.Д., Черемисинова Е.Н.</i>	
Влияние потребляемой питьевой воды на эмоциональное и физическое состояние студентов.....	22
<i>Баринова А.Н.</i>	
Роль игрового процесса в обучении детей, больных сахарным диабетом..	24
<i>Бобина Е.В., Литвинова О.А.</i>	
Формирование этико-деонтологических основ профессиональной деятельности у студентов медицинского колледжа.....	27
<i>Богородская Э.И.</i>	
Синдром профессионального выгорания педагогического состава.....	29
<i>Болдушевская В.С.</i>	
Роль медицинской службы в профилактике хронических заболеваний органов дыхания в условиях крайнего севера.....	32
<i>Бордущко С.А., Дубинина Е.В., Лотарева И.Ф.</i>	
Этические и духовно-нравственные основы медицинской деятельности...34	
<i>Бяловский Ю.Ю.</i>	
Роль руководства ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России в организации работ по обеспечению качества подготовки специалистов.....	37

<i>Волкова Е., Кузнецова Е.</i>	
Эффективные технологии формирования этических качеств у студентов рязанского медицинского колледжа.....	43
<i>Голованова А.Ю.</i>	
Основные направления профилактической деятельности фельдшера на ФАПе по улучшению качества жизни больных при псориазе.....	46
<i>Гречанинова Л.М., Левандовская Е.А.</i>	
Опыт подготовки акушерок по ПМ.03 «Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни».....	48
<i>Гришина Т.Ю.</i>	
Роль акушерки отделения патологии беременности в ведении пациенток с преэкламсией I и II степени.....	50
<i>Губарева В.А., Захарова Е.В., Клишунова Л.В.</i>	
Особенности подготовки студентов на профессиональном модуле «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» в связи с внедрением в сестринскую практику ГОСТов	53
<i>Губочкин А.Г.</i>	
Самообразование как основа повышения квалификации зубных техников	55
<i>Гурьева А.</i>	
Роль медицинской сестры при оказании медицинской помощи в экстремальных ситуациях.....	58
<i>Дедловская-Ли Ю., Лошина З.Т.</i>	
Основные направления работы медицинской сестры в «Школе здорового питания».....	60
<i>Денисова И.В., Лашин О.А.</i>	
Междисциплинарное взаимодействие при формировании элементов общих компетенций в процессе изучения иностранного языка.....	63
<i>Долгова К.С.</i>	
Деятельность акушерки по профилактике пороков развития плода, вызванных лекарственными средствами.....	66
<i>Доможирова Е.С.</i>	
Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников.....	67
<i>Евдокимова О.А., Гарамова Е.Н., Головачева Э.Ю.</i>	
Исследовательская деятельность студентов и молодых специалистов: цель, задачи, перспективы.....	71
<i>Егорова Е.А.</i>	
Врачебная династия, как один из аспектов реализации непрерывного профессионального образования.....	74
<i>Ермишкина О.В.</i>	
Самостоятельная внеаудиторная работа как фактор социально-профессиональной адаптации обучающихся медицинского колледжа.....	76

<i>Ефимова Е.Н., Клушина И.В., Панькова Т.И., Пронина Н.А.</i>	
Активное повышение квалификации на протяжении всей профессиональной жизни.....	78
<i>Игошева И.Н.</i>	
Качество жизни и психическое здоровье пациентов с сахарным диабетом.....	81
<i>Исаева Т.А. , Пронкина А.С.</i>	
Этика и культура поведения медицинской сестры	83
<i>Кирбичёва Т.Н.</i>	
Профессиональная ориентация старшеклассников: проблемы и решения.....	85
<i>Кирсанова И.В.</i>	
Патриотизм, милосердие и гуманизм как основа личностного роста медицинского работника.....	88
<i>Кирюшина О.А.</i>	
Качество жизни и психическое здоровье пациентов с гипертонической болезнью.....	89
<i>Кленовкина Е.Р.</i>	
Беременность без анемии.....	93
<i>Клушина И.В., Панькова Т.И., Пронина Н.А.</i>	
Этические проблемы во взаимоотношениях молодых специалистов с пациентами.....	95
<i>Козеевская Н.А.</i>	
История среднего профессионального медицинского образования в России.....	97
<i>Козлова А.Н.</i>	
Психологические особенности ухода медицинской сестры за женщинами с послеродовой депрессией в родильном доме.....	104
<i>Козлова А.Ж.</i>	
Актуальные вопросы деятельности акушерки по ведению беременных с пороками сердца.....	107
<i>Колесниченко В.Н.</i>	
Понимание необходимости непрерывного образования как одно из направлений подготовки специалиста по социальной работе.....	110
<i>Колесниченко Г.В.</i>	
Моя профессия – фармацевт.....	113
<i>Королева Е.И., Гарамова Е.Н., Головачева Э.Ю.</i>	
Этические проблемы во взаимоотношениях студентов и молодых специалистов с пациентами.....	115
<i>Короткова О.Л., Хамидуллин М.А.</i>	
Анализ мотивации студентов к изучению учебных дисциплин естественнонаучного цикла.....	117
<i>Косолапов А.А.</i>	
Медико-социальные аспекты черепно-мозговых травм и методы совершенствования нейрохирургической помощи пострадавшим.....	119

<i>Костерина А.В.</i>	
Исследовательский проект: «особенности тактики фельдшера при оказании медицинской помощи больным ГЛПС».....	122
<i>Котляров С.Н.</i>	
Возможности защиты кандидатской диссертации в период обучения по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре... <i>Котова Н.Ю., Гарамова Е.Н., Головачева Э.Ю.</i>	124
Роль самостоятельной работы в освоении общих и профессиональных компетенций..... <i>Котова Т.А., Наянова Е.С., Волкова Н.С.</i>	127
Молодежный совет по качеству: новый формат работы, итоги и перспективы..... <i>Котова Т.А., Наянова Е.С., Волкова Н.С.</i>	130
Воспитание как критерий качества медицинского образования..... <i>Кубынина Т.Н., Кондрат Т.Г.</i>	132
Стресс в работе фельдшера скорой медицинской помощи, вызванный агрессией со стороны пациентов..... <i>Кузнецова С.А., Нистратова С.Е.</i>	134
Метод индивидуального проекта в преподавании дисциплин общеобразовательного цикла..... <i>Ластушкина Г.П.</i>	136
Роль библиотеки медицинского колледжа в непрерывном медицинском образовании..... <i>Лигарева О.Н.</i>	140
Совершенствование качества работы сестринского персонала..... <i>Меркулова В.С.</i>	142
Оценка студентами качества профессиональной подготовки в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»..... <i>Меркулова Ю.Е.</i>	145
Исследовательская деятельность студентов и молодых специалистов: цель, задачи, перспективы..... <i>Минашкина Т.Г., Гарамова Е.Н., Головачева Э.Ю.</i>	148
Проблемы адаптации молодых специалистов и эффективность наставничества..... <i>Миронова С.Н.</i>	151
Визуальные коммуникации в обучении студентов медицинского колледжа как средство формирования профессиональных компетенций..... <i>Морозов А.Н., Ерин Д.А.</i>	155
Этическое и нравственное воспитание будущих медицинских работников путем организации досуга в общежитиях ВГМУ им. Н.Н. Бурденко..... <i>Ногаллер А.М.</i>	157
Плюсы и минусы внедрения технических достижений в медицину (глазами пациента – врача).....	159

<i>Ногаллер А.М.</i>	
Врач – вечный студент.....	162
<i>Назаркина Д.М., Иванова М.</i>	
Особенности организации периода адаптации обучающихся в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж».....	164
<i>Никулина Н.Н.</i>	
Роль клинического мышления в системе современного медицинского образования.....	168
<i>Никифорова Г.Н., Дрожжина Е.А.</i>	
Роль волонтерства в личностно-профессиональном становлении обучающихся рязанского медицинского колледжа.....	171
<i>Ороджова О.И., Гасanova С.М., Дубинина Е.В., Лотарева И.Ф.</i>	
Патриотизм, милосердие и гуманизм как основа личностного роста медицинского работника	175
<i>Поцелуева Е.В.</i>	
Профессиональная социализация студентов на основе народной мудрости.....	178
<i>Римская Г.В., Музланов Ю.А.</i>	
Формирование экологического мировоззрения: научно-исследовательская направленность деятельности развивающейся личности.....	180
<i>Самойлова Н.С.</i>	
Комплексный подход к повышению квалификации медицинской сестры в оказании специализированной медицинской помощи.....	187
<i>Саратцева М.А.</i>	
Особенности внедрения современных технологий в хирургическом отделении.....	189
<i>Свирина А.В., Захарова В.А., Мунтян Ю.В., Поцелуева Е.В.</i>	
Учебно-исследовательская работа обучающихся как основа непрерывного образования будущих специалистов (из опыта работы студенческого научно-исследовательского кружка по микробиологии).....	193
<i>Селюженок Е.Р., Агафонова Т.П.</i>	
Этические и духовно-нравственные основы медицинской деятельности.....	196
<i>Семенова М.И.</i>	
Этические и духовно-нравственные основы деятельности медицинской сестры функциональной диагностики.....	199
<i>Слученкова М.В.</i>	
Роль среднего медицинского персонала в организации работы по снижению перинатальной смертности.....	202
<i>Сметанина Г.П., Сметанин В.Н., Пронина Н.А., Сметанин Н.В.</i>	
Аттестация как механизм оценки уровня качества непрерывного профессионального образования и профессионального развития медицинского и фармацевтического персонала.....	206

Спичка Н.А.

Развитие профилактической направленности в деятельности сестринского медицинского персонала.....210

Старикова А.

Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушерки...214

Стародубцева О.С., Шестакова А.А., Богословская Л.В.

Результаты изучения удовлетворенности студентов специальности «Медико-профилактическое дело» качеством образовательных услуг...216

Степанова Т.Я.

Научно-исследовательская деятельность студентов в работе педиатрического кружка, как одно из направлений формирования общих и профессиональных компетенций.....219

Судникова Е.Н.

Организация медицинской и социальной помощи одиноким и пожилым людям.....221

Сулимова Т.

Оценка восприятия устрашающих картинок антитабачной рекламы.....225

Сучкова И.А.

Роль сестринской службы в формировании здорового образа жизни и приверженности к лечению среди лиц мужского пола.....226

Тишкова О.Ю.

Экстренная и неотложная медицинская помощь.....229

Тишкова О.Ю.

Проблемы качества оказания неотложной помощи и пути их решения ...232

Трошина Т.И.

Основные направления деятельности фельдшера по профилактике врожденного сифилиса.....235

Федорова А.В., Кузина Л.Л.

Проблематика развития инновационной культуры на предприятии.....237

Халилова Е.В.

Распространенный гнойный перитонит.....240

Хромышева Г.Н.

Механизмы профессиональной социализации студентов и молодых специалистов.....243

Черемушкина А.

Изучение коморбидности у пациентов терапевтического профиля.....246

Чернилина М.

Особенности сестринского ухода за пациентами с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.....248

Шикова А.И.

Инновационные технологии в медицине.....252

<i>Штерцер А.Г., Тычинин Н.М.</i>	
Создание условий для эффективного развития научно-исследовательских способностей выпускников колледжа.....	256
<i>Шумова А.Л.</i>	
Актуальные вопросы подготовки специалистов среднего звена в области медицинской профилактики.....	259
<i>Шумова А.Л., Аблицов А.И.</i>	
Особенности подготовки медицинских сестер в области реабилитационного ухода на основе компетентностного подхода.....	262
<i>Юренкова М.М.</i>	
Учёт индивидуальных типологических особенностей в работе с пациентами, как один из путей решения этических проблем в медицине.....	265
<i>Эйвазова Р.М.</i>	
Особенности деятельности акушерки по профилактике акушерских кровотечений в послеродовом периоде.....	268
<i>Ягодкина О.Ю.</i>	
Организация сестринской помощи больным сахарным диабетом в амбулаторно-поликлиническом звене в условиях мегаполиса.....	270

Научное издание

Материалы

Всероссийской конференции студентов и молодых специалистов
с международным участием

**РЕАЛИЗАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ**

Сдано в печать 26.04.2016.

Бумага писчая. Гарнитура Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 17,5. Тираж 21 экз. Заказ № 390.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Отпечатано в редакционно-издательском отделе
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России
390026, г. Рязань, ул. Т. Шевченко, 34