

**АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ
«ACADEMY OF NATURAL HISTORY»**

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ЖУРНАЛ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**INTERNATIONAL JOURNAL
OF EXPERIMENTAL
EDUCATION**

Учредители –
Российская
«Академия
Естествознания»
Европейская
«Академия
Естествознания»

123557, Москва,
ул. Пресненский
вал, 28

ISSN 1996-3947

АДРЕС ДЛЯ
КОРРЕСПОНДЕН-
ЦИИ
105037, Москва,
а/я 47

Тел/Факс. редакции –
(841-2)-56-17-69
edition@rae.ru

Подписано в печать
20.11.2015

Формат 60x90 1/8
Типография
ИД «Академия
Естествознания»
440000, г. Пенза,
ул. Лермонтова, 3

Усл. печ. л. 32,5
Тираж 100 экз.
Заказ МЖЭО 2015/11

© Академия
Естествознания

№ 11 ноябрь 2015
Научный журнал
SCIENTIFIC JOURNAL

Часть №6

Журнал основан в 2007 году
The journal is based in 2007
ISSN 1996-3947

Импакт фактор
РИНЦ – 0,532

Электронная версия размещается на сайте www.rae.ru

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., профессор М.Ю. Ледванов

EDITOR

Mikhail Ledvanov (Russia)

Ответственный секретарь

к.м.н. Н.Ю. Стукова

Senior Director and Publisher

Natalia Stukova

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Курзанов А.Н. (Россия)
Романцов М.Г. (Россия)
Дивоча В. (Украина)
Кочарян Г. (Армения)
Сломский В. (Польша)
Осик Ю. (Казахстан)

EDITORIAL BOARD

Anatoly Kurzanov (Russia)
Mikhail Romantzov (Russia)
Valentina Divocha (Ukraine)
Garnik Kocharyan (Armenia)
Wojciech Slomski (Poland)
Yuri Osik (Kazakhstan)

В ЖУРНАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖВУЗОВСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
««Иновационные процессы в образовании и науке»
(г. Краснодар, 30 ноября 2015 года)**

Тезисы докладов публикуются в авторской редакции.
Техническое редактирование и верстка Бондини О.В.

Подписано в печать 20.11.2015

© «Академия Естествознания»

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

Формат 60x90 1/8

Способ печати – оперативный, офсет

Усл. печ. л. 32,5. Тираж 100 экз. Заказ 56.

Типография ООО «редакция газеты «Всякая Всячина».

350020, г. Краснодар, ул. Бабушкина, 252. Тел. (861) 259-41-59.

E-mail: vs_vs@tsrv.ru, designer_vsvs@pochta.ru

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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



МАТЕРИАЛЫ

МЕЖВУЗОВСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Инновационные процессы в образовании и науке»

(г.Краснодар, 30 ноября 2015 г.)

Краснодар
2015

УДК 378.1

ББК 74.58

Редакционная коллегия:

к.м.н., профессор Шаповалов К.В.

к.м.н., доцент, профессор РАЕ Аслоньянц А.М.

д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕ Борисов Ю.Ю.

к.п.н., доцент, профессор РАЕ Беялова М.А.

к.м.н., доцент Рамонова Л.П.

Материалы научно-практической конференции посвящены проблемам непрерывного профессионального образования и отражают приоритетные направления развития общества и образования:

- профессиональное образование в системе интегративных гуманитарных образовательных пространств;
- тенденции и перспективы непрерывного профессионального образования;
- преемственность как динамическая характеристика профессионального образования;
- педагогические технологии профессионального образования;
- воспитание в структуре профессионального образования;
- формирование профессионально-исследовательской культуры специалиста в системе многоуровневого профессионального образования.

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

Рекомендованы к изданию Редакционно-издательским советом
УиНМС МАОУ ВПО «КММИВСО», протокол №1 от 03.11.2015г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВОСПИТАНИЕ МОЛОДЕЖИ НА ПРИМЕРЕ ЛИТЕРАТУРНЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ.....	763
<i>Авакова М. Я.</i>	
РОЛЕВЫЕ ПОЗИЦИИ ЖЕНЩИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ.....	765
<i>Аверкина Т.О., Мороз В.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА.....	769
<i>Аверкина Т.О.</i>	
СВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТА С ШИЗОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ.....	771
<i>Алексеева Е.Б., Третьякова В.Ю.</i>	
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	774
<i>Антюшина Т.Ю., Чалов В.Н.</i>	
ВЛИЯНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СТУДЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ КАРЬЕРНЫХ УСТРЕМЛЕНИЙ.....	776
<i>Антюшина Т.Ю.</i>	
АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОФИСОВ «ИНВИТРО».....	778
<i>Аслоньянц А.М., Калинина В.А., Мураховская Н.В.</i>	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ.....	782
<i>Аслоньянц А.М., Нефедов П.В., Калинина В.А., Ткаченко А.В.</i>	
MODERN PROBLEMS OF PROFESSIONAL EDUCATION.....	785
<i>Ahimbabaeva Nargiza</i>	
САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ.....	788
<i>Бекетова Е.А.</i>	
ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИННОВАЦИЙ В ОБРАЗОВАНИИ.....	791
<i>Белялова М.А.</i>	
ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ.....	794
<i>Белялова М.А., Деды А.А.</i>	
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПРАКТИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВКУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	796
<i>Белялова М.А., Мороз В.А.</i>	
МЕТОДИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ ПРОЦЕСС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ВУЗЕ	798
<i>Белялова М.А.</i>	

- РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТИМУЛИРОВАНИИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИТУАЦИОННО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ «ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА»..... 801**
Бондаренко Н.А., Сотникова Н.В.
- ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА..... 803**
Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П., Ломоносова Г.Г., Щербинина И.Г.
- LET'S EXAMINE YOUR HEALTH STATUS, ИЛИ ЗАЧЕМ МЕДСЕСТРЕ АНГЛИЙСКИЙ 805**
Брашован Е.А.
- АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ВОСПИТАНИЯ..... 808**
Верзина В.В., Алексеева Е.Б.
- РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 810**
Водинова Н.Ю., Мороз О.Н.
- РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ..... 812**
Вольская Ю.И., Мороз О.Н.
- ОПИОИДЕРГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СЛИЗЕВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ..... 813**
Ворончихина Ю.К., Борисов Ю.Ю.
- РЕАЛИЗАЦИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ 815**
Гарин А.В., Баранникова Н.В.
- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)..... 816**
Головина А.М.
- ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КРУПНЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ СПОРТИВНЫХ СОРЕВНОВАНИЙ 818**
*Городин В.Н., Брюханова Г.Д., Завора Д.Л., Ковалёва И.А., Замятин С.И.,
 Брюханов А.Ф., Рудова Е.С.*
- РАЗРАБОТКА УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ «СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» И ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ СОВРЕМЕННЫХ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ 822**
*Городин В.Н., Наумов Г.Н., Мойсова Д.Л., Еремина Г.А., Книжник Т.А., Коваленко Е.Е.,
 Ахмедова О.А., Кондрашова О.В., Шубина Г.В., Яковчук Е.Е., Чернявская О.В.*

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ КММИВСО	826
<i>Григорьева Ю.О., Мороз В.А.</i>	
НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ АКЦЕНТУАЦИЯХ ХАРАКТЕРА, КАК ФАКТОР ОБРАЗОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ	829
<i>Григорьева Ю.О., Чалов В.Н.</i>	
АФФЕКТИВНЫЙ, ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ И АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА	832
<i>Григорьева Ю.О.</i>	
ПРОБЛЕМА «РАБОТАЮЩИХ БЕДНЫХ» В СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА.....	834
<i>Григорян М.Э.</i>	
ФУТБОЛ - КОМАНДНЫЙ ВИД СПОРТА.....	837
<i>Давудов Т.С.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	840
<i>Добровольская П.Э., Ковалёва А.С.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	847
<i>Дробышева О.М.</i>	
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	852
<i>Знаменок О.Н., Чалов В.Н.</i>	
КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ.....	854
<i>Знаменок О.Н.</i>	
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ЭТИКА, ПРАВО И МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГИИ».....	857
<i>Зобенко А.В., Пильщикова В.В., Шильцова Т.А.</i>	
СЕЛФИ-АДДИКЦИЯ: БОЛЕЗНЬ ИЛИ СПОСОБ САМОРЕАЛИЗАЦИИ	860
<i>Зурабян С., Брашован Е.А.</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ОРГАНИЗАТОРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ФАКУЛЬТЕТЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МАОУ ВПО КММИВСО	862
<i>Ильченко Г.В., Шаповалов К.В., Калинина Е.А., Ищенко О.Ю.</i>	
ИГРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	866
<i>Ищенко В. И.</i>	

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КУЛЬТУРЫ СПЕЦИАЛИСТА В МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ «СПОСОБНОСТЬ И ГОТОВНОСТЬ К ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».....	868
<i>Ищенко О.Ю., Калинина Е.А., Марьина А.А.</i>	
ВЛИЯНИЕ ПЕРИТОЛА НА СЛИЗЕВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	871
<i>Кгузенко И.В., Пархоменко Ю.В.</i>	
ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВ НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	873
<i>Киргуева Р.А., Губарева А.Н.</i>	
СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ	875
<i>Климанова В.Е., Чалов В.Н.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СДАЧИ ЭКЗАМЕНОВ	877
<i>Климанова В.Е.</i>	
ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ И ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ.....	880
<i>Ковалёва А. С., Пняк И.С.</i>	
ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ РАСШИРЕННОЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СТУДЕНЧЕСКОМ СПАСАТЕЛЬНОМ ОТРЯДЕ	882
<i>Колодкин А.А., Старченко В.И., Линченко С.Н., Арутюнов А.В.</i>	
ГУМАНИСТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	884
<i>Крайнюкова З.В.</i>	
СОЦИАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ	887
<i>Курьшико Н.С., Авакова М.Я.</i>	
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	888
<i>Кучерова М.С.</i>	
РАБОТА СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ГБОУ ВПО КУБГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ.....	891
<i>Лапина Н.В., Старченко Т.П., Гришечкин С.Д., Сеферян К.Г., Старченко В.И., Сидоренко А.Н.</i>	
ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЦЕНТРЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ГБОУ ВПО КУБГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ ОСНОВАМ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	893
<i>Лапина Н.В., Старченко Т.П., Попков В.Л., Кочконян Т.С., Старченко В.И., Сеферян К.Г.</i>	

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ	896
<i>Лекаца А.Н.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ЛПУ	897
<i>Лынова Е.Н., Хитайленко Ю.Н.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ЛПУ ...	899
<i>Лынова Е.Н., Шаповалов К.В.</i>	
ПРОБЛЕМА РАЗВОДОВ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ СЕМЬЕ	903
<i>Мавриди Н.К., Коробская Н.</i>	
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	905
<i>Малова Ю. Ю.</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЛЬТРАТА.....	907
<i>Мороз О.Н., Рупина А.А.</i>	
ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА ПОСРЕДСТВОМ БЫТОВОЙ СКАЗКИ	908
<i>Мурзаева М.А., Лисицына В.О.</i>	
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАЛЕЙ КАК ОБЪЕКТ ТЕОРЕТИКО-ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	910
<i>Мухамедов А.А., Абдукаххоров З.</i>	
ВВЕДЕНИЕ ЛЕКСИКИ С УЧЁТОМ ГРАММАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧАСТЕЙ РЕЧИ	913
<i>Науменко Н.П.</i>	
НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ	916
<i>Носиков Д.В., Городин В.Н., Зотов С.В., Дитрих Л.И., Кулик О.А.</i>	
ТЕОРИЯ АГРЕССИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА ПРИ ИЗУЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	919
<i>Прищеп Л.В., Алексеева Е.Б.</i>	
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	921
<i>Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	925
<i>Ревенко И. М., Редько М. Г.</i>	
ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЧЕБНОГО КАБИНЕТА.....	928
<i>Рудеева О.А., Егорова Н.А.</i>	

КРЕАТИВНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В ФОРМИРОВАНИИ ИННОВАЦИОННОГО МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТА	930
<i>Рудеева О.А., Егорова Н.А.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ РАЗНОГО ВОЗРАСТА	931
<i>Савункина А.А., Богданова Т.А.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ НЕВЕРБАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	933
<i>Савункина А.А., Латышев В.А.</i>	
ОПЫТ НАРОДНЫХ ТРАДИЦИЙ ПРИ ОБЩЕНИИ С БЕРЕМЕННОЙ И ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ПЛОДА, ОТРАЖЕННАЯ В НАРОДНЫХ ТРАДИЦИЯХ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА	936
<i>Савункина А.А., Мысс С.Г.</i>	
ИМИДЖ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ	938
<i>Савункина А.А.</i>	
РОЛЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	941
<i>Салалыкина Е.В., Аракелова К.А.</i>	
КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	943
<i>Салалыкина Е.В., Дзоценидзе Е.И.</i>	
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ	945
<i>Салалыкина Е.В., Алексеева Л.Н.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТИ ИНТЕРНЕТ В ПРЕПОДАВАНИИ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ И МАТЕМАТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	947
<i>Саломатина Е.А., Ковалева В.В.</i>	
ДЖИНИРОВАНИЕ КАК АСПЕКТ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	948
<i>Саримсаков А., Каримов А., Марданов Б.</i>	
СПОРТ И ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ	951
<i>Саруханян Л.А., Давудов Т.С.</i>	
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	955
<i>Сотникова Н.В., Круглая Я.А.</i>	
ПРОБЛЕМА НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В СФЕРЕ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	956
<i>Сотникова Н.В., Пелипенко А.А.</i>	

ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.....	958
<i>Ступникова О.В.</i>	
ПЕРЕРАБОТКА ХЛОПКА-СЫРЦА: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.....	960
<i>Тадаева Е., Каримов А., Исманов М.</i>	
ПРОБЛЕМА «ОТЦОВ» И «ДЕТЕЙ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	962
<i>Тарасенко Д.Н., Лекаца А.Н.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ И ФЬЮЧЕРСНЫЙ АНАЛИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ	963
<i>Ткаченко А. В., Калинина В.А., Слинькова Т.А.Аслоньянц А.М.</i>	
ПУТЬ УТИЛИЗАЦИИ ФИТОМАТЕРИАЛА.....	966
<i>Ткаченко А.В., Аслоньянц А.М., Амоян Э.Ф.</i>	
ПРОБЛЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ТВОРЧЕСТВА.....	967
<i>Ткаченко А.В., Аслоньянц А.М., Амоян Э.Ф.</i>	
ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ИХ СОДЕРЖАНИЯ В ВОЗДУХЕ.....	971
<i>Ткаченко А.В., Соколова П.С., Аслоньянц А.М., Дьякова Д. А.</i>	
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА	972
<i>Третьякова В.Ю.</i>	
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛУЧЕНИЯ АЗОТНО-ФОСФОРНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОДЕРЖАЩИХ УДОБРЕНИЙ.....	975
<i>Уктамов Д.А., Таджиев С.М., Тухтаев С., Тураев З., Нишионов У.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МИНИ-ПРОЕКТОВ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО БИОЛОГИИ	978
<i>Ходос Е.О.</i>	
ПРОБЛЕМА ТРУДОУСТРОЙСТВА МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ	981
<i>Цику Л.Х., Пняк И.С.</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ	985
<i>Цику Л.Х.</i>	
РАЗВИТИЕ ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ КУРСАНТОВ.....	986
<i>Цуприкова О.К.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ.....	988
<i>Чаплин А.В., Аверкина Т.О.</i>	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ	991
<i>Чаплин А.В., Шацкая С.С.</i>	

ВЗАИМОСВЯЗЬ КРЕАТИВНОСТИ И УРОВНЯ УСПЕВАЕМОСТИ МЛАДШИХ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК.....	993
<i>Чаплин А.В.</i>	
ЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ И РОЛЬ РАЗГОВОРНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ОБУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ	996
<i>Чумак Л.Л.</i>	
СНОВИДЕНЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	998
<i>Шацкая С.С.</i>	
НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ.....	1000
<i>Шевченко К.А., Чалов В.Н.</i>	
РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ «АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА».....	1004
<i>Шемшюра А.Б., Городин В.Н., Зотов С.В., Наумов Г.Н., Ефремова М.В.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ	1008
<i>Шильцова Т.А., Пильщикова В.В., Лебедева И.С., Зобенко А.В.</i>	

ВОСПИТАНИЕ МОЛОДЕЖИ НА ПРИМЕРЕ ЛИТЕРАТУРНЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ

Авакова М. Я.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Нельзя заново возделать
русское поле,
Не возделывая души чело-
веческие...
И тут огромная роль при-
надлежит литературе».

Ф. Абрамов

Давно замечено, что сильная лите-
ратура появляется в тревожное время.
Именно литература в такой период при-
нимается за обновление личности. Это
произведения Чингиза Айтматова, Васи-
ля Быкова, Валентина Распутина, Вик-
тора Астафьева и др.

В. Астафьев - человек, которому
известны и близки были все проблемы
нашей подчас нелегкой жизни. Виктор
Петрович прошел войну рядовым, знал
все тяготы послевоенной жизни. Он со
своей мудростью и опытом относился к
тем людям, к советам и наказаниям которых
нужно не только прислушиваться, а ста-
раться выполнять их. Но Астафьев не
выступал в роли пророка, он просто пи-
сал о том, что ему близко и что волнова-
ло его.

Хотя произведения Виктора Пет-
ровича относятся к современной русской
литературе, проблемам, которые в них
часто поднимаются, уже не одна тысяча
лет. Вечные вопросы добра и зла, нака-
зания и справедливости уже давно за-
ставили человека искать на них ответы.
Но это оказалось делом очень сложным,
потому что ответы кроются в самом че-

ловеке, а в нас переплелись добро и зло,
честность и бесчестье. Имея душу, мы
часто бываем равнодушными. У всех
есть сердце, но нередко нас называют
бессердечными. В романе Астафьева
"Печальный детектив" поднимаются
проблемы преступления, наказания и
торжества справедливости. Тема романа
- нынешняя интеллигенция и нынешний
народ. В произведении рассказывается о
жизни двух небольших городков: Вейска
и Хайловска, о людях, живущих в них, о
современных нравах. Когда говорят о
маленьких городах, в сознании возника-
ет образ тихого, мирного места, где
жизнь, наполненная радостями, течет
медленно, без особых чрезвычайных
происшествий. В душе появляется чув-
ство умиротворения.

Но ошибается тот, кто так думает.
На самом деле жизнь в Вейске и Хай-
ловске течет бурным потоком. Молодые
люди, напившись до такой степени, ко-
гда человек превращается в животное,
насилуют женщину, которая годится им
в матери, а родители оставляют ребенка
запертым в квартире на неделю. Все эти
картины, описанные Астафьевым, при-
водят нас, читателей, в ужас. Становится
страшно и жутко. Слыша каждый день
о различных происшествиях, мы порой
не обращаем на них внимания, а собран-
ные в романе, они заставляют снять ро-
зовые очки и понять: если это произо-
шло не с тобой, то не значит, что это те-
бя не касается. Роман заставляет задуматься
над своими поступками, огля-
нуться назад и посмотреть, что ты сде-
лал за прожитые годы. После прочтения
задаешь себе вопрос: "А что я сделал
доброе и хорошего? Замечал ли я, когда
человеку рядом со мной было плохо?"
Начинаешь задумываться над тем, что
равнодушие является таким же злом, как
и жестокость.

Главным героем повести является оперативный работник милиции Леонид Сошнин. Он - сорокалетний мужчина, получивший несколько ранений при исполнении служебных обязанностей, - должен уйти на пенсию. Уйдя на заслуженный отдых, он начинает писать, пытаясь разобраться, откуда в человеке так много злости и жестокости.

Где она у него копится? Отчего вместе с этой жестокостью существует в русских людях жалость к арестантам и равнодушие к самим себе, к соседу - инвалиду войны и труда? Главному герою, честному и смелому оперативному работнику, Астафьев противопоставляет милиционера Федора Лебеду, который потихонечку служит, переходя с одной должности на другую. На особо опасных выездах он старается жизнью не рисковать и предоставляет право обезвреживать вооруженных преступников своим напарникам, и не очень важно, что у напарника нет табельного оружия, потому что он недавний выпускник милицейского училища, а у Федора есть табельное оружие. Ярким образом в романе является тетя Граня - женщина, которая, не имея своих детей, отдавала всю любовь детям, игравшим около ее дома на железнодорожной станции, а затем детям в Доме ребенка. Часто герои произведения, которые должны вызывать отвращение, вызывают жалость. Урна, превратившаяся из женщины, занимавшейся самодеятельностью, в пьяницу без дома и семьи, вызывает сочувствие. Она орет песни и пристает к прохожим, но становится стыдно не за нее, а за общество, отвернувшееся от Урны. Сошнин говорит о том, что ей пытались помочь, но ничего не получилось, а теперь на нее просто не обращают внимания. Есть в городе Вейске свои Добчинский и Бобчинский. Астафьев даже не изменяет фамилии этим людям и дает характери-

стику им цитатой из "Ревизора" Гоголя, опровергая тем самым известное изречение о том, что ничто не вечно под луной. Все течет, все изменяется, а такие люди остаются, меняя одежду XIX века на модный костюм и рубашку с золотыми запонками XX века.

«Первостепенная задача писателя – противостоять злу, утверждая добро», – говорил Астафьев. Так он и делает. Он не идеализирует своих героев, не щадит ни героев, ни читателей. Читать Астафьева – не развлечение, так как его книги в ответ на искренность писателя ждут от читателя, прежде всего, совестливой требовательности.

Роман читать трудно. Как мы живем? Почему властвует в жизни зло? Как же его победить? Сам герой романа Л. Сошнин задумался, откуда идут корни зла. И понял – из семьи. Астафьев заставил нас поразмышлять над жизненными проблемами, посмотреть, а точнее всмотреться в себя, в близких и знакомых. Задуматься над тем, что в человеке живет два начала: зло и добро. А вот что победит? Это зависит и от самого человека, и от общества. Владимир Тендряков, переключаясь с Астафьевым, пишет: «Я горжусь своим народом, он дал миру великих человеколюбцев – Герцена и Толстого, Достоевского и Чехова. И задаю себе вопрос: мой народ, частицей которого я являюсь, – люди или нелюди?!» И книги Астафьева, взывая к человеческому разуму и человеческой душе, заставляют задуматься о том, какие мы есть!

Литература:

1. «Созидание, милосердие, братство» (Беседа с В. Астафьевым, записана Л. Полухиной).
2. Астафьев В. П. Собр. соч. в 6 томах. М.: Терра, 2005 г.

РОЛЕВЫЕ ПОЗИЦИИ ЖЕНЩИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Аверкина Т.О., Мороз В.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В связи с тем, что социальная роль женщины в современном обществе за последние десятилетия претерпевает радикальные изменения, естественно, меняются статусы представительниц слабого пола. Так, психологи-современники склонны рассматривать следующие основные категории женщин: лидеры, карьеристки, домохозяйки, обладательницы свободных профессий.

Положение женщины в обществе постоянно привлекало внимание научной мысли. В истории, философии, естественных науках, религии нередко высказывались совершенно противоположные мнения, по-разному решалась эта проблема. Особенно много противоречивых высказываний о роли женщины в обществе и семье можно найти в религии. Например, 1400 лет тому назад Маконский церковный собор официально рассматривал вопрос: «Есть ли у женщины душа?» Почти половина присутствующих представителей духовенства ответили на этот вопрос отрицательно. Собор христианской церкви, перевесом лишь в один голос, все же пришел к заключению, что у женщины, существа хотя и низшего, все-таки имеется какое-то подобие души. Подобный взгляд есть результат того, что на протяжении тысячелетий женщине не давали возможности проявить свой интеллект. Постоянно обсуждался вопрос об истинной человеческой ценности ее как члена общества, как объекта интимных отношений. Женщину превратили в рабы-

ню своего господина. Ее уделом становится рождение детей и удовлетворение всех прихотей мужчины [5].

В Средневековье усиливается традиционное презрение к женщине. Считается, что отношения со «слабым полом» – страшное грехопадение.

Об истинной ценности женщины как члена общества, имеющего равные права с мужчиной, казалось бы, должны были вспомнить в эпоху Ренессанса. Однако все ограничилось лишь тем, что женщина стала объектом эстетического поклонения, сохраняя при этом свое подчиненное положение. Даже Ж.Ж. Руссо, признававший равные способности мужчин и женщин, все же был сторонником традиционной мужской власти, считая, что жена должна быть кроткой, подчиняться мужчине и приучаться выносить от него все, даже несправедливость.

Эпоха капитализма характеризуется наличием множества течений, точек зрения на место и роль женщины в обществе. Наполеон Бонапарт призывал к улучшению женского воспитания. Однако уделом женщин считал только рождение детей.

Буржуазное общество породило множество псевдотеорий о мнимой неполноценности женщин. А. Шопенгауэр, Ф. Ницше, О. Вейнингера и др. утверждали, что природа одарила женщину лишь притворством, лживостью, склонностью к изменам, неблагодарностью. «Низкорослый, узкоплечий, широкобедрый пол мог называть красивым только отуманенный половым побуждением рассудок мужчины... Женщина по своей натуре обречена на повиновение, ей нужен господин... самые блестящие представительницы этого пола никогда не производили... ничего истинно великого и самобытного» [10]. Эти слова Шопенгауэра отражали эпоху мужского права, тирании, а

также и индивидуальные особенности автора.

По мнению О. Вейнингера, гениальность совершенно недостижима для женщины. Она лишена «оригинальности сознания: последнее она заимствует от своего мужа. Она живет бессознательно, муж — сознательно...» [3]. Женщина лишена логики: «Истинно женское существо не знает ни логического, ни нравственного императива».

Платон предполагал, что в будущем идеальном государстве оба пола должны будут освоить одни и те же занятия и ремесла. Женщинам наравне с мужчинами придется участвовать в войне, в силу чего они должны овладеть воинскими навыками [7]. Но, вместе с тем, Платон писал: «Насколько женская природа по своему достоинству хуже нашей, мужской, настолько же она превосходит нас своей многочисленностью». По его мнению, женщина, наделенная множеством недостатков, служит средством достижения мужского счастья на Земле. Подобную же точку зрения высказывает и древнегреческий философ Аристотель. Он говорил, что женщина способна мыслить, но в крайне «слабой степени». Ее подчиненная роль в семье объясняется, якобы, недостаточным развитием женщины [1].

Н.Г. Чернышевского возмущало, что женщина занимает недостойное место в семье и обществе. По его мнению, женщина играла до сих пор такую ничтожную роль в умственной жизни потому, что господство насилия отнимало у нее и средства, и стремление к развитию.

Вряд ли имело бы место столь негативное отношение к женщине, если бы общество на всех этапах своего развития было цивилизованным. То, что нет неполноценной женщины, как и неполноценного мужчины, говорит наука [5].

В современном обществе, постоянно претерпевающим изменения в сфере социума и культуры, «женский вопрос» чрезвычайно актуализировался: положение женщины все более зависит от ситуации в обществе, от того, как быстро и успешно идет социально-культурная реформа и реформа правовых аспектов жизни, развитие светских начал внутри института семьи.

Современные тенденции социально-культурного развития общества, характеризующиеся глобальностью и социальной насыщенностью, динамичностью и самое главное – формированием нового, отвечающего запросам общества статуса женщины, предоставили возможность иначе оценить её роль в обществе. Семья - институт чрезвычайно консервативный, изменений в нем происходит сравнительно мало. Главным изменением, которое произошло в российской семье за последнее время, по словам О. Здравомысловой, является позиция женщины. Ее все возрастающую общественную и профессиональную активность называют иногда «тихой революцией XXI века». В России сейчас особое значение приобрела ценность социального успеха. Значительно возрастает количество женщин, которые сознательно хотят добиться успеха в обществе и личного успеха. Но при этом ни они сами, ни будущие их партнеры пока не готовы принять, что жена будет слишком много времени уделять не просто работе, а своему карьерному росту и публичной роли в обществе [4].

Женщинам становятся неинтересны традиционные сюжеты: выйти за состоятельного человека и иметь полный комфорт. Преобладают женщины, которые хотят быть организаторами своей жизни, с очень высокой ценностью личной независимости. Они не готовы жертвовать своими достижениями ради семьи. Но при этом страдают

от одиночества. Это основное противоречие женщин молодого поколения. Женщины стремятся получить высшее образование, реализоваться. А если некоторые и хотят быть домохозяйками, то не на всю жизнь, а лишь на время воспитания маленьких детей. Женщины, относящиеся к среднему классу или близкие к нему, сначала получают образование, стараются встать на ноги и только потом решаются строить семью. Часто у них бывают так называемые пробные браки. Такой брак превращается в постоянный или распадается. Женщины, покинув веками принадлежавшее им место у семейного очага, вышли на арену общественной жизни и заявили о себе как о самостоятельной силе современной цивилизации [9].

Особо стоит отметить, что сегодня женщина не может позволить себе ограничиться лишь одной социальной ролью, будь то мама или бизнес-леди. Наиболее приемлемо сочетание ряда статусных позиций, ролей как на уровне института семьи, отношений внутри семьи, так и внутри общества как макроинститута. Современная женщина стремится гармонично сочетать и успешно реализовывать те социальные роли, которые для неё важны и интересны. Усилилась гендерная асимметрия рынка труда, восходящая социальная мобильность стала уделом многих современных женщин. В связи с этим произошла переоценка ценности семьи как социального института, важности её проблем, а также потребностей, которые необходимо и целесообразно удовлетворять в семье. Таким образом, статусно-ролевые позиции женщины меняются не только под воздействием внешних социально обусловленных условий, но и в силу внутренних процессов своего развития [8].

Исследование проводилось на базе Краснодарского муниципального ме-

дицинского института высшего сестринского образования. Респондентами явились студентки 2 курса специальности «Сестринское дело» (бакалавриат) и специальности «Клиническая психология» (специалитет). Возрастной ценз респондентов: 18 – 20 лет.

Результаты исследования по методике «Кто я?» показали, что каждая студентка выбирает или уже выбрала свою индивидуальную жизненную позицию.

Социальные роли были распределены следующим образом: 1) гендерные роли, включающие семейный статус личности: дочь - 60%, девушка – 53,3%, будущая мать - 20%, сестра - 20%, внучка - 6,6%, тетя - 6,6%, желанный ребенок – 6,6%; 2) профессиональные роли: будущий медработник – 13,3%, танцор – 13,3%, повар – 6,6%, будущий психолог – 13,3%, актриса – 6,6%; 3) другие социальные роли: студентка – 80%, личность – 66,6%, человек – 100%, друг - 60%, староста – 6,6%, соседка – 6,6%, индивид – 13,3%. Индивидуализированные характеристики: определения, раскрывающие особенности и качества личности: красotka – 26,6%, мыслитель - 13,3%), умничка - 20%, слушатель – 6,6%, брюнетка – 6,6%, активистка, меланхолик, добрая, хорошая – по 6,6%; метафорические определения: я – это я – 26,6%, никто – 13,3%, надежда, лист бумаги, солнышко – по 6,6%.

Таким образом, отмечается количественное преобладание социальных характеристик над индивидуальными, причём первые позиции в ответах занимали гендерные роли, которые относятся к типу предписанных ролей.

На уровне культуры гендерные роли существуют в контексте определенной системы половой символики и стереотипов маскулинности и феминности.

Исследование фемининных и маскулинных качеств по методике С. Бем показало существенные различия проявления данных качеств в двух группах респондентов: у бакалавров андрогинность проявлена в 80% случаев, фемининность – в 13,3%, андрогинность – 6,6%; среди клинических психологов андрогинов – 6,6%, фемининность выражена у 66,6% студентов, маскулинность – у 26,6%.

Феминность, как можно заметить, наиболее выражена у студентов специальности «Клиническая психология», что говорит о наличии покорности, мягкости, исключения насилия. Но и маскулинность тоже проявляется больше у клинических психологов, сигнализируя о силе и агрессии, присущих данной группе респондентов. Для студенток с ярко выраженными фемининными качествами характерны доброта, мягкость, гуманность, демократизм, уступчивость, чувствительность, застенчивость. Они ближе к природе, отрицательно относятся к насилию, более остро переживают грубость, несправедливость, более отзывчивы к чужим переживаниям; легче поддаются воспитанию, адаптации, менее требовательны к новаторству, более четко определяют свое отношение к семье. Однако они не лишены и негативных качеств, среди которых забывчивость, несдержанность, истеричность, нервозность, ярко выраженное состояние депрессии, вспыльчивость, болтливость и др.

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

агрессивность, авантюризм, сарказм, неспособность проявлять эмоции.

Андрогинность, свойственная бакалаврам, проявляется в сочетании психологической маскулинности и фемининности. Считается, что такая гармоничная интеграция маскулинных и фемининных черт повышает адаптивные возможности андрогинного типа. Бакалаврам в большей мере свойственна ситуативная гибкость, высокое самоуважение, мотивация к достижениям, субъективное ощущение благополучия. Мы согласимся С.Бем в том, что андрогиния, несмотря на скрытые в ней проблемы, дает возможность построить картину утопии, где человеку не нужно отказываться от тех своих качеств и моделей поведения, которые его общество считает несоответствующими гендеру.

Современной женщине приходится делать выбор, кем быть: матерью, хранительницей очага, любящей женой или великой начальницей. Неотъемлемой частью её жизни является то, что женщина должна всегда оставаться женщиной. Она не может быть счастливой, здоровой и успешной, если живет по мужским принципам, пытается быть лидером, все контролировать, руководить, проявлять жесткость или ставит приоритеты на карьеру. Когда она это делает, она теряет много женской энергии и у нее пропадают все шансы иметь гармоничную личную жизнь.

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

Литература:

1. Аристотель. Политика. – М.; Л., 1893.
2. Боулдинг, Э. Роль женщины: от прошлого к настоящему. – М., 2001.
3. Вейнингер, О. Пол и характер. Принципиальное исследование. – М., 1992.
4. Здравомыслова, О. Статус и карьера женщины в современных условиях. – М., 2000.
5. Зуйкова, Е.М., Ерусланова, Р.И. Феминология: Учебное пособие. – М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2001.
6. Клецина, И.С. Практикум по гендерной психологии. — СПб.: Питер, 2003.
7. Платон. Соч. Т.3. Ч.1. – М., 1971.
8. Проблемы статусно-ролевой позиции современной женщины - гендерные стереотипы: материалы авторского социологического исследования. – Астрахань, 2011.
9. Пронин, А.А. Положение женщин в современной России: общая характеристика. – М., 2000.

**ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ
КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Аверкина Т.О.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В отечественной психологии существует заложенная А.Р. Лурия традиция исследования внутренней картины болезни.

Изучение проблемы внутренней картины болезни при различных заболеваниях обусловлено необходимостью учета роли личности в развитии, течении и исходе заболевания, характера изменений личности в условиях

болезни, что имеет большое значение для правильного и своевременного решения вопросов диагностики и лечения, а также для адекватного построения реабилитационных мероприятий, одним из направлений которых является психотерапевтическая коррекция искаженного субъективного отражения больным проявлений своего заболевания.

Данная работа направлена на изучение внутренней картины болезни (ВКБ) у медицинских работников среднего звена. При этом ВКБ рассматривается не только как психосоматический феномен, но и как феномен самосознания, в связи с чем исследуется также взаимосвязь ВКБ и образа представлений о своей болезни у медицинских работников среднего звена в сфере здравоохранения.

Актуальность исследования определяется, во-первых, логикой развития психосоматического направления в рамках отечественной клинической психологии, и, во-вторых, запросом со стороны медицины, здравоохранения посмотреть собственное отношение к болезни сотрудников больницы, а именно: медицинских работников среднего звена. Актуальность исследуемой проблемы для здравоохранения обусловлена не только необходимостью изучения вопроса о роли психологических факторов в патогенезе симптома, но и необходимостью научного обоснования принципов и методов психологической коррекции. Концепция «внутренней картины болезни» исходит из того факта, что любая болезнь (реальная или только мнимая) не является нейтральным событием в жизни человека; она как новый компонент реальности встраивается в деятельность субъекта, в систему его отношений.

Цель работы: рассмотреть особенности внутренней картины болезни

у медицинских работников среднего звена.

Гипотезы исследования:

1. Решающее влияние на формирование и особенности ВКБ оказывает не столько объективная тяжесть заболевания, сколько особенности формирования самосознания, образа «я». Особенности субъективного отражения заболевания зависят от уровня развития самосознания больного, но и формирование самосознания, в свою очередь, происходит под влиянием ВКБ.

2. ВКБ может негативно влиять на психическое развитие человека.

Объект данного исследования: внутренняя картина болезни как социально-психологический феномен у медицинских сестер.

Предметом исследования являются особенности внутренней картины болезни у медицинских сестер.

Методологической основой данного исследования являются:

а) положения, выдвинутые в отечественной психологии и патопсихологии Зейгарник Б.В;

б) основные положения концепции культурно-исторического развития психики (Л.С. Выготский), и некоторые положения теории деятельности (А.Н. Леонтьев), их применение для исследования психосоматических явлений, телесности человека;

в) особенности внутренней картины болезни (Р.А. Лурия).

Методы исследования:

- теоретические: анализ, синтез материалов по выбранной проблеме, обобщение;

- эмпирические: методы психологической диагностики, направленные на исследование особенностей ВКБ (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и Гиссенский опросник соматических жалоб).

Беседуя с пациентом, собирая информацию о болезни, обсуждая тактику лечения, не следует забывать, что врач и пациент рассматривают недуг с различных позиций. Это часто становится препятствием в достижении взаимопонимания, приводит к неудовлетворенности результатами лечения, а иногда и к ухудшению состояния здоровья. Позиция больного отличается тем, что только он испытывает те ощущения (боли, неудобство, зуд), которые вызываются болезнью. Кроме того, он не может относиться к болезни равнодушно, поскольку чувствует угрозу и ущемление его базовых потребностей. Каждый пациент также имеет свой уникальный жизненный опыт, индивидуальный багаж знаний, выработанных в юности убеждений и заблуждений, набор привычных стратегий преодоления стресса. Все это заставляет его сформировать свою собственную позицию по отношению к расстройствам здоровья, которую мы называем внутренней картиной болезни.

Под внутренней картиной болезни понимается комплекс ощущений, переживаний и представлений человека, связанных с его заболеванием, формирующийся у заболевшего человека образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания (или приспособление к нему). Процесс становления ВКБ рассматривается как процесс познания индивидом себя как больного человека, обусловленный необходимостью адаптации к ситуации, связанной с болезнью.

Аутопластическая картина болезни:

Сенситивный уровень предполагает наличие болезненных ощущений (слабость, тошнота, головокружение, боль и пр.).

Эмоциональный уровень отражает общее чувственное впечатление от ситуации, вызванной болезнью.

Интеллектуальный уровень предполагает логическую оценку ситуации болезни с позиции имеющихся знаний опыта интеллектуальных способностей.

Поведенческий уровень выражается в действиях, которые предпринимает или планирует предпринять больной в связи с наличием расстройства.

Эмпирическое исследование проводилось у будущих медицинских сестер, обучающихся на 3 курсе ВПО отделения «Сестринского дела» на базе МАОУ ВПО «Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования». В исследовании принимало участие 30 респондентов. По методике «Отношение к болезни» (ТОБОЛ), были получены следующие данные:

40% (12 чел.) относятся к гармоничному типу;

27% (по 4 чел.) - эргопатическому и анозогнозическому типам;

27% (по 2 чел.) - ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому и сенситивному типам;

6% (по 1 чел.) - тревожному и дисфорическому типам.

Проведенное исследование предполагает следующие выводы о том, что у 60% респондентов имеются соматические жалобы на здоровье; при этом у 26% респондентов отношение к болезни стабильное, а у 14% респондентов отношение к болезни более апатичное и депрессивное. Это говорит о том, что этим респондентам необходим отдых, например: заняться своим любимым делом, побольше времени проводить на свежем воздухе, также не помешает занятие физическими упражнениями и, конечно же, как можно чаще проводить время с

близкими людьми, иначе такое отношение к болезни ни к чему хорошему не приведет.

СВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТА С ШИЗОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ

Алексеева Е.Б., Третьякова В.Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Для глубокого понимания сущности каждого человека необходимо глубже изучить его темперамент и акцентуации. Сегодня достаточно хорошо изучены структура, свойства и элементы личности. Диагностика свойств личности, а в частности темперамента и акцентуаций, дают достаточно точные данные для коррекционной работы. Выявление акцентуации характера и своевременная профилактика, поможет личности в жизни.

В научной литературе глубоко исследованы вопросы типологии черт характера. Понятие акцентуация характера ввел К. Леонгард в 1976 г., оно означает чрезмерную выраженность отдельно взятых черт характера, а также их разнообразных сочетаний. Согласно концепции К. Леонгарда в структуре личности некоторые акцентуированные черты в большей степени определяются особенностями темперамента. Темперамент влияет на темп и глубину эмоциональных реакций. Поскольку четкой границы между темпераментом и характером не существует, вне зависимости от природы акцентуированной черты К. Леонгард употребляет термин «акцентуированная личность», но раскрывает содержание этой черты, уделяя больше внимания, либо темпераменту, либо характеру [1].

Так же существует еще одна широко известная теория акцентуаций личности А.Е. Личко. Он исследовал проблемы акцентуаций у детей и под-

ростков, дополняя и несколько изменяя классификацию.

Темперамент является одним из наиболее значимых свойств личности. Интерес к данной проблеме возник более двух с половиной тысяч лет тому назад. Он был вызван очевидностью существования индивидуальных различий, которые обусловлены особенностями биологического и физиологического строения и развития организма, а также особенностями социального развития, неповторимостью социальных связей и контактов. К биологически обусловленным структурам личности относится, прежде всего, темперамент. Темперамент определяет наличие многих психических различий между людьми, в том числе по интенсивности и устойчивости эмоций, эмоциональной впечатлительности, темпу и энергичности действий, а также по целому ряду других динамических характеристик.

Несмотря на то что предпринимались неоднократные и постоянные попытки исследовать проблему темперамента, до сих пор эта проблема относится к разряду спорных и одной из нерешенных проблем современной психологической науки. Сегодня существует много подходов к исследованию темперамента. Однако при всем существующем разнообразии подходов большинство исследователей признает, что темперамент – это биологический фундамент, на котором формируется личность как социальное существо, а свойства личности, обусловленные темпераментом, являются наиболее устойчивыми и долговременными [5].

Объект исследования: темперамент и шизоидная акцентуация характера.

Предмет исследования: связь темперамента с шизоидной акцентуацией.

Цель исследования: изучить связь

темперамента с шизоидной акцентуацией.

Задачи исследования:

1) Провести аналитический обзор психологической литературы по проблеме темперамента и шизоидной акцентуацией характера.

2) Провести диагностику темперамента и акцентуаций характера. Исследовать характер взаимосвязей между темпераментом личности и акцентуациями.

В ходе исследования была выдвинута следующая гипотеза: существует взаимосвязь между шизоидной акцентуацией и меланхолическим типом темперамента.

Методологическая основа исследования: теория акцентуированной личности К. Леонграда, концепция акцентуаций характера А.Е. Личко.; основные теории темперамента Гиппократ и Галена, И.П. Павлова, Я. Стреляу, Б.М. Теплова; типологическая модель Кречмера, типологическая модель У. Шелдона. Также по данной теме были изучены труды и идеи Р. Лэйнга, К.Г. Юнга, П.Б. Ганнушкина, Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, Б. Г. Афаньева, Э. Кречмера, Г. Гантрипа, М. Кляйн.

Методы исследования:

- Методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека).

- Методика диагностики темперамента Яна Стреляу. «Личностный опросник изучения темперамента».

База исследования: МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования», ФСПО. Респондентами явились студенты 1 курса отделение Сестринское дело, после 9 класса в количестве 20 человек.

Проблема темперамента является одной из наиболее разработанных проблем в советской психологии. Л. С.

Выготский к темпераменту относил особенности склада всех прирожденных и наследственных реакций, наследственную конституцию человека. Согласно его представлениям, темперамент – эта та сфера личности, которая обнаруживается в инстинктивных, эмоциональных и рефлекторных реакциях человека [5].

Впервые термин «шизоидный» использовал Манфред Блейлер, работавший в клинике Бюргольцли в Швейцарии. Термин образован из приставки «schizo-», что в переводе с греческого означает «раскол или расщепление», и суффикса «-oid», что означает «подобный или изображающий» [2]. Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Шизоидные черты выявляются раньше, чем особенности характера всех других типов [3].

Исследование темперамента по методике Яна Стреляу.

С помощью методики были получены следующие результаты: 45% респондентов с преобладанием холерического типа темперамента, 35% сангвиники, и 20% респондентов меланхолики.

Исследование акцентуаций личности проводилось по методике К. Леонгарда.

С помощью методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С.Шмишека) нами были получены следующие результаты: 40% респондентов с преобладанием Гипертимного типа, 25% респондентов демонстративного типа, 20% дистимный тип, 15% циклоидный тип акцентуации.

На основе вышеизложенного, следует сделать следующие выводы:

1. Акцентуации характера, то есть

усиленные черты характера, являются вариантом психического здоровья, или нормы, и не могут быть отнесены к патологии.

2. Акцентуации характера, являясь одним из основных признаков подросткового периода, и как результат подростковые отклонения в поведении очень часто имеют транзиторный характер, которые по прошествии подросткового периода могут сглаживаться.

3. Акцентуации характера при определенных обстоятельствах или при соприкосновении со «слабым местом» данного типа акцентуации может вызвать развитие соответствующих черт характера, что влечет за собой нарушение поведения и отклонение от норм общества [5].

По нашим данным в группе студентов было выявлено 20% шизоидного типа акцентуации характера. Люди данного типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость [4].

На основании проведенного эмпирического исследования гипотеза о том, что существует взаимосвязь между шизоидной акцентуацией и меланхолическим типом темперамента подтвердилась. На основании изложенного, можно сделать выводы, что поведение 20% респондентов соответствует шизоидной акцентуации и может при определенных факторах перейти в патологическое. Чтобы предотвратить переход акцентуации в патологию мы предлагаем этой группе студентов индивидуальную работу с психологом.

Литература:

1. Алексеева, Е.А., Выбойщик, И.В.,

- Паршукова, Л.П. Акцентуация характера: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, - 2002.
2. Бек, А, Фримен, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Изд-во «Питер», 2002.
3. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Изд-во «Ленинград», «Медицина», 1983.
4. Леонгард, К. Акцентуированные личности. - Киев, 1981.
5. Маклаков, А.Г. Общая психология. - СПб.: Изд-во «Питер», 2008.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Антюшина Т.Ю., Чалов В.Н.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы в изучении вопросов этиологии и патогенеза эссенциальной артериальной гипертензии (АГ), распространенность данного заболевания остается по-прежнему высокой, а по смертности от основных осложнений АГ - ишемической болезни сердца и инсульта, Россия занимает одно из первых мест в Европе. В связи с этим актуальными являются дальнейшее изучение факторов риска прогрессирования и развития осложнений эссенциальной артериальной гипертензии и разработка мер эффективной их коррекции.

В настоящее время проблеме влияния типологических свойств личности и индивидуальной чувствительности к стрессу на формирование гипертонической болезни посвящено большое количество работ. Значительная часть работ посвящена изучению поведенческих

(«коронарный» тип, или тип А) и эмоциональных (тревога, депрессия) характеристик личности. Однако до сих пор не уточнены индивидуально-типологические свойства лиц, наиболее подверженных к формированию гипертонической болезни.

До сих пор остаются неразрешенными вопросы индивидуальных различий, таких как стереотипы поведения и основные свойства личности, влияющие на чувствительность к стрессу и увеличивающие риск возникновения гипертонической болезни. Вместе с тем, исследование этой проблемы является особенно актуальной, так как гипертоническая болезнь имеет высокий уровень распространенности.

Анализ исследований в области медицинской психологии, где сформировались наиболее стойкие и давние традиции изучения влияния личностных качеств и поведения на развитие гипертонической болезни позволил выделить ряд факторов, влияющих на развитие артериальной гипертензии.

Гипертоническая болезнь – нередко причина снижения трудоспособности населения, а в ряде случаев инвалидизации и смертности. Кроме того, она является фактором риска других сердечно-сосудистых заболеваний.

Объект данного исследования - личность больного, страдающего психосоматическим расстройством сердечно - сосудистой системы.

Предметом исследования являются личностные особенности, формирующиеся в период развития эссенциальной артериальной гипертензии, а также соматопсихические проявления при данном расстройстве.

Цель исследования: изучить своеобразие личностных особенностей пациентов, которым поставлен диагноз эссенциальная артериальная гипертензия.

Концепция «кольцевой зависимости» рассматривает соматические и психические расстройства при АГ в качестве единого патологического процесса, при котором возникает порочный круг взаимовлияния соматических и психических нарушений [1].

Больным с АГ свойственны следующие черты личности: выраженная соматизация тревоги, высокий уровень депрессии [2,3]; интравертированность, эмоциональная лабильность, истероидность, высокие показатели нейротизма, тревожности, эмоциональная неустойчивость, низкие фрустрационная толерантность и коммуникабельность; пессимизм, страх, внутреннее напряжение, повышенная активность, стремление доминировать, авторитарность, стремление к независимости.

Среди преморбидных личностных особенностей лиц с АГ указывается на аффективную неустойчивость, тревожность, мнительность, повышенную впечатлительность, возбудимость, замкнутость, настороженность, подозрительность, а в ряде случаев – эгоцентризм, потребительское поведение [4]; внутриличностный конфликт, связанный с постоянной борьбой с нарастающим враждебно-агрессивным чувством, трудностями самоутверждения, контролем за проявлениями враждебности [5,6]; перфекционизм, то есть стремление к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни [7].

Страдающим АГ в большинстве случаев свойственны такие черты характера как трудолюбие, аккуратность и добросовестность; однако, под этим нередко скрываются честолюбие, агрессивность, стремление к соперничеству, в связи с чем, у них возможны внутренние, а иногда и внешние конфликты, хронически подавляемая агрессивность, специфическая установка на скром-

ность, внешняя стеснительность, подавление потребности [8].

Указывается на зависимость выраженности невротических нарушений от стабильности течения АГ. Для больных лабильной АГ характерен высокий уровень тревожности. У лиц с начальными стадиями заболевания могут преобладать явления повышенной раздражительности, плаксивости, быстрого утомления, вспыльчивости, пониженного настроения, снижения работоспособности, головная боль, нарушение сна. При начальных явлениях церебрального атеросклероза на фоне АГ наиболее часто отмечаются неврастенический, астено-депрессивный и астено-ипохондрический синдромы. У пациентов с АГ II-III стадии и сопутствующим церебральным атеросклерозом развиваются депрессивные состояния. Высокое АД коррелирует со склонностью к чувству вины, застенчивостью, неуверенностью и высоким уровнем тревожности.

Гипертоническая болезнь заслуживает самого серьёзного внимания особенно потому, что она ведёт к сильному понижению, а иногда и к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу. Кроме того, гипертоническая болезнь является одной из основных помех здорового долголетия.

У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больших гипертонической болезнью наиболее часто выявляют следующие черты характера: гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность и реже интравертированность, циклоидность и ригидность.

Определённую роль в возникновении болезни играет и наследственность. В известных условиях способствовать развитию гипертонической болезни

могут также нарушения питания; имеет значение пол, возраст. Подъёмы артериального давления могут наблюдаться у женщин во время беременности, что может привести к серьёзным осложнениям во время родов. Способствовать развитию гипертонической болезни может атеросклероз мозговых сосудов, особенно если он поражает определённые отделы, ведающие регуляцией сосудистого тонуса.

Таким образом, указанные факторы требуют учета при построении индивидуального плана первичной профилактики гипертонической болезни и реабилитации больных.

Литература:

1. Моисеев, В.С. Болезни сердца. Руководство для врачей. / В.С.Моисеев, А.В.Сумароков – М., 2001. – 463с.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В.Д.Менделевич – М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 592.
3. Шкарин, В.В. Психологические аспекты системного подхода к внутриозологической диагностике при артериальной гипертензии / В.В. Шкарин, И.Н. Шкарина, В.Л.Малыгин // Терапевтический архив. – 2000. – т.72, №11. – С.43-46.
4. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Ф. Александер / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352с.
5. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер – СПб., 1996.
6. , М. Рад / Пер. с нем. М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376с.
7. Крылов, А.А. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью. / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клиническая медицина. – 2001. – т.79, №6. – С.56-57.

8. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. / Ю.А. Александровский – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2004. – 240с.

ВЛИЯНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СТУДЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ КАРЬЕРНЫХ УСТРЕМЛЕНИЙ

Антюшина Т.Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность данной статьи определяется зависимостью и влиянием межличностных отношений студентов на развитие карьерных устремлений. В настоящее время все чаще возрастают требования к профессиональной подготовке выпускников вузов. От них требуется не только высокий уровень компетентности в избранной профессиональной деятельности, но и личностные качества, которые помогают настойчиво преодолевать возникающие препятствия, легко адаптироваться к новой среде, ставить перед собой реальные карьерные цели.

Объект исследования: межличностные отношения студентов вуза.

Предмет исследования: влияние межличностных отношений студентов на развитие карьерных устремлений.

Цель исследования: изучить возможности развития карьерных устремлений студентов на основе усовершенствования качества их межличностных отношений.

Гипотеза исследования: расширяя сферу межличностного взаимодействия студентов в вузе, можно создать условия, благоприятные для обогащения и конкретизации их карьерных устремлений.

Межличностные отношения — это объективно переживаемые, в разной степени осознаваемые взаимосвязи между людьми. В их основе лежат разнообразные эмоциональные состояния взаимодействующих людей. В отличие от деловых (инструментальных) отношений, которые могут быть как официально закрепленными, так и незакрепленными, межличностные связи иногда называют экспрессивными, подчеркивая их эмоциональную содержательность [4].

Характер и качество межличностных отношений определяет личное, социальное благополучие, здоровье человека, его удовлетворенность или неудовлетворенность жизнью [3].

Межличностные отношения студентов, складывающиеся в вузе при взаимодействии с сокурсниками и преподавателями, могут выступать в качестве детерминантов развития карьерных устремлений. Межличностные отношения создают благоприятную основу для расширения профессиональных представлений студентов, выработки у них ценностных позиций в сфере будущей профессии и формирования готовности к достижению успеха в будущей карьере [2].

Психологическую сущность феномена карьеры современные исследователи раскрывают в широком и узком смысле слова.

В самой широкой смысловой интерпретации карьера обычно обозначается в качестве общей последовательности этапов развития человека в основных сферах его жизни (семейной, трудовой, досуговой), ведущих к достижению им положения, позволяющего наиболее полно удовлетворить свои потребности. В личностном измерении карьера является способом более полной самореализации человека в условиях соответствующей деятельности по

средством удовлетворения собственных потребностей, интересов и притязаний.

Для описания процессуального характера карьеры в литературе достаточно часто применяются такие понятия как рост, движение, переход, что отражает процесс продвижения человека в некотором заданном направлении. Воплощением трудовой карьеры в таком понимании выступает обретение ее субъектом высокого профессионализма, а также достижение им признанного окружающими высокого профессионального статуса [1].

Карьерные устремления студентов вуза представляют собой сложное динамическое образование, объединяющее в себе карьерные ориентации, обладающие различной востребованностью. Наиболее востребованные карьерные ориентации типа «профессиональная компетентность», «стабильность» и «вызов» являются следствием влияния присущих студентам возрастных особенностей и особенностей современной социально-экономической ситуации в стране.

В качестве экспериментальной выборки в исследовании выступила группа студентов численностью 30 человек, обучающихся в вузах г. Краснодара.

С помощью методики Дж.Б. Роттера «Шкала межличностного доверия» мы определили уровень доверия студентов.

У 80% студентов (24 чел.) полученные результаты варьируются в границах от 95 до 125 баллов, что говорит о высоком уровне доверия, у 20% (6 чел.) — от 60 до 80 баллов — средний уровень доверия. По результатам данной методики, абсолютного недоверия не было выявлено.

Высокий уровень межличностного доверия показывает выраженную направленность личности на открытые, положительные взаимоотношения меж-

ду людьми, содержащие уверенность в порядочности и доброжелательности другого человека, с которым доверяющий находится в тех или иных отношениях.

Опросник «Якоря карьеры» (Э. Шейн, перевод и адаптация В.А. Чикер,

В.Э. Винокурова) направлен на диагностику ценностных ориентаций в карьере. Результаты проведенного исследования представлены в форме таблицы и анализа полученных результатов.

Таблица 1

Ценностные ориентации в карьере

№	Ценностные ориентации	Средняя сумма баллов, max=50 б.
1.	Профессиональная компетентность	50
2.	Менеджмент	30
3.	Автономия (независимость)	35
4.	Стабильность работы	50
5.	Стабильность места жительства	25
6.	Служение	22
7.	Вызов	50
8.	Интеграция стилей жизни	25
9.	Предпринимательство	20

Исходя из данных таблицы, наиболее приоритетными для современных студентов выступают карьерные ориентации типа «Профессиональная компетентность», «Стабильность работы» и «Вызов». Ориентируясь на профессиональную компетентность, студенты стремятся продвигаться на карьерном поприще за счет достижения более высоких профессиональных умений и навыков и их признания среди окружающих на уровне мастерства, превосходства над другими по качеству деятельности или оказываемых услуг. Сегодня важно, чтобы еще в стенах вузов у студентов были сформированы четкие карьерные устремления, позволяющие им наметить свой жизненный путь после завершения обучения в высшем учебном заведении. Имея четкий жизненный план в отношении своего дальнейшего карьерного продвижения, каждый человек может уверенно чувствовать себя в дне

настоящем и предпринимать необходимые меры по обеспечению успеха дня завтрашнего.

Литература:

1. Абрамова, Г.С. Общая психология: Учебное пособие для вузов. - М.: Академический Проект, 2002.
2. Духновский, С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум. - СПб.: Речь, 2009.
3. Журавлев, А.Л. Социальная психология. - М., 2002.

**АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА
ЛАБОРАТОРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ
МЕДИЦИНСКИХ ОФИСОВ
«ИНВИТРО»**

Аслоньянц А.М., Калинина В.А.,
Мураховская Н.В.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами, в том числе развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебных учреждений (ЛУ) на основе инновационных подходов и принципа стандартизации.

Актуальность исследования. Результат лабораторного анализа определяется не только точностью выполнения аналитической процедуры в лаборатории, но и условиями, в которых находится пациент перед взятием материала для исследования, соблюдением правил взятия материала, его первичной обработки, хранения, а также транспортировки в лабораторию. Все это и составляет преаналитический этап, соблюдение правил проведения которого не менее важно, чем другие меры обеспечения качества лабораторного анализа.

Актуальность данной работы заключается в том, что сегодня возрастает роль человека как субъекта труда и управления. Медицинская сестра несет ответственность за эффективную работу и допущенная ею ошибка может привести в некоторых случаях к очень тяжелым последствиям.

Одним из наиболее важных факторов качества медицинской помощи является высокий уровень диагностических мероприятий, в которых большое

значение имеет клинико-лабораторная диагностика. Это подтверждается тем, что в общей структуре диагностических процедур удельный вес лабораторных исследований составляет 75-80%

Лабораторная диагностика – один из «инструментов», который позволяет извлечь максимум информации, необходимой для того, чтобы поставить верный диагноз и назначить эффективное лечение, поэтому точность и достоверность полученных анализов зачастую определяет назначение правильного лечения.

Что же такое качество в лабораторной диагностике?

Под качеством лабораторной диагностики будем понимать достоверный результат исследования, относящийся к конкретному пациенту, выполненный на должном аналитическом уровне, в установленные сроки и переданный заказчику исследования.

В Европе принято следующее определение: качество, применительно к медицинским лабораториям, - это правильно и своевременно назначенный тест для нуждающегося в нём пациента, выполненный на достаточном аналитическом уровне с необходимой информацией для его интерпретации.

Важно понимать, что, как и в любой сфере человеческой деятельности, ошибки, совершаемые в клинико-диагностических лабораториях, неизбежны. Задача каждой лаборатории с помощью системы обеспечения качества создать надёжный набор инструментов, позволяющий выявлять ошибки и проводить целенаправленные мероприятия, сводящие их к минимуму.

Рекомендации Международной организации стандартизации (ISO) и национальные нормативные документы России (приказы МЗ РФ, Государственные стандарты в области лабораторной медицины) предусматривают стандарты и рекомендации по обеспе-

чению качества всех этапов лабораторных исследований.

Только при хорошей организации и качественном проведении всех стадий лабораторного исследования - преаналитической, аналитической и постаналитической - можно рассчитывать, что каждый производимый лабораторией результат, представленный в авторизованном отчёте, может быть использован врачом для принятия диагностических решений или решений, изменяющих схему лечения.

Гипотеза исследования: организация работы Медицинских офисов (далее МО) ООО «ИНВИТРО-Кубань» и функции медицинской сестры в разных клинических лабораториях на преаналитическом этапе служит примером эффективности деятельности и обеспечения качества предоставляемых услуг.

Проблема исследования: разная организация деятельности клиника - диагностических лабораторий на преаналитическом этапе влияет на качество предоставляемых услуг.

Цель исследования: провести сравнительный анализ качества преаналитического этапа медицинских офисов ИНВИТРО в соответствии с международным стандартом ИСО 15189:2012 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции».

Задачи исследования:

- ознакомиться с литературными источниками и нормативными документами, регулирующими преаналитический этап лабораторной диагностики;
- выявить основные факторы преаналитического этапа (контролируемые и неконтролируемые), влияющие на пациента и на результаты анализа;
- провести сравнение с международным стандартом организации преаналитического этапа в МО ООО «ИНВИТРО-Кубань» и лабораторией медицинского центра Н и выявить ошибки,

которые допускают медицинские сестры на преаналитическом этапе;

- провести эмпирическое исследование на знание преаналитических правил у среднего медицинского персонала, ознакомиться с ошибками, допущенными на преаналитическом этапе;
- по результатам исследования разработать рекомендации и предложения по оптимизации качества преаналитического этапа лабораторного исследования.

Объект исследования: медицинский центр Н и МО ООО «ИНВИТРО-Кубань».

Предмет исследования:

Качество предоставляемых услуг в медицинском центре Н и МО ООО «ИНВИТРО-Кубань».

Методологическая база исследования:

Методологическую базу исследования составляют исследования преаналитического этапа лабораторных показателей и международный стандарт ИСО 15189:2012 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции».

Методы исследования:

- теоретические: анализ теоретических знаний по нормативно-правовой базе и литературным источникам преаналитического этапа;
 - эмпирические: тестирование, по разработанному тестам Высшей медицинской школы (далее ВМШ) «Ежегодная профессиональная оценка персонала», медицинских сестёр медицинского центра Н и МО ООО «ИНВИТРО-Кубань»;
 - формирующий эксперимент.
- База исследования: медицинский центр Н и МО ООО «ИНВИТРО-Кубань».

Этапы исследования:

I этап

- Анализ теоретических знаний преаналитического этапа по норматив-

но-правовой базе и литературным источникам.

- Изучение статистических данных деятельности, медицинского центра НиМО ООО «ИНВИТРО-Кубань».

II этап

- Провести сравнительный анализ статистической обработки материалов исследования.

- Разработать рекомендации и предложения по оптимизации качества преаналитического этапа лабораторного исследования.

III этап

- Обобщить полученные результаты исследований и сформулировать выводы.

Научная новизна исследования: заключается в обобщении показателей качества преаналитического этапа в условиях МО ООО «ИНВИТРО-Кубань».

Практическая значимость исследования: заключается в выявлении уровня качественных показателей сформированности преаналитического этапа и разработке рекомендации по оптимизации преаналитического этапа лабораторного исследования.

Заключение:

В результате проведенного исследования были решены следующие задачи:

1. Выявлены основные факторы преаналитического этапа (контролируемые и неконтролируемые) влияющие на пациента и на результаты анализа:

Контролируемые:

- оценка персонала;
- оформление бланка-заявки;
- маркировка биоматериала;
- подготовка к исследованиям;
- проведение процедуры взятия биоматериала;
- хранение и транспортировка биоматериала.

Неконтролируемые:

- патологические процессы;

- биологические влияния и особенности (возраст, пол, раса);

- факторы окружающей среды;
- циклические изменения (менструальный цикл).

2. Проанализированы ошибки, которые допускают медицинские сестры на преаналитическом этапе:

- некорректное заполнение бланка-заявки;
- неправильная подготовка пациентов к исследованиям;
- нарушение правил, техники взятия биоматериала;
- нарушение режима центрифугирования;
- нарушение хранения и транспортировки образцов и т.д.

3. Проведенное сравнение с международным стандартом организации преаналитического этапа в МО ООО «ИНВИТРО-Кубань» и лабораторией медицинского центра Н, показало, что:

А) Деятельность в ООО «ИНВИТРО-Кубань» более стандартизирована по сравнению с медицинским центром Н, так как в организации преаналитического этапа медицинский персонал:

- 1) руководствуется внутренней документацией (инструкциями, СОПами, информационными письмами);

- 2) в работе использует автоматизированную программу АРМПС которая напрямую связана с лабораторной информационной системой SafirLIS;

- 3) работает с единым расходным материалом от проверенного производителя (GreinerBio-One, Австрия)

- 4) регулярно повышает свой уровень знаний и умений с помощью дополнительного инструктажа молодых специалистов тренингов, проходят ежегодное тестирования и проверку.

Б) За I первый квартал 2015 года в ООО «ИНВИТРО-Кубань» было проведено 5546 анализов, а в медицинском центре Н - 7127 исследований, из кото-

рых ошибки составляли 1%. В обоих учреждениях ошибки связаны с процедурой взятия материала - 72% и 67%. По структуре этих ошибок в ООО «ИНВИТРО-Кубань» первое место занимают сгустки - 50%, в медицинском центре Н первое место занимает гемолиз - 38%.

4. Проведенное эмпирическое исследование на знание преаналитических правил у среднего медицинского персонала, дало следующие результаты: более высокий процент знаний в ООО «ИНВИТРО-Кубань» ($M = 81 + 3,9$) по сравнению с медицинским центром Н ($M = 70 + 1,9$).

Данное исследование позволило разработать рекомендации и предложения по оптимизации качества преаналитического этапа лабораторного исследования:

1. С целью стандартизации работы медицинских сестер медицинского центра Н рекомендуется внедрить менеджмент качества и разработать внутренние Стандартные Операционные Процедуры (СОПы).

2. Так как ошибки связаны с взятием биоматериала, разработать инструкции по технике взятия крови, которые регламентируют работу сотрудников и проконтролировать технику взятия биоматериала.

3. Лабораторией медицинского центра Н разработать преаналитические правила для лабораторных тестов.

4. Рекомендовать обеспечить медицинский центр Н лабораторной информационной системой, которая приведет к экономии времени, снижению ошибок в оформлении и маркировке биоматериала.

5. Предложить заказывать расходный материал у одного проверенного производителя или адаптировать в единую систему.

6. Рассмотреть возможность обеспечения процедурных кабинетов медицинского центра Н центрифугами.

7. Для поддержания оптимального температурного режима сохранности биоматериала необходимо приобрести специальные термоконтейнеры, к тому же это частично решит проблему правильной транспортировки;

8. Для повышения знаний преаналитических правил у среднего медицинского персонала медицинского центра Н разработать дополнительные темы семинаров.

Литература:

1. Кузнецова О.Е. Преаналитический этап лабораторных исследований, 2013
2. Меньшикова В.В. Обеспечение качества лабораторных исследований. Преаналитический этап: Справочное пособие. – М. : Лабинформ, 1999.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Аслоньянц А.М., *Нефедов П.В.,
Калинина В.А., Ткаченко А.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия
* ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава
России
Краснодар, Россия*

Актуальность темы. В современных условиях сложной демографической ситуации, политических и экономических преобразований, перманентного реформирования системы образования Российской Федерации, внедрения в образовательный процесс новых технологий и стандартов происходит усиление имевшихся и появление новых негативных тенденций в формировании общественного здоровья. Многочисленные литературные данные свиде-

тельствуют о снижении качества жизни, высоких показателях заболеваемости и их хронизации, высоких уровнях общей смертности населения, росте частоты осложнений беременностей и родов, ухудшении физического развития и состояния здоровья детей и подростков. Доминирующая часть исследований, посвященных изучению состояния здоровья, относится к наиболее раннему и сенситивному к воздействию негативных факторов окружающей среды контингенту – детскому населению дошкольного и школьного возраста. Вместе с тем, вопросы гендерного направления, в частности связанные с комплексной гигиенической оценкой здоровья девушек пубертатного периода – потенциальных матерей, благополучие которых во многом будет определять демографическую ситуацию, уровень духовного, экономического развития, образования, здравоохранения, науки и культуры и в конечном итоге здоровье населения России, освещены недостаточно. Большое количество работ по репродуктивному здоровью зачастую носит узкоспециализированное акушерско-гинекологическое направление, однако эта проблема сегодня вышла за рамки интересов гинекологов и становится междисциплинарной [1].

Мало внимания уделяется возрастному периоду 18-20 лет, когда завершается становление основных функций организма, в том числе и репродуктивного потенциала. Не в полной мере изучено состояние иммунной системы у студенток медицинских колледжей в динамике учебного процесса. Имеющиеся литературные данные не дают комплексного представления о санитарно-эпидемиологическом благополучии медицинских колледжей.

В Краснодарском крае (далее - крае), крупном агропромышленном регионе России с его региональной спецификой комплексные исследования

условий и организации обучения девушек-подростков в образовательных учреждениях среднего медицинского образования, оценки физиологических систем и умственной работоспособности, состояния здоровья (в том числе и репродуктивного) в условиях городской и сельской местности не проводилось.

В свете вышеизложенного, комплексная гигиеническая оценка условий обучения и состояния здоровья девушек-учащихся медицинских колледжей (МК) края для разработки профилактических мероприятий в современных условиях представляется своевременной и актуальной.

Цель исследования: Дать комплексную гигиеническую оценку условиям, организации обучения и состояния здоровья девушек-студенток МК края для научного обоснования профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию условий обучения и повышение уровня их здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить и дать гигиеническую оценку санитарно-эпидемиологического благополучия студенток МК и организации учебного процесса.

2. Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой, центральной нервной систем девушек-студенток в динамике недели и учебного семестра и их иммунный статус.

3. Изучить состояние здоровья, в том числе репродуктивного, девушек-студенток в территориально-возрастном аспекте.

4. Разработать научно обоснованные гигиенические мероприятия, направленные на оптимизацию учебного процесса, снижение заболеваемости и улучшение здоровья студенток МК края.

Научная новизна исследования: Впервые в условиях края:

- дана комплексная гигиеническая оценка организации обучения и

состояния здоровья девушек-студенток медицинских учреждений среднего профессионального образования;

- разработаны шкалы трудности учебных дисциплин для студентов первых двух курсов МК;

- разработан алгоритм составления расписания занятий на 1 и 2 курсах МК для оптимизации учебной нагрузки студентов, который может быть использован и для их гигиенической оценки;

- показаны территориально-возрастные особенности состояния здоровья (в том числе репродуктивного) девушек-учащихся МК;

- выявлена негативная тенденция иммунного статуса студенток МК в динамике учебного процесса в условиях края [2].

Выводы:

1. Условия пребывания и обучения студенток в медицинских колледжах Краснодарского края относятся ко II-й группе по санитарно-эпидемиологическому благополучию и в целом соответствуют требованиям СанПин 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в образовательных учреждениях». Выявленные недостатки СЭБ (недостаточные процент озеленения территорий МК, площади на 1 учащегося в ряде учебных помещений колледжей, искусственная освещенность в спортивных залах, отсутствие комнат для гигиены девушек и др.) доложены администрации колледжей для принятия соответствующих мер.

2. Изучение организации учебного процесса позволило выявить её недостатки, в частности, неадекватную с физиологических позиций учебную нагрузку в течение учебного дня, недели и семестра, что является фактором риска истощения адаптационных резервов ЦНС учащихся. Разработаны шкалы трудности учебных дисциплин для учащихся первого и второго курсов образовательных учреждений среднего

медицинского образования и алгоритм их применения в практике составления учебного расписания.

3. Комплексная оценка функционального состояния сердечнососудистой и центральной нервной систем учащихся в динамике учебного дня, недели и семестра выявила признаки снижения адаптационных резервов под влиянием фактических учебных нагрузок. Выявленные негативные тенденции связаны в первую очередь с неудачным распределением учебной нагрузки без учета трудности учебных дисциплин и особенностей физиологии умственного труда. Показано снижение у практически здоровых студенток иммунологической резистентности, проявляющееся ослаблением Т- и В-звена иммунитета с выраженной напряженностью в системе противовирусной защиты организма, о чем свидетельствует достоверное увеличение в периферической крови цитотоксических Т-лимфоцитов [CD8(+)] и NK-клеток [CD16(+)] и снижение функциональной активности НГ.

4. Установлены возрастно-территориальные особенности показателей состояния здоровья студенток МК. Их физическое развитие характеризуется снижением с возрастом процента лиц с нормальным и ухудшенным физическим развитием с дефицитом массы тела 1 степени и статистически значимым увеличением процента студенток с ухудшенным физическим развитием за счет избытка массы тела 1 и 2 степени. Показатели уровня ПП студенток ККБМК на 10% выше, чем у студенток из РК (51,1 против 46,1 на 100 осматриваемых), а у 18-20-летних студенток выше, чем у студенток 15-17-летнего возраста, как в краевом (на 18,2%), так и в районных колледжах (на 19,8%). Степень влияния экологической ситуации территории проживания на формирование уровня ПП «средняя» (RR=1,8; EF=44,4%). Уровень ПП студенток

ККБМК выше, чем студенток из РК также по числу диагнозов на 100 осмотренных (75,8 и 66,4). В структуре ПП лидируют шесть классов болезней (X, XIII, XI, VI, VII, XIV), доля которых в разных группах в сумме составляла от 79,7±2,8% до 85,9±1,7% с некоторыми территориально-возрастными особенностями. У студенток ККБМК первые 3 места занимали болезни X, XIII и VI классов, в РК - X, XI и XIII классов. Среди отдельных нозологических форм болезней у всех студенток первые три места занимали ВСД, миопия и тонзиллит.

5. Изучение репродуктивного здоровья студенток МК выявило существенную долю (30,2%) учащихся с нарушениями менструальной функции, особенно в младших возрастных группах и высокий уровень альгоменореи (78,3). Заболевания репродуктивных органов у студенток РК встречаются достоверно чаще, чем у их коллег из ККБМК. В их структуре доминируют воспалительные заболевания женских половых органов, наиболее часто у студенток младших возрастных групп. Выявлен рискованный характер репродуктивного поведения, проявляющийся ранним вступлением в половую жизнь, частой сменой половых партнеров, недостаточной осведомленностью в вопросах контрацепции, инфантильностью в оценке семейных ценностей и приоритетов, легковесным отношением к абортam. При прочих равных условиях более тревожные признаки, характеризующие репродуктивное здоровье, отмечены у студенток младших возрастных групп.

Литература:

1. Аслоньянц А.М. Гигиеническая оценка условий обучения и состояния здоровья девушек-студенток медицинских колледжей Краснодарского края:

Автореф... дис. к.м.н. Волгоград: ВГМУ, 2011. -26 с.

2. Аслоньянц, А.М., Нефедов П.В. Образовательная среда и состояние здоровья девушек-студенток медицинских колледжей (на примере Краснодарского края): монография. Краснодар: Славянка, 2012.-167с.

MODERN PROBLEMS OF PROFESSIONAL EDUCATION

Ahunbabaeva Nargiza
*Namangan Engineering
 Technological Institute
 Namangan, Uzbekistan*

Shakespeare's works, his style and other peculiarities connected with Shakespeare's writings influenced the literature of many peoples. As an example we can take the Russian writer Pushkin, in his works we can feel the Shakespearean motives. As an example, we can take his "Stone guest", "Mozart and Salyeri", "Mermaid" and many others. There some of his works, where the characters had even similar names. In 1833 Pushkin started the translation of Shakespeare's "Measure for measure", and then according to this drama he created "Anjello", according to Shakespeare's "Lucrece" he created the poem "Graf Nulin". It is also very important to point out that Pushkin was the greatest interpreter of Shakespeare. He stands next to Marx, Engel's and Gete, as the person who studied and analyzed Shakespeare's works.

Shakespeare's writings were translated into many languages. For the first time, Shakespeare's tragedy "Hamlet" was translated into Uzbek by the Uzbek poet Cholpon in 1930. It was a great event in the cultural life of our people. The tragedy was staged in Khamza Theater and brought popularity to many actors. Then other poets started translations of the great writer's works. Gafur Gulom, Maqsud Shaihzoada, Uygun, Hamid Gulom, Turob Tula, Asqad

Gulom did pretty well translating them. In 1980-s, the Uzbek translations of Shakespeare's works were printed in books consisting of 5 volumes. Almost half of Shakespeare's works were translated into Uzbek out of 37 plays.

Person who is aware of the history of translations of Shakespeare's works, knows that it was not an easy work to do. A great poet Jamol Kamol translated Shakespeare's tragedy "Othello", and "Timon of Athens". He decided not to translate them from Russian into Uzbek, like other poets did, but he did direct translations from English into Uzbek.

The direct translation is not usual in translating the works of such great writers as W.Shakespeare, G.Geine, I.Gete, F.Shiller, Gi de Mopassan, A.Voinich, M.Twain, J.Swift, A.Zegers. Their works were not translated directly from English, German, French into Uzbek, but the translation was done from Russian into Uzbek.

Translations of such tragedies as "Hamlet" and "Othello" started the third period in Uzbek-English literary translations. In 1948 "Hamlet" and "Othello" were translated for the second time by M.Shaihzoda and G. Gulom (In 1938 and 1948 Vohid Zohidov and Mirzakalon Ismailov also did translations for the theater).

During this period Shakespeare's 5 tragedies such as ("Hamlet", "Othello", "King Lear", "Romeo and Juliet", "Julius Caesar") and 3 comedies as ("Twelfth night", "Two gentlemen of Verona", and "Taming the Shrew") were translated into Uzbek.

The Uzbek State Academic Drama Theater named after Khamza staged "Hamlet" in 1935, devoting it to the theater 15th anniversary, in 1941 this theater staged "Othello", and in 1951 it staged "Romeo and Juliet".

Talented uzbek interpreter Gafur Gulom translated many works throughout the period but the interpretational skills of this great Uzbek poet is still not learned

fully. He learned the ways of a perfect translation, learned how to carry out the real meaning of the translated work, paid attention to the literal quality, to the writers idea, language and methods. He skillfully managed not to misrepresent the whole meaning of the literary work. Gafur Gulom was seriously interested in the characters which Shakespeare created, he was amazed with Shakespeare's ability to create perfect and strong characters in conflict situations. Gafur Gulom considered Shakespeare as a master of creating the stage works. His main idea while translating was to keep Shakespeare as a "real Shakespeare" even in Uzbek version of interpretation. That's why he patiently learned in details the works, the history of creation of those works, methods and others. He translated the Shakespearean characters as a great skillful interpreter. In 1940 he translated "Othello", in 1956 he translated "King Lear" into Uzbek language.

It is very important to point out the difficulties that the interpreter faced while managing to restore the peculiarities of the work, the main ideas and the feelings that were carried out there. Changing one word with another one while translating can sometimes bring serious results. Translation results in changing not only one word but all the words in the other totally different language. Translating Shakespeare into Uzbek in verse form was connected with many serious difficulties. Shakespeare's plays are translated in clear rhythm, but without rhyme. The rhyme is used very seldom in the translation. In order to present this amazing play to the Uzbek reader Gafur Gulom used all the possible potentialities of the Uzbek language. In order to fully comprehend the world of characters and their spirit he studied several Russian versions of Shakespeare's plays. One of the most important problems in the interpretation art is to reflect the described character of the play in the literary translation. The ability of perfect reflection of the character

defines the destiny of the interpreted version. Gafur Gulom managed to reach almost all of these goals.

Gafur Gulom's translation of "Othello" is considered as one of the best ones among all others. The poet was able to fully comprehend the real soul of the tragedy, could estimate the deepest meaning of the tragedy in Uzbek translation Othello's character was quite perfect and alive. According to A. Tolstoi, it has become more "animated" character. The translation was made in 1940.

Gafur Gulom was able to transform the conversations of the heroes in alive and free form. Their characters didn't become artificial and unreal. Here are the examples for comparison from M.M. Morozov's word for word translation in Russian and Gafur Gulom's Uzbek literary translation:

- Why, how now, no! From whence ariseth this?

Are we turn'd Turks, and to ourselves do that

Which heaven hath forbid the Ottomites?

For Christian shame, put by this barbarous brawl:

Ha that stirs next to carve for his own rage

Holds his soul light; he dies upon his motion,-

Silence that dreadful bell! It frights the isle

From her property. – What is the matter, masters? –

Honest Iago, that look'st dead with grieving,

Speak, who began this? On the love, I charge thee.

Russian translation:

- Эй, вы, что такое? Из-за чего возникла ссора? Или мы превратились в турок и делаем с собой то, что небо не дало совершить оттоману? Во имя христианской совести прекратите эту варварскую драку. Следующий, кто шевельнётся чтобы предаться личному

своему гневу, дешево ценит свою жизнь: он умрёт при первом движении. Прекратите звон колокола, наводящий ужас! Он волнует жителей острова. Что случилось, господа! Честный Яго, от огорчений ты выглядишь мертвецом. Скажи, кто это начал, Во имя твоей любви ко мне, приказываю тебе!

Uzbek translation:

- Хуш, Отелло, нима гап, кандай килиб бу жанжал чикди? Биз туркларми, иккита дуст шундай олишса? Качон берди кук тангриси бунча ижозат? Вахший жанжал йукотилсин! Сиз христиан!

Ким кутурган газабни даров ютмаса бу дунёда яшамайди;

Кимирлаш – улим. Бу дахшатли кунгирокни тухтатинг тездан

Вахимага солур бутун Кибрис отасин.

Хун, нима гап, нима жанжал?

Сен айт-чи Яго. Нима учун мурда каби бузариб кетдинг.

Билмоқчиман, ким бошлади, бу ишни аввал?!

Translating Shakespeare's works is a complicated art, which demands from interpreters not only the knowledge of the languages, but also the history of the Great Britain, especially the history of Shakespeare's time, it's economic and cultural life, also he has to be a great poet and professional interpreter, who is able to transfer Shakespeare's literary world, while translating. Gafur Gulom's translation, shown earlier, is close and soundlike to the Shakespeare's poetical spirit. Interpreter could draw the main character specifically and more clear.

In his translation, Gafur Gulom could restore skillfully the realistic and literary perfectness of Shakespeare's characters. As a result, in Uzbek translation these characters came up animated, (lively)

How do we see Othello in Gafur Gulom's translations? There Othello is shown as highly spirited, wise leader, proud man, and faithful to his beloved

Desdemona. Gafur Gulom's translation suits the original, it could show Shakespeare's opinion, and could express properly Desdemona's loyalty. Characters from this tragedy kept their features fully in Uzbek translation. Uzbek interpreter learnt and showed Othello's inner world, his properties and conditions that changed his features.

Gafur Gulom's translation is considered as one of the best translations of "Othello" among others. Gafur Gulom managed well the translation, because he learnt well the history of Shakespeare's time, he was a poet and an interpreter as well as he knew his own language perfectly.

Used literature:

1. The article "Davr Taqozosi" by S. Saidov, from the book "Tarjima san'ati", Tashkent.
2. The article "Tarjima va halqaro adabiy jarayon" by Z. Sattorova, from the book "Tarjima san'ati", Tashkent.
3. "Gafur Gulom" written by A. Akbarov. Tashkent, 1974.
4. "The-NEW-Hudson Shakespeare", written by Ebenezer Charlton Black, printed in USA, 1926.
5. "Othello" translated by Gafur Gulom, Tashkent, 1974.
6. "Othello" translated by M. Morozov, Moscow, 1980.
7. "The Tragedy of Othello", written by William Shakespeare, printed in London, 1622.

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА
СТУДЕНТОВ КАК СРЕДСТВО
ФОРМИРОВАНИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КОМПЕТЕНЦИЙ
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

Бекетова Е.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт*

*высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Обновление содержания высшего профессионального образования, внедрение новых образовательных стандартов по направлению подготовки «Клиническая психология» актуализируют задачу развития интеллектуальной, творчески мыслящей личности специалиста. Решить эту задачу можно используя компетентный подход в подготовке студентов, через формирование следующих компетентностей:

- владение культурой научного мышления, обобщением, анализом и синтезом фактов и теоретических положений;
- использование системы категорий и методов, необходимых для решения типовых задач в различных областях профессиональной практики;
- проведение библиографической и информационно-поисковой работы с последующим использованием данных при решении профессиональных задач и оформлении научных статей, отчётов, заключений и пр.;
- владение системой психологической диагностики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт;
- прогнозирование изменений и динамики уровня развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях;
- проведению стандартного прикладного исследования в определённой области психологии;

- реализации базовых процедур анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях;

- использование дидактических приёмов при реализации стандартных коррекционных, реабилитационных и обучающих программ по оптимизации психической деятельности человека;

- умение выстраивать программу самообразования и саморазвития на протяжении всей профессиональной жизни;

- умение организовывать просветительскую деятельность с разной аудиторией с целью повышения уровня психологической культуры общества [4].

Профессиональная компетентность будущего специалиста – это интегративное свойство личности, объединяющее в себе сочетание системы профессионально важных качеств, таких как: коммуникативные, организаторские и интеллектуальные. Это сочетание качеств, на наш взгляд, наиболее эффективно будет формироваться и развиваться в процессе организации самостоятельной познавательной деятельности студентов, в ситуациях в которых сам студент выделяет и решает учебные задачи (познавательные, исследовательские, проектные и т.д.). В процессе такой работы происходит усвоение содержания обучения в соответствии с индивидуальным стилем мышления, способами познания, личным индивидуальным опытом каждого студента.

Под самостоятельной работой студентов понимается деятельность, направленная на решение познавательных задач по овладению базовыми и специальными компетенциями посредством выполнения конкретных учебных

заданий под руководством преподавателя. Это сложный процесс, который включает в себя формирование мотивации, профессиональной позиции будущего специалиста, интеграцию самостоятельной работы студентов с практической профессиональной деятельностью, выбор форм контроля за результатами своей самостоятельной работы.

Ключевые характеристики самостоятельной работы: наличие познавательной задачи, проблемный вопрос; умственное напряжение для правильного и наилучшего выполнения учебного действия; сознательность, самостоятельность, активность студентов в процессе решения поставленных задач; управление и самоуправление самостоятельной, познавательной и практической деятельностью.

Самостоятельная работа регламентируется преподавателем и предполагает выполнение различного рода заданий предметной направленности. Это могут быть различные задания, выполнение которых учитывается при проведении процедуры итоговой и промежуточной аттестации:

- специальные задания на осмысление пройденного материала;
- изучение отдельных тем, проблемных вопросов;
- мини-исследования;
- описание экспериментов;
- конспектирование первоисточников;
- написание курсовых и дипломных работ [2].

Выполнение данных заданий расширяет объем программного материала, лекционных и семинарских занятий.

Для выполнения самостоятельных заданий большое значение имеют два фактора: наличие у студентов навыков самостоятельной учебной деятельности; создание обстановки «вынужденной самостоятельности».

При организации самостоятельной работы студентов необходимо определить объём, структуру содержания учебного материала, выносимого на самостоятельную проработку, этапы работы, методическое обеспечение [1]. Успешность освоения материала также определяется степенью подготовленности студента. Для начального формирования навыков самостоятельной работы целесообразно предлагать студентам отдельные темы, фрагменты учебной литературы для составления тезисов или краткого конспектирования. Например, изучение эмоций, мышления и т.д. Позже можно перейти к конспектированию первоисточников, сопоставлению разных точек зрения на то или иное психологическое понятие. Для осмысления пройденного материала можно использовать составление таблиц, схем и т.д. Например, составление таблицы возрастных особенностей познавательной сферы, схемы структуры личности.

Психологические предпосылки самостоятельной работы студентов заключаются в мотивации, положительном отношении, понимании того, что при правильно организованной самостоятельной работе приобретаются навыки и опыт творческой деятельности [3].

Навыки самостоятельной работы формируются постепенно с первых дней обучения в ходе лекций, практических занятий, внеаудиторной работы, через специальные задания (предварительное планирование своего ответа, выделение главного в лекции, сопоставление явлений, доказательство определенной точки зрения и т.д.).

Выделяют четыре уровня самостоятельной деятельности обучающихся: 1) копирующие действия; 2) репродуктивная деятельность; 3) продуктивная деятельность; 4) самостоятельная деятельность.

В соответствии с уровнями самостоятельной деятельности студентов выделяются четыре типа самостоятельной работы: 1) воспроизведение по образцу; 2) реконструирование самостоятельной работы (анализ событий, явлений, фактов); 3) вариативные задания (умения и навыки поиска ответа за пределами известного образца); 4) творческие работы.

Ядром самостоятельной работы является учебная задача или проблемная ситуация. Учебная задача - это сформированное задание, требующее решения в ходе наблюдения, опытов, изучения литературы и других видов познавательной деятельности, поиск новых знаний. Учебная задача обладает рядом признаков:

- является предметом познавательной деятельности;
- содержит в себе противоречие между данным и искомым;
- включает все звенья познавательной деятельности: постановку цели, мотивацию, выбор рациональных путей решения, подбор способов действий и средств их выполнения, получение результата, его анализ;
- выступает средством логической и психологической организации учебного материала;
- интегрирует процессы усвоения знаний и формирования опыта деятельности, что необходимо для овладения компетенциями.

Максимальный эффект от самостоятельной работы возникает тогда, когда она организуется и реализуется в качестве целостной системы и охватывает все этапы обучения студентов в вузе. Высшей формой СРС является научно-исследовательская работа студентов (НИРС).

Научное исследование – это целенаправленный процесс, достижение осознанно поставленной цели, четко сформулированных задач. Это поиск

нового, открытие неизвестного, выдвижение оригинальных идей, новое освещение рассматриваемых вопросов. Оно характеризуется систематичностью. В нем приведены в систему и сам процесс исследования, и его результаты. Этому процессу присущи строгая доказательность и последовательное обоснование сделанных обобщений и выводов.

Цель исследования - найти общее у ряда единичных явлений, вскрыть законы, по которым возникают, функционируют и развиваются явления, проникнуть в их глубинную сущность. Важным средством повышения качества НИРС является привлечение студентов к научным исследованиям, проводимым в рамках деятельности научных медицинских центров, лабораторий. Значение НИРС возрастает при наличии прикладной направленности, когда результаты работы имеют практическое значение.

Интеграция учебной и научно-исследовательской деятельности заключается в развитии когнитивных структур, в формировании умений и навыков мыслительной деятельности. Это развитие навыков анализа, синтеза, обобщения, абстрагирования, систематизации и др.

Таким образом, самостоятельная работа студентов (СРС) является одним из эффективных средств развития и активизации творческой деятельности студентов, формирования профессиональных компетенций. Ее можно рассматривать как главный резерв повышения качества подготовки специалистов.

Литература:

1. Белялова М.А. Самостоятельная работа студентов по педагогике и методике преподавания (пособие в помощь студентам специальности 06010965 «Сестринское дело»). - Краснодар: ГУ ЭСАЗ АКК, 2006.

2. Герасимова В.С. Методика преподавания психологии: курс лекций. - М: Ось-89, 2014 г.
 3. Черниченко, В. И. Дидактика высшей школы: История и современные проблемы / В. И. Черниченко. – М.: Вузовская книга, 2002.
 4. <http://минобрнауки.рф/документы/925>

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ
 ОБОСНОВАНИЕ ИННОВАЦИЙ
 В ОБРАЗОВАНИИ**

Белялова М.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
 муниципальный медицинский институт
 высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия*

Современное образование, динамичное и адекватно реагирующее на изменения в политической, экономической и социальной жизни, предполагает изменения в содержании и организации деятельности учебного заведения, определяемые как инновационные.

Разные словари по-разному толкуют слово «инновация».

В англо-русском словаре – «инновация» – это нововведение, новшество [2].

П. Уайт различает понятия «изобретение» - конечный результат исследований, и «нововведение» - процесс, цель которого внедрение изобретения в жизнь, следующий за изобретением, завершает успешные разработки. Изобретение подразумевает появление на свет чего-то нового, нововведение – внедрение чего-то в практику [7].

Оксфордский толковый словарь разъясняет «инновацию» так: «Любой новый подход к конструированию, производству или сбыту товара, в результате чего инноватор или его компания получают преимущество перед конкурентами. Используя патенты, добившийся успеха новатор может обеспечить временную монополию, хотя впоследствии

конкуренты найдут способы выхода на выгодный рынок.

Некоторые компании начинают выпуск новой продукции, ориентированной на сформировавшийся спрос, другие разрабатывают технологические новшества, создающие новые рынки» [1].

«Инновация» по определению экономиста Й.Шумпетера – это «появление чего-то нового, неизвестного ранее» [8].

В кратком словаре современных понятий и терминов под общей редакцией В.А. Макаренко «инновация (англ.innovation нововведение, обновление) – 1) вложение средств в экономику, обеспечивающее смену поколений техники и технологии; 2) выработка, синтезирование новых идей, создание новых теорий и моделей, претворение их в жизнь; политические программы, имеющие, как правило, индивидуальный, неповторимый характер; 4) в языкознании – новообразование, относительно новое явление, преимущественно в морфологии» [3].

Инновационная деятельность – это процесс реализации инноваций.

Понятие «инновация» впервые появилось в XIX веке, в начале XX века – наука о нововведениях – инноватика.

По определению А.И. Пригожина «нововведение (инновация)» - это целенаправленное изменение, которое вносит в определенную социальную единицу – организацию, поселение, общество, группу – новые, относительно стабильные элементы» [5].

В научной литературе инновационный процесс осуществляется посредством шести этапов:

1 – этап рождения новой идеи, концепции новшества (этап открытия);

2 – этап изобретения, т.е. создания новшества, материальный или духовный продукт-образец;

3 – этап нововведения, этап практического применения полученного новшества, его доработка; самостоятельное существование новшества;

4 – этап распространения новшества, его широкое внедрение;

5 – этап господства новшества в конкретной области, новшество перестает быть новшеством, теряет свою новизну, замена данного новшества более эффективным;

6 – этап сокращения масштабов применения новшества, связанный с заменой его новым продуктом.

Новизна – один из критериев оценки педагогических исследований, это основной результат творческого процесса, это свойство и самостоятельная ценность любого нововведения. Новизна в педагогической науке может быть абсолютной (принципиально неизвестное «новшество», отсутствие аналогов и прототипов), относительной (местная, частная, условная), псевдоновизной (оригинальничание, стремление сделать не столько лучше, сколько иначе), изобретательскими мелочами.

Следует отметить субъективную новизну, когда объект нов для данного субъекта.

Новшество – это средство (метод, методика, технология и т.д.), инновация, нововведение – это процесс, который развивается по определенным этапам.

Н.Р. Юсуфбекова выделяют три блока в структуре инновационных процессов в системе образования:

1. блок создания нового в педагогике;

2. блок восприятия, освоения и оценки нового;

3. блок использования и применения нового [9].

М.М. Поташник отмечает, что инновационный процесс полиструктурен, он выделяет иерархию структур:

- деятельностная структура – совокупность компонентов: мотивы – цель –

задачи – содержание – формы – методы – результаты;

- субъектная структура – деятельность всех субъектов развития: директора, его заместителей, учителей, ученых, учащихся, родителей, спонсоров, методистов, преподавателей вузов, консультантов, экспертов, работников органов образования, аттестационной службы и др.;

- содержательная структура – рождение, разработка и освоение новшеств в обучении, воспитательной работе, управлении школой и т.д.;

- структура жизненного цикла, выражающаяся в этапности: возникновение (старт), - быстрый рост (в борьбе с оппонентами, рутинерами, консерваторами, скептиками) – зрелость – освоение – диффузия (проникновение, распространение) – насыщение (освоенность многими людьми, проникновение во все части учебно-воспитательного и управленческого процессов) – рутинизация – кризис – иррадиация (модернизация новшества);

- управленческая структура – взаимодействие четырех управленческих действий: планирование – организация – руководство – контроль;

- организационная структура: диагностический, прогностический, собственно организационный, практический, обобщающий, внедренческий [4].

В педагогической литературе выделяются два типа инновационных процессов в области образования.

Первый тип – инновации, происходящие стихийно, эмпирически, как правило, отсутствие научного обоснования.

Второй тип – инновации, являющиеся продуктом осознанной, целенаправленной, научно обоснованной деятельности.

В.А. Слостенин и Л.С. Подымова разработали структуру инновационной деятельности учителя [6].

Инновации в системе образования связаны с внесением изменений в цели, содержание, методы и технологии, формы организации и систему управления; в стили педагогической деятельности и организацию учебно-познавательного процесса; в систему контроля и оценки уровня образования; в систему финансирования; в учебно-методическое обеспечение; в систему воспитательной работы; в учебный план и учебные программы; в деятельность учителя и учащегося.

Инновации группируются по разным основаниям:

- первая классификация основана на соотносённости нового к педагогическому процессу, протекающему в школе;

- вторая – основана на применении признака масштабности (объёма);

- третья осуществляется по признаку инновационного потенциала;

- четвёртая классификация основана на группировке признаков по отношению к своему предшественнику.

Литература:

1. Бизнес: Оксфордский толковый словарь Англ.-рус. - М.: Изд-во «Прогресс-Академия», РГГУ, 1995. - с.318.
2. Большой англо-русский словарь. В 2-х томах. Под общим рук. проф. И.Р. Гальтерина- М.: Советская энциклопедия, 1972. т.1-с.717.
3. Краткий словарь современных понятий и терминов – 3-е изд., Сост., общ. Ред. В.А. Макаренко. – М.: Республика, 2000. –с.201.
4. Поташник, М.М., Хомерики О.Г. // Структуры инновационного процесса в образовательном учреждении Магистр. – 1994. - №5.
5. Пригожин, А.И. // Нововведения: стимулы и препятствия. Социальные проблемы инноватики. – М., 1989.
6. Слостенин, В.А., Подымова, Л.С. // Педагогика: инновационная деятельность. - М., 1997.

7. Уайт, П. // Управление исследованиями и разработками/Сокр. пер. с англ. под ред. Д.Н. Бобрышева. – М.: Экономика, 1982. – с.23.
8. Шумпетер, И. // Теория экономического развития/Пер. с нем. В.С. Автомова, М.С. Любского, А.Ю. Чепуренко. – М.: Прогресс, 1982. – 456с.
9. Юсуфбекова, Н.Р. Общие основы педагогической инноватики. Опыт разработки теории инновационных процессов в образовании. – М., 1991.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

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

В современном профессиональном мире коммуникативная компетентность становится основным источником карьерного роста человека и эффективного осуществления профессиональной деятельности. Конкурентоспособными специалистами становятся лишь те, кто помимо профессиональной компетентности имеют социальный (эмоциональный) интеллект и коммуникативную грамотность, которая включает, в том числе, и владение деловым этикетом. Панфилова А.П. обращает внимание на знание правил этикета и действия, в основе которых лежат нравственные ценности, позволяют человеку сформировать позитивный имидж и иметь безупречную репутацию, что во всем цивилизованном мире ценится наивысшим образом в любой профессиональной деятельности [11].

В теоретических исследованиях Д. Ольшанского межличностные коммуникации делятся на формальные или

официальные, которые определяются политикой, правилами, должностными инструкциями определенной организации и осуществляются по формальным каналам; неформальные коммуникации, не следующие общим правилам определенной организации; осуществляются согласно установившейся системе личных отношений между работниками организации [10].

Успех коммуникации, по мнению Д. Ольшанского, определяется следующими факторами: уверенностью в себе, использованием понятного языка, убедительностью в общении, изменением стиля поведения с разными людьми, получением положительной обратной связи [10].

Панфилова А.П. утверждает, что в коммуникации выделяют информационную, убеждающую, экспрессивную, внушающую (суггестивную) и ритуальную модели общения [11].

Общение – это социальное взаимодействие между людьми посредством знаковых систем в целях трансляции (передачи) общественного опыта, культурного наследия и организации совместной деятельности.

Еникеев М.И. уделяет внимание содержанию, функциям и средствам общения. Содержание общения многопредметное, цели связаны с его функциями, среди которых актуальны, информационно-коммуникативная (прием и передача информации); регулятивно-коммуникативная (интерактивная: организация взаимодействия людей в их совместной деятельности) [4].

Существует множество приёмов повышения эффективности общения, преодоления коммуникативных барьеров, которые систематизированы Морозовым А.В., приём «имя собственное», основанный на произнесении вслух имени-отчества партнера, с которым общается субъект коммуникации; приём «зеркало отношений», состо-

ящий в доброй улыбке и приятном выражении лица, свидетельствующем, что «я - ваш друг»; приём «золотые слова» заключается в высказывании комплиментов в адрес пациента или больного, способствующих эффекту внушения; приём «терпеливый слушатель» вытекает из терпеливого и внимательного выслушивания проблем медработников или больных и приём «личная жизнь» выражается в привлечении внимания к увлечениям субъектов общения, что также повышает его вербальную активность и сопровождается положительными эмоциями [9].

Основная цель коммуникационного процесса, по утверждению Мескона М. - обеспечение понимания информации, являющейся предметом обмена, т.е. сообщений [8].

Мескон М. констатирует, что почти невозможно переоценить важность взаимодействия в сопровождении субъекта коммуникации. Едва ли не все, что делают в коммуникативной деятельности, чтобы облегчить организации достижение ее целей, требует эффективного обмена информацией [8].

В коммуникативном процессе происходит не простое движение информации, но как минимум активный обмен ею, на что обращает внимание Андреева Г.М., особую роль играет для каждого участника общения значимость информации, потому что люди не просто «обмениваются» знаниями, но «стремятся при этом выработать общий смысл», - так считает Леонтьев А.А. [7]. Суть коммуникативного процесса - не просто взаимное информирование, но совместное постижение истины. Поэтому в каждом коммуникативном процессе реально в единстве даны деятельность, общение и познание. Медицинскому персоналу, независимо от уровня его профессиональных притязаний, необходимо владеть технологией и техникой общения для создания атмосферы доверия в еди-

ном желании и стремлении скорейшего и качественного выздоровления больного [2,7].

На создание атмосферы плодотворного сотрудничества энергетическое влияние оказывает коммуникативный стиль, о чем пишет Бороздина Г.В., т.е. совокупность привычных для человека способов и средств установления и поддержания контактов с окружающими [3].

Кан-Калик В.А. обращает внимание, что необходимо различать общие коммуникативные задачи предстоящей деятельности, которые, как правило, планируются заранее, и текущие коммуникативные задачи, возникающие в ходе общения. Формы и нюансы общения - общие коммуникативные задачи - могут быть в целом заранее спрогнозированы, задуманы, предвосхищены, но, в конечном счете, всегда должны корректироваться обстоятельствами общения и текущими коммуникативными задачами [5].

Карпов А.В. обращает внимание на роль коммуникации в управлении, что существенно в контексте данного исследования, так как культура руководителя определяет культуру среднего медицинского персонала, взаимодействующего с больными [6].

Способность среднего медицинского персонала сохранять оптимальность в различных условиях деятельности является наиболее характерным показателем профессионального здоровья, предпосылкой к обеспечению высокой профессиональной эффективности.

Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения коммуникативных барьеров выделяет фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений [5,6].

В работах психологов рассматриваются отдельные стороны компетентности: компетентность в общении (Л.А.

Петровская), интеллектуальная компетентность (М.А. Холодная), конфликтная компетентность (Б.И. Хасан).

Средний медицинский персонал работает эффективно, благодаря правильной кадровой расстановке и воспитанию профессиональной культуры [3].

Сизова Л.А. в своих исследованиях обращает внимание на то, что личность медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности характеризуется сочетанием инвариативных, специфических и вариативных психологических качеств. Инвариативными являются качества, в равной мере свойственные клиническим и старшим медицинским сестрам. Вариативные качества характеризуются терпимостью и ответственностью в отношении соблюдения нравственных норм; типом «понимающий людей» в межличностном доверии. Наиболее выраженными компонентами межличностного доверия в среде медицинских сестер являются надежность и приязнь, что можно определить как тип «эмоционально доверяющий максималист».

Сизова Л.А., определяет мотивационное ядро личности медицинской сестры, в котором мотивация социально-профессионального признания взаимосвязана с позитивной профессиональной идентичностью, снижением социальной адаптацией, высоким перфекционизмом, с ориентацией в межличностном доверии на надежность и предсказуемость партнеров по совместной деятельности [12].

Литература:

1. Андреева, Г.М. Социальная психология. - М.: Аспект Пресс, 2006.
2. Белялова, М.А., Валюхова В.А., Чалов, В.Н. Воспитание педагогической культуры менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» средствами художественной литературы. —

Краснодар, 2008.

3. Бороздина, Г.В. Психология делового общения: учебник / Г.В. Бороздина. - 2-е изд. - М.: ИНФРА-М, 2008.
4. Еникеев, М.И. Общая и социальная психология. Учебник для вузов. - М.: Издательская группа Норма - инфра М, 1999.
5. Кан-Калик, В.А. Учителю о педагогическом общении. - М.: Просвещение, 1987.
6. Карпов, А.В. Психология менеджмента: Учеб. пособие. - М.: Гардарики, 2005.
7. Леонтьев, А.А. Речевое воздействие: Проблемы прикладной психолингвистики. - М., 1972.
8. Мескон Майкл, Майкл Альберт, Франклин Хедоури. Основы менеджмента: Пер. с англ. - М.: Дело, 2006.
9. Морозов, А.В. Деловая психология. Курс лекций; Учебник для высших и средних специальных учебных заведений. - СПб.: Издательство Союз, 2000.
10. Ольшанский, Д.В. Психология масс. - СПб.: Питер, 2002.
11. Панфилова, А.П. Теория и практика общения: [учеб. пособие для средн. проф. образования] / А.П. Панфилова. - М.: Академия, 2007.
12. Сизова, Л.А. Психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. //Автореф.... диссертации к.п.с.н. - Краснодар, 2015.

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
ТЕХНОЛОГИИ,
ОРИЕНТИРОВАННЫЕ
НА ПРАКТИЧЕСКУЮ
ПОДГОТОВКУ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Белялова М.А., Мороз В.А
МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»

Краснодар, Россия

Современное профессиональное образование, направленное на реализацию программного содержания дисциплин ФГОС, предполагает использование как традиционных, так и инновационных педагогических технологий обучения, которым необходимо обучать профессорско-преподавательский коллектив вуза: исследования свидетельствуют об отсутствии даже информированности о технологиях, методах, формах и средствах развития профессиональной компетентности студентов - будущих специалистов. Выбор технологии обучения связан с компетентностным подходом в профессиональном образовании, что актуализирует проблему функционирования «Школы педагогического мастерства» по использованию в педагогической деятельности инновационных технологий, методов, форм и средств обучения.

Ян Амос Коменский в «Великой дидактике» определил четыре аспекта теории обучения: кого учить, для чего учить, чему учить, как учить, осознавая содержательную и технологическую сложность ответов. Процесс обучения предполагает гуманистически-ориентированный подход [2].

Компетентностный подход в образовании актуализирует вопрос «Как учить?», чтобы в процессе обучения формировалось дивергентное мышление специалиста, состоятельного теоретически и практически решать профессиональные задачи, так как XXI век все чаще называют веком качества, а для России проблема качества особенно остра: необходимо преодолеть значительное отставание от государств, принявших философию качества почти столетие назад. Сегодня в государстве существует четкий заказ на высшее образование «высшей пробы», о чем свидетельствуют правительственные документы и Со-

вет по координации управления качеством высшего образования, так как компетентностный подход во многих странах реализуется на уровне национальных образовательных стандартов, что предусмотрено в новом поколении и наших ФГОС.

Профессиональная компетентность-это комплекс общенаучных, социально-личностных, профессионально ориентированных компетенций, взаимосвязанных и формирующих Я - концепцию будущего специалиста.

Современный процесс образования в вузе, осуществляемый в рамках традиционных технологий, не отвечает развитию инновационных процессов в научной и профессиональной деятельности человека [1].

Доктор психологических наук, профессор А.А.Вербицкий – автор технологии знаково-контекстного обучения, утверждает, что в профессиональном образовании необходимо создать условия для развития активной позиции студента в учебно-познавательной деятельности, предоставлять возможности для его профессионального самоопределения в условиях конкретной профессиональной деятельности специалиста [3].

Цель профессионального образования – формирование целостной структуры будущей профессиональной деятельности обучаемого в период его обучения [2].

В контекстном обучении (как и в традиционном) учебный материал предьявляется в виде учебных текстов как знаковых систем («знаково-контекстное») и по-прежнему выступает как информация, которую нужно усвоить, но отличительная особенность контекстного обучения в том, что за этой информацией, структурированной преимущественно в виде задач и проблемных ситуаций, просматриваются реальные контуры будущей профессиональной деятельности (отсюда знаково-

контекстное обучение). Понятие «контекст» обеспечивает уровень личностного включения обучающегося в процессы познания и овладения профессиональной деятельностью. Знаково-контекстное обучение требует определенной логики процесса обучения специалиста – это учебная деятельность академического типа, квазипрофессиональная деятельность (деловые игры, игровые формы занятий), учебно-профессиональная деятельность (научно-исследовательская работа, производственная практика, дипломное проектирование). Автор данной технологии пропагандирует лабораторно-практические занятия, имитационное моделирование, анализ конкретных производственных ситуаций, разыгрывание ролей, спецкурсы и спецсеминары [2]. Предметный контекст профессиональной деятельности, по А.А. Вербицкому, связан с формированием профессионального мышления, компетентных практических действий специалиста [2].

В педагогической деятельности нашего вуза используется ведущая форма квазипрофессиональной деятельности – деловая игра, в процессе которой студент приобретает опыт познавательной и профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, характерных для данного вида труда.

Игротехники придерживаются шести психолого-педагогических принципов конструирования деловой игры: имитационного моделирования содержания, форм профессиональной деятельности; совместной деятельности; диалогического общения; двуплановости; проблемности содержания имитационной модели процесса его развертывания в игровой деятельности.

Эффективно в формировании практических умений решение конкретных ситуаций, которые по назначению представляются как ситуация – проблема, ситуация – оценка, ситуация – иллю-

страция, ситуация – тренинг; по представлению как классическая ситуация, «живая» ситуация, «инцидент», разбор корреспонденции, действие по алгоритму.

При конструировании конкретной ситуации необходимо определять учебные цели (выработка умения анализировать ситуацию, самостоятельно принимать решение, овладение творческим мышлением, умение видеть причинно-следственные связи), правила конструирования и представления конкретных ситуаций.

Эффективность реализации конкретной ситуации достигается посредством индивидуального анализа КС; групповой дискуссией по выработке коллективного решения на основании индивидуальных; выработкой оптимального решения на основе групповых, что способствует формированию профессиональной компетентности студента-будущего специалиста.

Литература:

1. Методическое пособие в помощь студенту по специальности 040600 «Сестринское дело»: Краснодар, «Книга», 2000.
2. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. - №4, с. 56-58.
3. Вербицкий, А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. – М., 1991.

МЕТОДИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ ПРОЦЕСС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ВУЗЕ

Белялова М.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»*

Краснодар, Россия

Образовательный процесс в профессиональном учебном заведении осуществляется на содержательно-методическом уровне, предполагающем как фундаментализацию, так и методическое обеспечение содержания образования.

Современное профессиональное образование, основанное на субъектно-деятельностном подходе, определяет стратегию и тактику реализации содержания образования на личностно значимом уровне, что обязывает преподавателей, выступающих в роли консультантов, к разработке с каждым студентом программы его развития и саморазвития. Такой подход означает, что профессорско-преподавательский коллектив является разработчиком учебно-методических материалов, в форме пособий, рекомендаций, инструкций, рассчитанных на самостоятельное изучение содержания образования.

Профессиональная подготовка менеджера сестринского дела включает реализацию психолого-педагогических дисциплин, цель которых подготовка специалиста, состоятельного в психологическом и педагогическом аспектах профессиональной деятельности.

В вузе отработана система методического обеспечения образовательного процесса, предполагающая целенаправленную работу преподавателей и студентов по созданию учебно-методических комплексов по дисциплине.

Современное образование, гуманистически ориентированное, находит содержательную реализацию посредством работы над материалами, включенными в учебно-методическое пособие «Педагогика гуманизма» [2], разработанное на кафедре педагогики и психологии вуза.

Авторами осуществлён подбор актуального и для студентов материала:

- теоретическое обоснование гума-

низации образования как императива XXI века;

- глоссарий;

- афоризмы и изречения по гуманизации образования;

- методики исследования ценностных ориентаций студентов («Напишите свой портрет», «Ваши духовно-нравственные ценности», «К чему стремится большинство людей»);

- деловая игра в форме регламентированной дискуссии «Духовно-нравственные ценности человека»;

- тематическая дискуссия «О красоте человека»;

- публичные чтения, представленные произведениями В. Сухомлинского («Крылья матери», «О жаворонке, который в окошко улетел», «Семь дочерей»), А. Моруа («Открытое письмо молодому человеку о науке жить»), И. Габиролы («Жемчужная россыпь»), А. Чехова («Письмо А.П. Чехова Н.П. Чехову»), Лабрюйера («Характеры, или нравы нынешнего века»), Ларошфуко («Максимы»), Д. Лихачёва («Письма о добром и прекрасном»), Н. Рубакина («Что такое образованный человек, интеллигентный человек»), Честерфилда («Письма к сыну»). После каждого произведения разработаны вопросы, обращённые к личности студента;

- рубрика «Каждый решает по своему», рассчитанная на поиск ответов на предлагаемые вопросы с использованием высказываний философов, писателей и учёных в разных областях науки;

- литература для самообразования.

Каждый студент, изучив материалы учебно-методического пособия, разработывает программу личностного саморазвития и самовоспитания.

Пользуется популярностью «Практикум по педагогике с методикой преподавания» [7], рассчитанный на развитие педагогической культуры менеджеров сестринского дела и представленный высказываниями великих мыслителей о

педагогическом мастерстве; художественными произведениями об Учителе; метафорами «Уроки, которые мы извлекаем из опыта других», педагогическими задачами и терминами по основам педагогического мастерства; перечнем литературы для дополнительного изучения.

Авторским коллективом осуществлён подбор художественных произведений о педагогах, включённых в пособие «Воспитание педагогической культуры менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» средствами художественной литературы» (24 произведения, к каждому из которых предлагаются задания и вопросы) [4].

Пособие «Самостоятельная работа студентов по педагогике и методике преподавания» [3] развивает творческий потенциал будущих профессионалов в области педагогической и управленческой деятельности. В пособии на 9,5 печатных листах сконцентрирован разнообразный материал, предполагающий, с одной стороны, фундаментализацию, с другой стороны дифференциацию и индивидуализацию обучения личностно ориентированное отношение субъектов образовательного процесса к вопросам самообразования и саморазвития. Характерной особенностью является наличие заданий, рассчитанных на развитие культуры исследователя в области научно-методических и технологических проблем профессиональной деятельности.

Профессиональная подготовка менеджера связана с развитием ораторского искусства, направленного на формирование личности. «Университетское красноречие» - понятие старинное, в современной классификации применяют термин «академическое красноречие».

В настоящее время в России проблема овладения свободным культурным словом как никогда актуальна, особенно важно это для менеджеров в здравоохранении, чья речь – не только глав-

ное орудие профессиональной деятельности, но и образец, сознательно и бессознательно усваиваемый и воспринимаемый подчинёнными. Создание модели профессиональной деятельности менеджера на основе педагогической риторики будет способствовать эффективной подготовке студента – будущего специалиста. В пособие «Педагогическая риторика в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» [5] включены теоретические («Из истории отечественной педагогической риторики», «Концептуальная структура современной педагогической риторики в профессиональной деятельности преподавателя менеджера здравоохранения») и практические («Формирование педагогической риторики в профессиональной деятельности преподавателя и менеджера здравоохранения» - система упражнений, «Памятка оратора») материалы.

Многообразие и сложность задач профессионального образования делает особенно актуальным проблемы педагогического мастерства.

Общепризнано, что педагогика – не только наука, но и искусство, которому необходимо учить, так как образование и образовательный процесс – это не только получение информации, но и творческая деятельность, результатом которой является личность обучаемого, способная к самовыражению и достойному самоопределению в этом мире.

В пособии «Роль театральной педагогики в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» [6] представлено обоснование театральной педагогики (актёрская школа преподавателя, технология реализации театральной педагогики, общее и различия в актёрско-режиссёрской и педагогической деятельности; речевое искусство, технология использования элементов театральной педагогики в процессе профессио-

нальной подготовки студентов), система заданий и упражнений по формированию и развитию профессионального мастерства средствами театральной педагогики; рекомендации и памятки по овладению педагогическим мастерством средствами театральной педагогики.

Предметом особой гордости является пособие «Педагогика в кроссвордах» [1], разработанное по всем темам педагогики и методики преподавания совместно со студентами, изучающими данную дисциплину.

Совместно со студентами подготовлено и пособие «Задания в тестовой форме по педагогике и методике преподавания» [8].

Систематизации знаний по психологии способствуют материалы пособия «Самостоятельная работа по дисциплине «Психология» [9].

Мониторинговые исследования профессионально-личностной культуры студентов определили разработку пособия «Диагностика внутрисемейных отношений», позволяющего эффективно осуществлять психологическую помощь при решении семейных проблем [10]. Диагностический материал способствует изучению специфики взаимоотношений молодых людей в добрачный период, отношений, складывающихся между супругами, детьми и родителями. Многосторонность, комплексность и системность разработанных материалов оказывают действительную помощь заинтересованным в данной проблеме студентам.

Процесс разработки учебно-методических пособий является процессом формирования профессиональной культуры менеджера сестринского дела.

Литература:

1. Белялова, М.А. Педагогика в кроссвордах. – Краснодар, 2010.
2. Белялова, М.А. Педагогика гуманизма. – Краснодар, 2004.
3. Белялова, М.А. Самостоятельная ра-

бота студентов по педагогике и методике преподавания. – Краснодар, 2006.

4. Белялова, М.А., Валюхова В.А., Чалов, В.Н. Воспитание педагогической культуры менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» средствами художественной литературы. – Краснодар, 2008.

5. Белялова, М.А., Валюхова, В.А. Педагогическая риторика в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело». – Краснодар, 2007.

6. Белялова, М.А., Валюхова, В.А. Роль театральной педагогики в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело». – Краснодар, 2007.

7. Белялова, М.А., Чалов, В.Н., Арсенян, Г.Р. Практикум по педагогике с методикой преподавания. – Краснодар, 2004.

8. Задания в тестовой форме по педагогике и методике преподавания. – Краснодар, 2010.

9. Чалов, В.Н. Самостоятельная работа по дисциплине «Психология». – Краснодар, 2006.

10. Чалов, В.Н., Белялова, М.А., Мороз, В.А. Диагностика внутрисемейных отношений. – Краснодар, 2010.

**РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В
СТИМУЛИРОВАНИИ
САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-
МЕДИКОВ НА ПРИМЕРЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
СИТУАЦИОННО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ
«ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА»**

Бондаренко Н.А., Сотникова Н.В.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальной проблемой современного профессионального образования является формирование и развитие познавательных интересов студента, личность которого является центральной фигурой образовательного процесса. Именно интерес к познавательной деятельности впоследствии позволит специалисту в любых условиях идти в ногу со временем. Одной из задач современного обучения становится раскрытие потенциала всех участников педагогического процесса, предоставление им возможностей проявления своих творческих способностей [2,4]. Решение этих задач невозможно без инновационных технологий.

Инновационные образовательные технологии вырабатывают у студента умение ориентироваться в нестандартных условиях, анализировать возникающие проблемы, самостоятельно разрабатывать и реализовывать управленческие решения. Понятие «технология обучения» на сегодняшний день не является общепринятым в традиционной педагогике. В документах ЮНЕСКО технология рассматривается как системный метод создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействия, ставящей своей задачей оптимизацию форм образования. Одна и та же технология в руках конкретных исполнителей может выглядеть по-разному: здесь неизбежно присутствие личностной компоненты педагога, особенностей контингента учащихся, их общего настроения и психологического климата в классе [5].

На базе «Школы Здоровья» кафедры терапии с курсом педиатрии под руководством профессора Борисова Ю.Ю., в результате поиска эффективных методов преподавания, в 2008 г. разработана ситуационно-ролевая игра «Обследование пациента» [3].

Игра-это сильнейшее средство включения учащегося в систему обучения [4]. Игровое обучение – имитационная творческая деятельность студентов, связанная с разыгрыванием ролей. Данная педагогическая технология позволяет формировать организацию профессиональных коммуникаций. Толчком для ее создания послужили многочисленные обращения студентов к преподавателям-медикам кафедры за советами по вопросам сохранения здоровья. Содержание этой игры определилось одновременно учебными программами, интересами и потребностями студентов.

Порядок проведения ситуационно-ролевой игры «Обследование пациента» складывается из нескольких этапов. На первом этапе студенты учебной группы разбиваются самостоятельно на малые группы обследующих и обследуемых, и выполняют манипуляции: (измерение температуры тела (t° C), исследование пульса на лучевых артериях (Ps), измерение артериального давления (АД), наблюдение за дыханием (ЧДД), антропометрия: взвешивание, измерение длины тела, определение индекса массы тела (ИМТ), пикфлоуметрия (ПЕФ), электрокардиография (ЭКГ). На втором этапе показатели измерений студенты заносят в Карту обследования в «Школе Здоровья». На третьем этапе учащиеся оценивают параметры физического здоровья с помощью Памятки пациента «Школы Здоровья». На четвертом этапе по результатам оценки параметров физического здоровья игроки определяют настоящие и потенциальные проблемы обследуемых участников игры и также заносят в Карту обследования в «Школе Здоровья» [3].

В студенческой среде здоровье молодых людей отличается исходно низким уровнем ряда показателей в сочетании с факторами, несущими негативный вклад в его состояние в процессе обучения, поэтому начинать работу по фор-

мированию личной ответственности за здоровье и управлению самосохранительным поведением необходимо с раннего возраста, в том числе широко используя возможности институтов. В 2011 году ряд вузов принял участие в открытом публичном всероссийском конкурсе образовательных учреждений высшего профессионального образования на звание «ВУЗ здорового образа жизни» [1].

В медицинских учебных заведениях существует уникальная возможность использования учебного процесса и потенциала студентов-медиков для стимулирования развития самосохранительного поведения. Включение элементов игры «Обследование пациента» в образовательный процесс позволяет решать не только вопрос об активизации познавательной деятельности студентов, но и сохранения их здоровья путем своевременной его оценки.

Таким образом, инновационные технологии являются необходимым инструментом современного преподавателя. В них заложен огромный потенциал для повышения профессионального мастерства и достижения целей, поставленных Федеральными государственными образовательными стандартами [4,6].

Инновационные образовательные технологии способствуют формированию творческого стиля деятельности будущего медицинского работника, существенно повышают его мотивацию, глубину и полноту овладения профессией.

Литература:

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа.- М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. -С. 18
2. Белялова М.А., Борисов Ю.Ю., Аналич В.А. Менеджмент в педагогике: инновационность и перспективность современных образовательных систем // Международный журнал эксперимен-

тального образования. -2014. -№. 4. С.50-52.

3. Бондаренко Н.А., Сотникова Н.В., Хатхе Р.Р. Востребованность «Школы Здоровья» кафедры терапии с курсом педиатрии КММИВСО и эффективность её работы на примере анализа результатов электрокардиографии // Материалы I Международной научно-практической конференции: «Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития». Краснодар: «Априори» 2013.

4. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. - 2013. - № 4. - С. 56-58.

5. Буланова-Топоркова М.В., Духавнева А.В., Кукушин В.С., Сучков Г.В. Педагогические технологии.- Ростов-на-Дону: «Феникс», 2010

6. Ломоносова Г.Г., Борисов Ю.Ю. Использование инновационных образовательных технологий при подготовке будущих бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования . - 2015. - № 4. - С. 173-176.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П.,
Ломоносова Г.Г., Щербинина И.Г.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Необходимость широкого внедрения инновационных информационных технологий в образовательный процесс на современном этапе обусловлена с одной стороны, тотальной технологизаци-

ей общества и бурным накоплением информации и, с другой стороны, – расширением возможностей мультимедийных средств обучения, позволяющих качественно улучшить подачу материала и оценку эффективности его усвоения. Особую актуальность она приобретает в условиях очно-заочной и, особенно, заочной формы обучения, когда студент до 70–80 % учебного материала должен осваивать самостоятельно. Поэтому целью настоящей работы явилось рассмотрение форм и направлений применения инновационных информационных технологий на примере обучения бакалавров по направлению подготовки «Сестринское дело», которая предполагает очную, очно-заочную и заочную формы обучения [3].

Особенностями высшего сестринского образования по программе бакалавриата являются наличие клинических дисциплин, предполагающих обучение работе с пациентом и манипуляционной технике. Обучающийся должен не только усвоить учебную информацию, но и научиться практически, реализовывать полученные знания, умения и навыки, преобразуя их в профессиональные компетенции.

В настоящее время принято выделять следующие направления применения информационных технологий в образовании: кейсовые, интерактивные, телекоммуникационные, мультимедийные образовательные ресурсы [2,3]. За сравнительно короткий временной промежуток (10–15 лет) все вышеуказанные технологии и их элементы нашли применение в учебном процессе в той или иной степени. Так, в Краснодарском муниципальном медицинском институте высшего сестринского образования (КММИВСО) на протяжении более чем 5 лет методические материалы (учебно-методические пособия, курсы лекций по ряду дисциплин, тестовый контроль и т.д.) выдаются студентам на различных

электронных носителях или отправляются по электронной почте. Таким же образом проводится прием и проверка контрольных работ у студентов заочной формы обучения и проверка курсовых работ у слушателей интернатуры [1,2]. Преобразован сайт вуза, где в дальнейшем на вкладке научная работа, библиотека будут размещены дополнительные методические материалы и электронные образовательные ресурсы.

В настоящее время законодательно регламентирована обязательность доступа обучающихся к электронным образовательным ресурсам в форме электронных библиотечных систем и электронных средств массовой информации [5]. Данная идея представляется перспективной, поскольку существенно расширяет доступ к информационным образовательным ресурсам. Однако, существенная стоимость подключения несколько лимитирует возможность массового доступа.

Интерактивные методы обучения в КММИВСО используются при проведении Федерального интернет-экзамена. Такая практика оценки знаний является относительно новой и предполагает междисциплинарное тестирование студентов в режиме реального времени. Она представляется особенно оправданной для проверки успешности освоения учебных программ при проведении внешней экспертизы вуза.

Телекоммуникационные технологии на сегодняшний день у нас не нашли широкого применения по причине высокой стоимости и необходимости специального оборудования. Однако, на наш взгляд, данный метод интересен при организации и проведении научных мероприятий, конференций, позволяя объединять аудиторию в едином режиме работы.

Электронные образовательные ресурсы последнего поколения являются мультимедийными и интерактивными, то

есть позволяют обучающемуся активно участвовать в преобразовании виртуальной действительности [6]. Таковы, например, виртуальная химическая или физическая лаборатории. К сожалению, подобных наработок пока немного и практически все они ориентированы на общеобразовательный школьный курс.

Примером применения информационных технологий может служить организация преподавания дисциплин терапевтического блока по направлению подготовки высшего профессионального образования «Сестринское дело». Помимо традиционного лекционного курса с мультимедийным сопровождением студенты получают электронную версию материалов и практических рекомендаций, сдают зачеты в тестовой форме (программный комплекс SunRay), позволяющий использовать не только текст, но и звук (сердечные тоны, шум) и видеоматериалы (например, движение крови при различных пороках сердца). Для оценки успешности освоения клинических навыков и манипуляционной техники промежуточная аттестация дополняется этапом сдачи практических навыков.

Таким образом, информационные технологии органично вписываются в учебный процесс подготовки бакалавров сестринского дела, расширяют возможности преподавателя в подаче материала и студента в его усвоении, а также позволяют реализовывать элементы дистанционного образования на заочной форме обучения.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Методические аспекты преподавания манипуляционной техники по образовательной программе бакалавриата сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. – № 4. – С. 58–60

2. Ломоносова Г.Г., Борисов Ю.Ю. Использование инновационных образовательных технологий при подготовке будущих бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. – № 4. – С. 173–176

3. Приказ МОиН РФ от 17 января 2011 г. № 57 «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 060500 Сестринское дело (квалификация "бакалавр")».

4. Приказ МОиН РФ от 6 мая 2005 г. № 137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий».

5. Приказ МОиН РФ от 7 июня 2010 г. № 588 «О внесении изменений в форму справки о наличии учебной, учебно-методической литературы и иных библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, необходимых для реализации заявленных к лицензированию образовательных программ, утвержденную приказом Министерства образования и науки РФ от 3 сентября 2009 г. № 323».

6. Осин А.В., Калинина И.И. Электронные образовательные ресурсы нового поколения в вопросах и ответах. – ФГНУ «Республиканский мультимедиа центр». – Москва. – 2007. – С.29.

**LET'S EXAMINE
YOUR HEALTH STATUS,
ИЛИ ЗАЧЕМ МЕДСЕСТРЕ
АНГЛИЙСКИЙ**

Брашован Е.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Реалии современного общества требуют от обучаемого, получаемого профессиональное образование, разви-

тия большого количества компетенций, как профессиональных, так и общекультурных, включающих в себя целый ряд дисциплин для формирования многогранно развитой личности. Иностраный язык занимает не последнее место в сетке предлагаемых предметов. Уже давно неоспорим факт, что современный человек должен обладать знанием английского языка, ставшим официальным языком мира. В любой сфере, и медицинская, в том числе, не исключение, иностранный язык используется повсеместно как основной. Огромное количество иностранного оборудования, иностранных лекарств предполагают наличие основных знаний английской терминологии.

Сколько раз на занятиях иностранного языка можно услышать фразы «Мне-то это зачем?», «я что- в больнице буду говорить на английском?» И каждый раз, начиная очередное занятие, нам хочется за данные минуты обучения не только ввести очередную новую лексику, закрепить грамматическую структуру, но и поднять мотивационный настрой студента до уровня «я хочу это знать», а не просто « надо это выучить». Любое изучение иностранному языку в профессиональной сфере состоит из нескольких компонентов, начиная с общей тематики и, заканчивая, собственно, текстами и темами профессиональной направленности. Еще на первом этапе наша задача состоит в том, чтобы пробудить желание студента не просто заучивать то, что необходимо, а делать это с осознанием этой необходимости. И здесь все зависит от выбора направленности текстов, заданий, различных видов деятельности. К примеру, на этапе начальных текстов одной из интересных тематик будет лексика, связанная с музыкальной направленностью: перевод песен, чтение статей музыкальных новостей. Любовь к хорошей музыке есть у каждого, и к американско-европейской -

тем более. Поэтому, почему не предложить студентам понимать больше из того, что они слушают, если даже вся лексика, которая используется в сфере современной музыки – сплошь иностранные слова: чарты, синглы, треки, релизы, брокастинги... В одной из своих статей мною уже рассматривалась данная группа новых иностранных слов, вошедших в русский язык с такими примерами, как «кавер версия на оригинальный хит была сделана еще в прошлом году, но лишь сейчас она начала восхождение по хит-лестнице, попав все же в топ 5», «данный сингл послужил саундтреком к новому блокбастеру» [3].

Работа с медицинской тематикой занимает целый блок обучения и может быть преподнесена в различных формах и видах деятельности интересной для студентов. К примеру, при работе с темой “Case history”, введя диалогические единицы, преобразованные в шаблонные блоки для легкого запоминания и использования, в качестве ролевой игры студентам может быть предложено подготовить видео интервью врача с пациентом с заполнением истории болезни. Работа с данной лексикой может быть применима ими в дальнейшем в любых подобных ситуациях за границей или при работе с иностранными гражданами.

При работе с темами, связанными с анатомией человека, наиболее целесообразно проводить занятия на основе видеоматериалов. Опрос студентов в свое время показал, что наиболее интересным для них является именно данный вид работы. Ведь данный вид деятельности включает в себя и аудирование, и чтение (если видео дается с субтитрами).

К примеру, при работе с темой “The work of the human heart” занятия состоят из нескольких ступеней: первая – работа с новой лексикой на примере следующего упражнения где студентам предлагается сопоставить части сердца и кровеносной системы с их описанием :

“ Match the following words with their definitions”:

-A tubular structure carrying blood through the tissues and organs;

-Each of the two upper cavities of the heart from which blood is passed to the ventricles;

- Each of the two main chambers of the heart;

-Any of the tubes forming part of the blood circulation system of the body, carrying mainly oxygen-depleted blood towards the heart;

-Any of the muscular-walled tubes forming part of the circulation system by which blood (mainly that which has been oxygenated) is conveyed from the heart to all parts of the body;

-The pulsation of the heart.
(heartbeat; vein; artery; ventricle; atrium; blood vessel)

Вторым этапом предлагается студентам просмотр видео о работе сердца с вычленением новой информации и заполнения данных к нему предложений:

- It's a muscular organ about the size of your fist and located _____ .

- Your heart and blood vessels comprise your cardiovascular system, which _____.

- The right side of the heart, composed of _____, collects and pumps blood to the lungs through the pulmonary arteries.

- The _____, _____, _____ and _____ valves work like gates on a fence.

- _____ begin high in the right atrium and travel through specialized pathways to the ventricles, delivering the signal to pump.

Данные два этапа, сочетающие в себе и визуальные, и аудио единицы, облегчающие запоминание, будут использованы ими уже для собственного рассказа о работе сердца.

Для работы с темой “First aid”, включающей понятия “Bleeding”,

“Fractures”, “Poisoning”, “Bruises”, студентам было предложено разработать свой небольшой доклад. В итоге были получены следующие результаты: 40 % студентов разработали презентации по теме, включающие предложения с сопроводительными картинками; 50 % студентов подготовили видео материалы на данную тему с сопроводительными на видео рассказами; 10 % - остановили свой выбор на обычном докладе по предложенной теме. Изучив подобную лексическую тематику, студентам будет легко произвести общение при оказании первой помощи, в какой бы стране они не находились.

Любая тема, предлагаемая медицинским студентам, может быть предложена в такой форме, чтобы у студента появилась мотивация и желание не только выполнять задания по основной программе, но и уделять внимание языку в дополнительное время. Задача преподавателя найти тот вид деятельности, который будет интересен студентам, превращая процесс обучения иностранному языку в процесс творческий, интересующий, способный пробудить не необходимость, а желание заниматься им.

Есть много различных мнений по поводу, что «можно» и что « не стоит» во время занятий, они меняются с течением времени, и одними из интересных являются так называемые “tips” (подсказки, полезная информация), данные группой преподавателей, работавших в колледжах США, Колумбии, Израиля : во первых, и я с этим абсолютно согласна, не стоит придерживаться четкого плана (особенно когда речь идет о занятиях языком); да, для кого-то это может звучать шокирующее, но занятие – это непредсказуемая единица- у одних задания будут получаться быстрее, у других –медленнее; кому-то будут даваться легче, а с кем-то придется уделить чуть больше времени. (This may come as a

shock, but things will happen in your classes that you don't expect! Students will finish some activities too soon and take longer on others. Some things will be easy for them, and others that you expect them to understand quickly will be tougher. It is more important to be flexible than stick rigidly to something that isn't working). Во-вторых, оставайтесь личностью, а не рабочей машиной, направленной лишь на процесс «записал-запомнил-повторил» (Be yourself. Let the students see you're a human being and not a teaching machine. Laugh at yourself if you make mistakes. Bring humor into the classroom). И в – третьих, каждый студент – это личность: разная, уникальная, и в процессе работы не стоит забывать об этом. (but so many teachers forget this when they are teaching and treat each student in the same way. That won't work. Get to know your students, their learning styles and their strengths and weaknesses. If possible, create a variety of tasks to suit different students in the class). Узнайте своих студентов, их слабые и сильные моменты, их стиль и относитесь к каждому как особой, непохожей ни на кого личности [1].

И все это, безусловно, будет огромным плюсом для развития желания обучения и получения желанных результатов.

Литература:

1. **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**
2. Брашован Е.А. Неологизмы современности. Краснодар, 2013.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ВОСПИТАНИЯ

Верзина В.В., Алексеева Е.Б.
МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт

*высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность данного исследования заключается в том, что в настоящее время количество аддиктивного поведения катастрофически увеличивается во всем мире, в том числе, и у нас в стране.

Проблема исследования в том, что нарушенный психологический климат в семье отражается на подростке, касаясь всех аспектов его психической деятельности, мировоззрения, поведения и ценностей.

Целью исследования является выявление связи между нарушенным психологическим климатом в семье, личностными особенностями и проявлением аддиктивного поведения в подростковом возрасте.

Объектом исследования являются типы семейного воспитания и возможные нарушения воспитания в семье, предметом – влияние нарушения семейного воспитания на проявление аддиктивного поведения у подростков.

Аддиктивное поведение (от англ. addiction – пагубная привычка, порочная склонность) рассматривается большинством авторов, стоявших у начала разработки этой проблематики (Ц.П. Короленко, А.С. Тимофеева, А.Ю. Акопов, и др.) как одна из форм деструктивного (разрушительного) поведения, то есть причиняющего вред человеку и обществу. Аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается различными способами — фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах и активностях, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний).

Выделяют следующие виды аддикции: наркотическая, алкогольная, телевизионная, компьютерная, игровая, пищевая, сексуальная, религиозная, трудовая, лекарственная, табачная.

Именно подростковый возраст является наиболее «благоприятным» для формирования аддиктивного поведения. В этом возрасте происходит формирование образа себя. И то, каким будет этот образ, во многом зависит от условий, которые подростка окружают. В это время рвутся все тонкие места. И правильное поведение родителей может помочь подростку пережить этот кризис. Суть аддиктивного поведения заключается в том, что встречая психологический дискомфорт, человек стремится уйти от реальности, пытается искусственным путем изменить свое психическое состояние так, что создается иллюзия безопасности, восстановления равновесия.

Большинство отклонений в поведении зависимых лиц имеет единую основу - неправильную систему семейного воспитания, что способствует социальной дезадаптированности ребенка. Самым простым для такой личности представляется аддиктивное поведение, как способ ухода от всех про-

блем, свалившихся на него. Но проблемы от этого не разрешаются, а лишь появляются новые.

Для эмпирической части исследования нами использовались следующие методики: методика «Детско-родительские отношения в подростковом возрасте» (ДРОП) и методика диагностики склонности к различным зависимостям (Лозовая Г.В.)

Базой для эмпирического исследования послужил Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования. Респондентами явились студенты 3-го курса очной формы обучения, факультета «Сестринское дело» (бакалавриат) в количестве 30 человек. Выборка студентов была случайной.

С помощью методики Лозовой Г.В. были выявлены склонности к зависимостям респондентов по 14 критериям: алкогольная, телевизионная, любовная, игровая, сексуальная, пищевая, религиозная, трудовая, лекарственная, компьютерная, табачная, зависимость от здорового образа жизни, наркотическая и общая склонность к зависимостям. Результаты исследования представлены на рис.1.

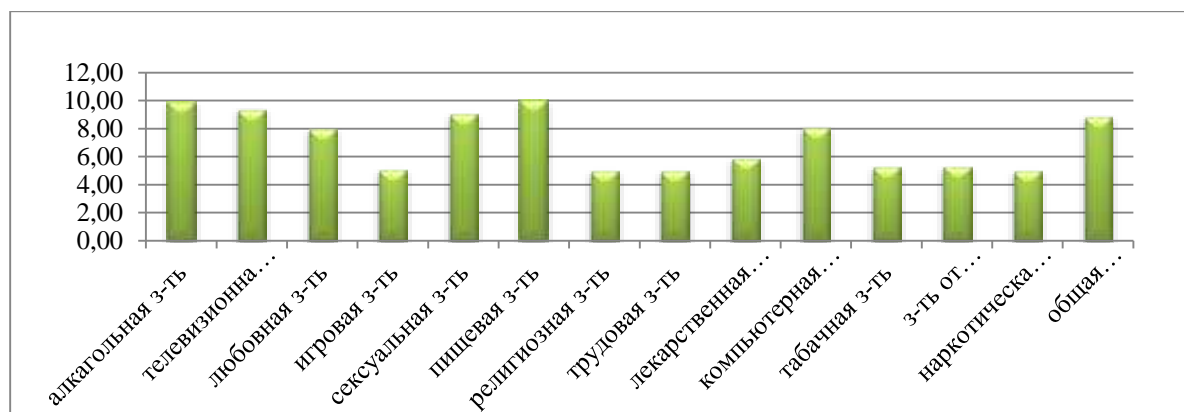


Рис.1.Результаты диагностики склонности к различным зависимостям по Лозовой Г.В.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у респондентов отсутствует высокая степень склонности к зависимостям по всем показателям. Но также прослеживается тенденция склонности к алкогольной и пищевой зависимостям.

С помощью опросника ДРОП мы выяснили полную и дифференцированную картину детско-родительских отношений с точки зрения подростков. В данных (по отношению и к матери, и к отцу) мы проследили, что параметры незначительно, но увеличиваются в нескольких шкалах: конфликтности, требовательности, и авторитарности. На основе этого можно констатировать, что неудовлетворённость личными отношениями родителей и нерешенные внутрисемейные конфликты родителей, сказываются на общей семейной обстановке, что, в свою очередь, влияет и на ребенка, растущего в семье.

На основе исследования конструктивны следующие рекомендации: родительские установки не должны вступать в явное противоречие с важнейшими потребностями ребёнка в движении, познании, общении со сверстниками. А также родители должны понимать, что только в их руках создание гармоничной атмосферы и доверительных отношений. Тогда подростку будет комфортно находиться среди своих домашних, ему не нужно будет прятаться от негативных эмоций за ширмой аддиктивного поведения.

Литература:

1. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология. 3-е издание. – М., 2008.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Водинова Н.Ю., Мороз О.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Ежегодно в мире, более чем у 32 млн. человек регистрируются такие заболевания как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность, инсульт, артериальная гипертония. Россия занимает одно из лидирующих мест в мире по смертности от сердечнососудистых заболеваний. Правильная организация кардиологической помощи с применением современных технологий, прежде всего, интервенционных методов и элементов сестринского процесса, а также профилактика этих заболеваний, поможет добиться снижения смертности и увеличение продолжительности жизни [1,2].

Цель исследования: изучение роли медицинской сестры в проведении школы здоровья для пациентов с гипертонической болезнью.

Задачи:

1. Изучить сущность заболевания, выявить основные причины возникновения, проанализировать теоретические источники.

2. Провести эмпирическое исследование по выбранным методикам.

3. Сделать выводы

Материал и методы. В ходе данного исследования были использованы такие методы как анкетирование респондентов.

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось на базе Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №19» г. Краснодара. В исследовании приняли участие 30 человек, из которых: 20 человек (67%) составили женщины, 10 человек (33%) – мужчины. Возраст опрашиваемых составил от 35 до 80 лет. Анкетирование включало в себя 2 блока вопросов. Первый блок

был направлен на выяснение у респондентов знаний об особенностях их заболевания. Второй блок направлен на выяснение образа жизни респондентов. В первый день исследования были получены следующие результаты: знают точно нормальные цифры артериального давления (АД) и с каких показаний начинается артериальная гипертензия (АГ) только 5 (16,6%) респондентов, остальные 20 (66,6%) респондентов знают лишь примерные цифры, 5 (16,6%) не знают вообще. Умеют измерять АД 28 (93,3%), а пульс 25 (83,3%) респондентов о дневнике для пациентов с АГ знают лишь 7 (23,3%) человек, а ведут его 3 (10%) респондентов. О факторах риска знают 17 (56,6%) человек, а вот об осложнениях знают только 3 (10%); знают, но не все - 17 (56,6%) и вообще не знают 10 (33,3%) респондентов. Особенности диеты не знают только 2 (6,6%) респондента. На этом первый блок вопросов был закончен. Второй блок был направлен на выяснение образа жизни респондентов, и они ответили так: курят большее количество респондентов, а именно 23 (76,6%) человека, не употребляют алкоголь только 5 (16,8%), большее количество респондентов 20 (66,6%) употребляют алкоголь только по большим праздникам. Что касается соблюдения диеты, то тут респонденты ответили, что соблюдают ее 18 (60%), соблюдают, но иногда позволяют себе лишнее 7 (23,4%) и вовсе не соблюдают 5 (16,6%). Также был задан вопрос, о наличии у пациентов избыточной массы тела выяснилось, что большинство 18 (60%) респондентов имеют избыточный вес и 6 (20%) имеют, но не большой. И на последний вопрос о занятиях физическими упражнениями большее количество 21 (70%) респондентов ответили, что их работа связана с физическими нагрузками. В последний день посещения, пациентами школы здоровья им снова были розда-

ны, те же анкеты, что и в первый день и вот как на них ответили респонденты: На вопрос «Знают точно нормальные цифры АД 27 (90%) человек и только 3 (10%) знают примерные цифры. Умеют измерять АД все 30 (100%) респондентов, а пульс 28 (93,3%). Все 30 (100%) человек знают о дневнике для пациентов с АГ, а вот вести стали только 25 (83,3%) респондентов. После обучения в школе здоровья все 30 (100%) человек знают особенности диеты, соблюдают диету 23 (76,6%), не соблюдают 2 (6,6%), остальные соблюдают, но иногда позволяют себе лишнее. О факторах риска знают все 30 (100%) респондентов, об осложнениях знают подавляющее большинство 27 (90%) человек.

В ходе исследования я выяснила, что перед началом обучения в школе здоровья у пациентов был большой дефицит знаний относительно нормальных цифр АД, факторов риска, осложнений АГ. Не все респонденты умели измерять АД, пульс, не знали о дневнике для пациентов с АГ, многие респонденты не соблюдали диету. Анализ полученных исследования показал, что основными факторами риска развития АГ у респондентов явились: курение (76,6%), частичное или полное не соблюдение диеты (40%), избыточная масса тела (80%), незнание факторов риска (56,6%) и в меньшей степени не знание нормальных цифр АД (16,6%), неумение измерять АД (6,6%).

В результате всего исследования выяснили, что в начале обучения в Школе у пациентов был большой дефицит знаний относительно нормальных цифр АД, факторов риска, осложнений АГ. Не все респонденты умели измерять АД, пульс, не знали о дневнике для пациентов с АГ, многие респонденты не соблюдали диету, не занимались физическими упражнениями.

Таким образом, Школа здоровья для пациентов с гипертонической бо-

лезною, очень важна, полезна и актуальна, также очень важна и незаменима роль медицинской сестры - ведь именно она обучила всех респондентов правильно и точно измерять АД, пульс, вести дневник, соблюдать диету. После обучения в этой Школе респонденты повысили свой уровень знаний относительно своего заболевания. Роль медицинской сестры в Школе здоровья очень важна и необходима.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела // Учебник для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. - Краснодар. - 2014. - 128 с.
2. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Краснодар: Компания Грэйд-Принт, - Издание 6-е. - 2013. - 256 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Вольская Ю.И., Мороз О.Н.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Принцип развития отечественного здравоохранения базируется на интенсивном внедрении в медицинскую практику новых наукоемких технологий, малоинвазивных исследований, направленных на предупреждение, своевременную диагностику и лечение заболеваний. Лидером в этом направлении является эндоскопия [1-3].

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в подготовке к эндоскопическому исследованию.

Базой исследования являлось эндоскопическое отделение Отделенческой клинической больницы станции Красно-

дар ОАО «РЖД». В исследовании приняли участие 30 человек, из которых 15 человек (50 %), составили женщины, и 15 человек (50 %) – мужчины. Возраст опрашиваемых составил от 25 до 60 лет. Исследование проводилось путем анкетирования респондентов.

В ходе проведенных исследований были получены следующие результаты. На вопрос: «Какие ощущения вы испытывали во время процедуры колоноскопии?» большинство респондентов ответили так: описывали чувство дискомфорта 13 человек (43,3 %), незначительную болезненность 10 человек (33,7 %), и 7 человек (23 %) ответили, что все зависит от порога болевой чувствительности пациента и мастерства врача и медсестры. На вопрос «Приходилось ли вам приходиться на повторное обследование из-за недостаточной подготовки медицинской сестрой?» ответы были такими: да, приходилось 4 человека (13,3 %), нет-26 человек (86,7 %). На вопрос «Проводили ли вы предписанную подготовку кишечника и соблюдали ли вы рекомендуемую диету?» ответ респондентов: 27 человек (90 %) ответили, что следовали диете и проводили предписанную подготовку кишечника, и только 3 человека (10 %) не следовали диете и не проводили подготовку кишечника. На вопрос, с какими ощущениями вы идете на процедуру гастроскопии, респонденты ответили следующим образом: испытывали чувство страха 17 человек (56,6 %), нервничали 8 (26,6 %), чувствовали себя спокойно ввиду того, что медицинская сестра рассказала цель и ход манипуляции 5 (16,8 %). На вопрос «Показывали ли вам видео материал или брошюру манипуляции гастроскопии?» респонденты ответили так: показывали - 5 человек (16,6 %), не показывали - 25 человек (83,3 %). На вопрос «Накануне проводила ли с вами беседу медицинская сестра о самоподготовке к гастроскопии?» респонденты ответили так:

проводила – 8 (26, 6 %), не проводила - 22 (73,4 %).

В ходе исследования установлено, что большинство респондентов испытывает чувство страха и нервозности (83,2 %) в большей степени по той причине, что медицинские сестры пренебрегают вспомогательным материалом (83,3 %) направленным на психоэмоциональное состояние пациента и с ознакомительной целью. И в меньшей степени из-за недостаточной подготовки (13,3 %).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что роль медицинской сестры в подготовке к эндоскопическому исследованию невероятно важна, это обусловлено тем, что именно от нее зависит, с какими ощущениями пациент будет идти на процедуру, а от качества его подготовки, как психоэмоциональной, так и физической, во многом будет зависеть результат обследования.

Литература:

1. Алгоритмы манипуляций по предмету "Сестринское дело в хирургии" // Волгоград, – 2002. – 94 с.
2. Борисов Ю.Ю., Мороз О.Н., Савощенко И.В. Технология выполнения сестринских манипуляций в терапии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело». Издание 2-е перераб. и доп. – Краснодар: ООО «Компания Грeid-Принт». - 2015. - 90 с.

**ОПИОИДЕРГИЧЕСКИЙ
КОНТРОЛЬ ЖЕЛУДОЧНОГО
СЛИЗЕВЫДЕЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ**

Ворончихина Ю.К., Борисов Ю.Ю.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
 муниципальный медицинский институт
 высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия*

В последние годы была показана высокая эффективность синтетического опиоидного гексапептида даларгина при лечении язвенной болезни [1]. Вместе с тем, механизм действия этого препарата до конца не ясен. Имеются сообщения, что даларгин улучшает микроциркуляцию в зоне язвы, стимулирует репаративные процессы в гастродуоденальной слизистой оболочке и тормозит продукцию кислоты [2]. В то же время действие этого препарата на секрецию желудочной слизи и ее реологические свойства, которые играют ключевую роль в обеспечении резистентности слизистой оболочки желудка, остается неизученным. Поэтому целью настоящей работы явилась оценка влияния синтетического стимулятора опиоидных рецепторов даларгина на реологические свойства слизистого геля желудка у больных язвенной болезнью.

Эффект даларгина на стимулированную субмаксимальной дозой пентагастрина желудочную секрецию кислоты, пепсина, непепсинного белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи, и реологические свойства нативного слизистого геля желудка изучен у 35 больных язвенной болезнью желудка (25 мужчин и 10 женщин) и 18 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (11 мужчин и 7 женщин).

Секреторную деятельность желудка исследовали утром натощак по стандартной методике в базальном состоянии и после субмаксимальной пентагастриновой стимуляции. Даларгин вводили в дозе 1 мг внутримышечно. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра "RHEO-TEST-2" (Германия); при этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см²), два

значения эффективной вязкости при низкой скорости сдвига ($D=11,1 \text{ с}^{-1}$), когда структура геля остается интактной (ЭВ_1 , сП), при высокой скорости сдвигового течения ($D=4860 \text{ с}^{-1}$), когда структура геля полностью разрушается (ЭВ_2 , сП), а также толерантность слизистого геля к механическому повреждению (T , сек). Кроме того, в желудочном соке определяли общий и парциальные объемы, кислотность, рН, концентрацию бикарбонатов, активность пепсина, содержание общего и неперсина белка, а также рассчитывали выработку упомянутых ингредиентов за 1 час.

Статистический анализ свидетельствует, что больные язвенной болезнью характеризуются резким падением упруговязких свойств желудочной слизи, причем степень выраженности и частота реологических нарушений обнаруживают четкую связь с локализацией язвы. Так, у больных дуоденальной язвой ПУ снижен в среднем на 44,2 %, ЭВ_1 – на 45,3 %, ЭВ_2 – на 28,6 %, а T – на 28,6 % (здесь и далее представлены только статистически достоверные сдвиги, $p<0,05$). При этом ПУ находится ниже нижней границы нормы у 52 ± 3 %, ЭВ_1 – у 61 ± 3 %, ЭВ_2 – у 10 ± 2 %, а T – у 35 ± 3 % пациентов. В целом, сочетанное или изолированное снижение упруговязких свойств слизи наблюдается у 65±3 % больных. Больные язвой тела желудка характеризуются более выраженными нарушениями реологии слизи. У них упругие свойства слизистого геля в среднем на 54,4 % ниже, чем у здоровых людей и на 18,2 % ниже, чем у больных дуоденальной язвой, ЭВ_1 снижена, соответственно, на 61,2 % и 29,0 %, ЭВ_2 – на 36,8 % и 11,5 %, T – на 48,2 % и 27,5 %. Снижение упругости слизи отмечено у 74±7 %, ЭВ_1 – у 83±6 %, ЭВ_2 – у 26±6 %, T – у 65±7 % таких пациентов, то есть в 1,4–2,6 раза чаще, чем у лиц с дуоденальной локализацией язвенного дефекта. Гиповязкий синдром (снижение пре-

дела упругости и/или эффективной вязкости, а также толерантности слизи к механическому воздействию) наблюдается у 91±4 % больных с медиогастральной язвой, что в 1,4 раза чаще, чем у больных с дуоденальной язвой.

Установлено, что в обеих рассматриваемых группах больных далаггин не оказывает заметного влияния на кислотность, протеолитическую активность желудочного сока, содержание в нем неперсина белка, а также на общую продукцию этих ингредиентов. В то же время упруговязкие свойства слизи, в значительной мере определяющие защитный потенциал слизистой оболочки желудка, после введения препарата закономерно возрастают. У больных язвенной болезнью желудка предел упругости слизистого геля увеличивается в среднем в 1,5 раза (с $263\pm 16,0 \text{ дин/см}^2$ до $387\pm 35,1 \text{ дин/см}^2$, $p<0,001$), а эффективная вязкость – в 1,4 раза (с $2680\pm 189,2 \text{ сП}$ до $3677\pm 252,0 \text{ сП}$, $p<0,01$). У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки упомянутые параметры возрастают, соответственно, в 1,3 и 1,2 раза ($p<0,05$). При этом сниженные в исходном состоянии реологические показатели достигают нормальных значений у 1/2 больных язвой тела желудка и у 1/3 больных дуоденальной язвой. Заслуживает быть отмеченным тот факт, что реологические показатели, определяемые в ходе разрушения слизистого геля на высокой скорости сдвига (ЭВ_2 и T), в ответ на введение препарата достоверно не изменяются.

Приведенные данные свидетельствуют, во-первых, о наличии опиоидергического контроля упруговязких свойств желудочной слизи и его существенных изменениях у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во-вторых, о целесообразности применения далаггина для коррекции реологических нарушений слизистого барьера желудка.

Литература:

1. Афонская Н.И., Ильинский О.Б., Коваленко В.Ф. Влияние опиоидного пептида на заживление инфаркта миокарда // Бюлл. exper. биол. и мед. – 2006. – № 12. – С.764–757.
2. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Влияние даларгина на слизевыделительную деятельность желудка у больных язвенной болезнью // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. – № 2. – С. 5.
3. Coleman J.C., Larz J.P. Effect of sucralfate or mild irrigations on gastric mucosal damage and prostaglandine production // S. Afr. Med. J. – 2008. – Vol. 74. – Suppl. 2. – P. 19–22.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ТВОРЧЕСКОГО
ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК
ФАКТОР РАЗВИТИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КОММУНИКАТИВНЫХ
НАВЫКОВ**

Гарин А.В., Баранникова Н.В.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

Цель работы – выявить влияние творческой деятельности студентов на развитие их коммуникативных навыков.

Еще со времен Гиппократов грамотное и продуктивное взаимодействие врача и пациента считалось одним из важнейших факторов выздоровления. В Средние века развитию навыков общения в медицинской сфере уделялось внимание не меньшее, чем развитию специальных знаний. В университетах преподавались грамматика, риторика и изобразительное искусство, которые способствовали формированию у врача всесторонней эрудиции. В современной медицине умение наладить доверительные отношения с пациентом является важнейшим условием любого лечебного

мероприятия. Коммуникабельность врача складывается из множества факторов. Помимо профессиональных знаний требуется умение доносить информацию, умение находить соответствующий язык общения, который необходим не только с точки зрения клинической ситуации, но и с точки зрения индивидуальных особенностей пациента – его психотипа [1].

А.Ф.Билибин писал: «При врачевании должно использоваться не одно крыло (наука), а два крыла – наука и искусство. Для настоящего полета (врачевания) нужен взмах обоих крыльев. Без проникновения во внутренний мир больного человека, чему способствует искусство, врачевание неполноценно».

Творчество – это универсальное понятие, имеющее различные аспекты. В данном исследовании особое внимание уделяется художественной деятельности, связанной с использованием специфических выразительных средств: мимики, голоса, хореографии. Публичные выступления формируют у будущего врача необходимые навыки и средства коммуникации, которые в медицинской практике помогут создать необходимый психоэмоциональный фон общения в системе «врач – пациент», что в свою очередь способствует повышению качества медицинских услуг. Опыт публичных выступлений – важный фактор формирования коммуникативных и личностных качеств врача, что особенно важно, если его профессиональная деятельность связана с преподаванием [2].

Общее число респондентов, участвовавших в исследовании, составило 131 человек, из них преподаватели КубГМУ – 10 человек, обучающиеся в клинической интернатуре / ординатуре – 21 человек, студенты – 100 человек. Была разработана специальная анкета, вопросы которой затрагивают различные аспекты влияния творчества на профессиональную медицинскую деятельность.

На вопрос "Влияет ли участие в творческой деятельности на развитие личностных качеств врача?" 100% респондентов ответили утвердительно, и абсолютно все из числа опрошенных подтвердили, что влияние это - положительное. При этом на вопрос "Занимались ли вы когда-нибудь художественным творчеством?" Ответ «нет» дали 20,6% респондентом.

На вопрос: "Влияет ли участие в творческой деятельности на развитие профессиональных качеств врача?" Утвердительный ответ дали 66,5% респондентов; отрицательно высказались 33,5% респондентов. Ответ на вопрос, «Каково влияние художественного творчества на профессиональную деятельность?» распределились следующим образом: положительно ответили – 66,5%; отрицательно -3%; «никак не влияет» - 30,5% респондентов. Таким образом, большинство респондентов считают, что творчество положительно влияет на профессиональную деятельность врача. В ответах на тест «Оценка коммуникативных умений» (методика В.Ф. Ряховского) студенты, которые не занимались художественным творчеством, это - 25% от общего числа - набрали 53%, что говорит о выраженных недостатках в опыте межличностного общения. Остальные 75% студентов, которые занимались, либо занимаются в настоящее время художественным творчеством, набрали 39%, что характеризуется как удовлетворительный уровень коммуникативных навыков ("хороший собеседник"). Результаты теста в группе ординаторов и интернов, которые участвовали в работе театральной студии КубГМУ "Диамант", соответствуют интервалу от 0 - 10% ("отличный собеседник"). В итоге 100% респондентов, входящих в группу «интерны и ординаторы» (участники театральной студии), отмечали положительное влияние художественного творчества на развитие

личностных качеств, профессионального и коммуникативного потенциала врача. Отмечалась важность реализации творческого потенциала личности в студенческий период.

Таким образом, развитие творческой активности студентов, следует рассматривать как важнейшей фактор профессионально - коммуникативных навыков будущих врачей.

Литература:

- 1.Немов Р. С. Психология. – 4-е изд. – М.: ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1. Общие основы психологии
2. Лавриенко Л.В. Социальная психология и этика делового общения. М. 1995, С 55-61.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ
С ХРОНИЧЕСКИМИ
СОМАТИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)**

Головина А.М.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность исследования. За последнее десятилетие активно разрабатывалась концепция внутренней картины болезни, были разработаны достаточно информативные методы психологической диагностики отношения к болезни при соматической патологии, выполнен большой объем экспериментально-психологических работ на больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, почечной недостаточностью, диабетом и т.д. Любое соматическое заболевание, особенно хроническое или длительно текущее, сопровождается нервно-психическими нарушениями (В.А. Ромасенко, К.А. Скворцов, 1961; Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов, 1988; F. Adams, 1993; М.

Meli, 1993). Хроническое заболевание оказывает серьёзное влияние на психологический статус и личностное развитие индивида.

Наиболее актуальным мы считаем изучение основных факторов формирования личности в условиях хронического заболевания, т.к. во-первых, именно хронические заболевания чаще всего обуславливают формирование обостренной социальной ситуации развития.

Во-вторых, как показал анализ научной литературы, психологические исследования проблем формирования личности в условиях хронического заболевания проводятся в основном не столько психологами, сколько медиками.

Дальнейшие психологические исследования личности хронических больных требуют применения методологических принципов психологии, в первую очередь, принципа детерминизма, единства сознания и деятельности, принципа развития, системности (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский и др.).

Проблемы психологической адаптации изучаются многими отечественными психологами (Л.В. Ключникова, И.К. Кряжева, Н.М. Лебедева, К.А. Мантаева, Н.Н. Мельникова, Т.Г. Стефаненко, Н.С. Хрусталева, М.С. Яницкий и др.). Целостный процесс адаптации в аспектах стресса, которые отражают процесс нарушения адаптации и стрессоустойчивости, рассматривают в своих трудах А.А. Баранов, В.М. Генковска, Л.Г. Дикая, В.Г. Норакидзе, Н.Д. Левитов, В.И. Моросанова, О.А. Конопкин, К.К. Платонов, Я. Рейковский).

Проблема адаптации теснейшим образом связана с проблемой здоровья/болезни. Этот континуум неотъемлем от жизненного пути личности. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обуславливают взаимосвязь и взаимообусловленность процессов соматического, личностного и

социального функционирования. Таким образом, адаптационный процесс включает в себя различные уровни человеческой жизнедеятельности.

Фундаментальные вопросы психологической адаптации в достаточной степени освещены в трудах отечественных (А.А. Балл, Ф.Б. Березин, Л.И. Божович, А.Н. Леонтьев, Г.С. Костюк, А.А. Налчаджян, В.А. Петровский и др.) и зарубежных (Г. Гартман, Ж. Пиаже, З. Фрейд, Э. Эриксон и др.) исследователей.

С точки зрения Ф.Б. Березина, психическая адаптация играет решающую роль в поддержании адекватных соотношений в системе «индивидуум-среда» и определяется как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности. Этот процесс позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности и поведения человека требованиям среды.

Понятие процесса неизменно входит в определение психологической адаптации. Однако описания самого процесса чаще всего ограничиваются краткими формулировками типа: конфликт - фрустрация - акты приспособления - изменение ситуации, где за обобщённым выражением «акты приспособления» скрываются все тонкие изменения, происходящие на достаточно сложном пути от дезадаптации к адаптации.

По мнению М. С. Яницкого, адаптационный процесс можно рассматривать на различных уровнях его протекания, т.е. на уровнях межличностных отношений, индивидуального поведения, базовых психических функций, психофизиологической регуляции, физиологических механизмов обеспечения деятель-

ности, функционального резерва организма, здоровья, но ведущая роль в этом ряду принадлежит психической адаптации.

Налчаджян А.А. исследовал проблему адаптации на уровне личностных механизмов, обеспечивающих адаптацию личности и предложил общую классификацию разновидностей психологической адаптации личности, основанную на выделении нормальной, девиантной и патологической адаптации.

В трудах В.И. Медведева предпринята попытка периодизации адаптационных процессов. Первая фаза – разрушение старой программы гомеостаза. На этой стадии включаются временные механизмы превентивной адаптации, позволяющие “пережить” сложный период отсутствия адекватной программы регулирования. Вторая фаза адаптации – формирование новой программы развертывания регулирующих механизмов и построение новой структуры гомеостатического регулирования.

Последняя фаза адаптационного процесса – фаза стабильной адаптации, характеризующаяся стабилизацией показателей адаптации, в том числе, параметров эффективности деятельности, которые фиксируются на новом, более оптимальном уровне.

В процессе адаптации традиционно выделяют пять следующих взаимосвязанных этапов: первичная реакция на изменения, ориентировка, определение своей позиции, действия, направленные на изменение, продуктивное взаимодействие.

Как мы видим, адаптацию в современной психологии рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне «оперативного покоя»), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Макси-

мально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса.

Современный подход к изучению механизмов адаптации учитывает следующие положения. Человеку присущ инстинкт преодоления, одной из форм проявления которого является поисковая активность, обеспечивающая участие эволюционно-программных стратегий во взаимодействии субъекта с различными ситуациями.

На процесс адаптации влияют индивидуально-психологические особенности: темперамент, уровень тревожности, тип мышления, особенности локуса контроля, направленность характера. Выраженность тех или иных способов реагирования на сложные жизненные ситуации ставится в зависимость от степени самоактуализации личности - чем выше уровень развития личности человека, тем успешнее он справляется с возникшими трудностями.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ И ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ
ПРОВЕДЕНИЯ КРУПНЫХ
МЕЖДУНАРОДНЫХ
СПОРТИВНЫХ СОРЕВНОВАНИЙ**

Городин В.Н., *Брюханова Г.Д.,

**Завора Д.Л., **Ковалёва И.А.,

**Замятин С.И.,

**Брюханов А.Ф., **Рудова Е.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»,
Краснодар, Россия;*

**ФГБОУ ВПО Сочинский
государственный университет;*

***ГБУЗ «Инфекционная больница №2»
министерства здравоохранения
Краснодарского края,
Сочи, Россия*

Проведение крупных международных спортивных соревнований (чемпионаты мира, универсиады и спартакиады, Олимпийские игры) сопряжено с высоким риском заноса и распространения инфекционных заболеваний в стране-организаторе этих мероприятий. Многочисленное число факторов, обуславливающих эпидемиологические риски (время, место проведения международных соревнований, число участников и гостей, текущая эпидемиологическая обстановка в мире и многое другое) требуют тщательной заблаговременной комплексной подготовки к мероприятию, применения инноваций и современных технологий в области профилактики и общественного здоровья.

Подготовка госпитальной базы и медицинского персонала к оказанию специализированной медицинской помощи инфекционным больным в период XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в г. Сочи (далее – Олимпийские игры) началась с 2007 года. Министерством здравоохранения Краснодарского края (МЗ КК) совместно с заинтересованными ведомствами была разработана «дорожная карта» – план основных мероприятий по обеспечению готовности г.-к. Сочи к выявлению и купированию чрезвычайных ситуаций эпидемического характера международного значения в период подготовки к Олимпийским играм. В рамках общей системы модернизации здравоохранения в г.-к. Сочи осуществлялась подготовка инфекционных стационаров. Была определена основная госпитальная база инфекционной службы – ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» МЗ КК (п. Дагомыс) и дополнительная – ГБУЗ

«Краевая клиническая больница № 4» МЗ КК (г. Адлер).

ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» МЗ КК введена в эксплуатацию 01.06.2012 г., оказывает специализированную медицинскую помощь населению территории г.-к. Сочи общей численностью 445 209 человек (353 793 – взрослые, 91 416 – дети). Кроме того, в обслуживаемый контингент входят военнослужащие размещенных на территории города военных частей, отдыхающие в здравницах и частным образом и лица, временно работающие на олимпийских и других объектах города, в том числе федерального значения. Отличительной особенностью ЛПУ стало полное соответствие мировым стандартам. Больница, площадь территории которой составляет 7,8 га, представляет собой комплекс зданий и сооружений общей площадью 53 480,2 кв. м, в составе 6 изолированных лечебно-диагностических и 4 вспомогательных корпусов, объединенных единым лечебно-технологическим процессом. Проектная мощность больницы составляет 300 койко-мест (150 детских и 150 взрослых). В случае необходимости при осложнении эпидемиологической ситуации предусмотрено увеличение коечного фонда до 500 коек без нарушений санитарно-противоэпидемического режима и санитарных норм. Кроме того, на случай чрезвычайной ситуации эпидемиологического характера разработан и был утверждён план перепрофилирования коечного фонда ЛПУ г.-к. Сочи под инфекционные койки (до 1000 инфекционных коек дополнительно).

Лечебные корпуса больницы строго специализированы по видам инфекций или группам принимаемого контингента. Павильонное строительство даёт возможность госпитализировать больных с учётом профиля заболевания, что снижает риск внутрибольничного инфицирования. Малоэтажность зданий ГБУЗ

«Инфекционная больница № 2» МЗ КК способствует эффективному разделению «грязных» и «чистых» потоков. Наличие галерей в лечебных корпусах позволяет использовать полубоксы в режиме боксовых, что даёт дополнительную возможность разделения потоков «грязных» и «чистых» поступлений и перепрофилирования отделений. Для оказания медицинской помощи в больнице имеется 36 мельцеровских боксов и 30 полубоксов.

На случай возникновения чрезвычайных эпидемических ситуаций было предусмотрено развёртывание госпиталя на 100 коек, в том числе на 8 коек для оказания реанимационной помощи больным с тяжёлыми формами заболеваний.

Кроме того, при возникновении чрезвычайных эпидемических ситуациях предусмотрена возможность разделения стационара на самостоятельные функционирующие подразделения: госпиталь для больных особо опасными инфекциями; изолятор; провизорный госпиталь; эвакуационный госпиталь (допустимо размещение в дополнительных зданиях).

Было предусмотрено перепрофилирование коечного фонда при массовом поступлении больных. В учреждении был разработан и утверждён порядок организации и проведения мероприятий в случае выявления (подозрения) заболевания особо опасными инфекциями и в период эпидемиологического подъёма заболеваемости населения ОРВИ и гриппом. В рамках порядка сформирован и утверждён резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества для профилактики и лечения инфекционных заболеваний, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (из расчёта на 100 коек).

Лабораторный комплекс больницы представлен клинико-диагностической и бактериологической лабораториями, оснащёнными современными анализаторами, в т. ч. масспектрометром и необходимыми диагностическими препаратами. На период проведения Олимпийских игр ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» МЗ КК была дополнительно усилена специалистами краевых лечебных учреждений инфекционного профиля – врачами-инфекционистами, средним медицинским персоналом, а также специалистами ФМБА и Роспотребнадзора. Лабораторная служба была усилена врачами-бактериологами и фельдшерами-лаборантами. Работу координировал главный инфекционист МЗ КК.

В случае массового поступления пациентов и/или возникновения неблагоприятной эпидемиологической обстановки приказом МЗ КК было предусмотрено привлечение дополнительного медицинского персонала из краевых медицинских учреждений, медицинских организаций г.-к. Сочи, непосредственно не задействованных в медицинском обеспечении Олимпийских игр.

На период Олимпийских игр Управлением Роспотребнадзора по Краснодарскому краю, министерством здравоохранения Краснодарского края и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» был разработан и утверждён порядок госпитализации и учёта инфекционных заболеваний.

Совместно со специалистами ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора, органов и организаций Роспотребнадзора в Краснодарском крае на период Олимпийских игр был разработан и утверждён «Порядок организации и проведения лабораторной диагностики инфекционных болезней в период XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в г.Сочи» [1]. При

этом в соответствии с приказами Роспотребнадзора [2, 3, 4, 6] в работе был задействован комплекс лабораторий специализированной противоэпидемической бригады (СПЭБ) ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора. Исследование клинического материала проводили лаборатории ГБУЗ «Инфекционная больница № 2» МЗ КК, СПЭБ, филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» в г.-к. Сочи. В случаях подозрения на инфекционные болезни, вызванные возбудителями I-II групп патогенности, при заболеваниях неясной этиологии или при атипичном течении заболевания, исследования должны были проводиться в СПЭБ [4,5,6].

В преолимпийский период существенное внимание уделялось подготовке кадров. В период с 2010 г. по 2013 г. обучение на курсах повышения квалификации по актуальным вопросам инфекционной патологии прошли 1263 специалиста МЗ КК. Врачи-инфекционисты, организаторы здравоохранения и эпидемиологи прошли стажировки и обучающие семинары, в том числе на базе стационара особо опасных инфекций МСЧ-163 Роспотребнадзора (г. Новосибирск). Для специалистов-инфекционистов, эпидемиологов Краснодарского края проведено 7 выездных циклов обучения, в том числе по инфекциям, представляющим опасность в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В течение 2010-2013 гг. было проведено 23 краевых научно-практических конференций, 4 научно-практических конференций инфекционистов ЮФО с международным участием, Всероссийская научно-практическая конференция «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания» [1,2].

Практические навыки по оказанию медицинской помощи больным с подозрением на опасную инфекционную бо-

лезнь и межведомственное взаимодействие по организации противоэпидемических мероприятий отрабатывались в ходе 4-х тактико-специальных учений федерального уровня.

В период Олимпийских игр (с 03.02.2014 г. по 16.03.2014 г.) за медицинской помощью по поводу инфекционных заболеваний (или подозрений на них) обратились 2584 человек. Зарегистрировано 2335 случаев инфекционных болезней (подлежащих регистрации) и укусов животными, что соответствует среднемноголетним данным в данный период. В стационары инфекционного профиля (с учётом приданого контингента МВД и др.) были госпитализированы 2200 чел. В структуре инфекционной заболеваемости преобладали воздушно-капельные (60 %) и кишечные (27 %) инфекции. В 8 % случаев обращения были по поводу укусов животными. Подтверждённых инфекционных заболеваний у спортсменов не было.

В госпитальной инфекционной патологии (по предварительным диагнозам) также преимущественно регистрировались воздушно-капельные 1398 (63,5 %) и кишечные 658 (29,9 %) инфекции. С заболеваниями органов дыхания на стационарном лечении находились 144 пациента (6,6 %). За период Олимпийских игр зарегистрировано 79 лабораторно подтверждённых случаев кори, в том числе 21 случай – среди аккредитованных лиц. Летальных исходов от инфекционных заболеваний не было.

По состоянию на 16.03.14 в инфекционные отделения (стационары) был госпитализирован 241 человек из контингента аккредитованных лиц (в т. ч. 10 граждан иностранных государств), из них с диагнозом ОРВИ - 90 (37,3 %), корь - 48 (19,9 %), ОКИ - 32 (13,3 %), ветряная оспа - 20 (8,3 %), пневмония - 7 (2,9 %), краснуха - 2 (0,8 %), другие инфекционные заболевания – 42 (17,5 %).

Из контингента клиентских групп с инфекционными заболеваниями были госпитализированы волонтеры (36), обслуживающий персонал (123), журналисты и члены олимпийской семьи (4), а также приданные силы МВД, МО, МЧС (78). У спортсменов подтвержденных случаев инфекционных заболеваний не было.

Проведенная масштабная длительная и планомерная подготовительная работа, применение инновационных технологий в области профилактики инфекционных заболеваний и охране общественного здоровья различных ведомств позволила не допустить развития случаев массовых инфекционных заболеваний во время проведения Олимпийских игр, в полном объеме и с надлежащим качеством оказать специализированную медицинскую помощь при инфекционных болезнях.

Литература:

1. Городин В.Н., Бахтина В.А., Гречаная Т.В. и др. Состояние инфекционной службы Краснодарского края и текущие задачи по улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи // Мат-лы Межрегиональной научно-практ. конф. «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Краснодар, 2013, С. 6-9.
2. Городин В.Н., Брюханова Г.Д., Бубашнева А.Г. и др. Отработка действий инфекционной службы по предупреждению завоза и распространения болезней с респираторным синдромом в ходе тактико-специальных учений // Мат-лы Межрегиональной научно-практ. конф. «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Краснодар, 2013, С. 37.
3. Долгов И.М., Городин В.Н., Зотов С.В. и др. О готовности специализированного инфекционного стационара к приему пациентов с заболеваниями, возникновение которых может привести к чрезвычайной ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения // Мат-лы Межрегиональной научно-практ. конф. «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Краснодар, 2013, С. 41.
4. Организация и порядок лабораторной диагностики инфекционных болезней в период проведения XXII Олимпийских зимних Олимпийских игр и XI Паралимпийских зимних Олимпийских игр 2014 года в г. Сочи: методическое пособие. Ставрополь, 2013, 97 с.
5. Приказ Роспотребнадзора от 02.02.2009 г. № 230 «Об утверждении Примерного регламента взаимодействия противочумных учреждений Роспотребнадзора с учреждениями и территориальными органами Роспотребнадзора» (дата обращения 20.10.14).
6. Приказ Роспотребнадзора от 17.03.2008 г. № 88 «О мерах по совершенствованию мониторинга за возбудителями инфекционных и паразитарных болезней» (дата обращения 20.10.14).

РАЗРАБОТКА УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ «СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» И ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ СОВРЕМЕННЫХ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Городин В.Н., Наумов Г.Н., *Мойсова Д.Л., *Еремина Г.А., *Книжник Т.А., *Коваленко Е.Е., *Ахмедова О.А., *Кондрашова О.В., *Шубина Г.В., *Яковчук Е.Е., *Чернявская О.В.

МАОУ ВПО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
**ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница»*

Краснодар, Россия

Несмотря на впечатляющие и обнадеживающие успехи в борьбе с инфекциями, достигнутые в XX веке, следует признать, что и в начале нового тысячелетия инфекционные болезни остаются важнейшей проблемой медицины и здравоохранения во всем мире, в том числе и в Российской Федерации. Значимость этой проблемы определяет все возрастающее число инфекционных поражений, вызываемых не только классическими возбудителями инфекционных заболеваний, но и неуклонный рост числа инфекций, вызванных условно-патогенными или оппортунистическими микроорганизмами. В значительной степени этому способствует увеличение продолжительности жизни и «старение» населения, увеличение количества лиц с сопутствующими заболеваниями и иммунодефицитами.

Возникшие в России в 1990-е годы социально-экономические проблемы привели к резкому росту заболеваемости туберкулезом, сифилисом, СПИДом и другими инфекционными болезнями. Возникла вполне реальная возможность возврата многих «побежденных» инфекций, например, дифтерии или сыпного тифа.

Расширение международных контактов и бурный рост зарубежного туризма в страны Африки, Азии и Южной Америки, неблагоприятные по эпидемической обстановке, а также резкое ускорение коммуникативных связей (самолетом в любую точку Земного шара можно попасть за 14-18 часов) привело к существенному увеличению заболеваемости «завозными» инфекциями, ранее регистрировавшимися в нашей стране только спорадически.

Все это предъявляет возросшие требования к работе в России противоэпидемической, микробиологической и инфекционной службы на всех уровнях

государственной системы здравоохранения, а также к подготовке на всех уровнях квалифицированных и грамотных специалистов в этой области, начиная со студентов и до врачей [7]. Бурное развитие методической базы микробиологической диагностики инфекционных болезней и широкое использование новейших методик требует знакомства с ними различных категорий медицинских работников.

Особая роль в решении стоящих перед инфекционной службой России проблем отводится врачам широкой лечебной практики, которые первыми могут столкнуться с инфекционными больными при первичном обследовании больного, а также врачам клинических и микробиологических лабораторий, исследующим материал от больного. Последние должны иметь грамотные представления обо всем спектре инфекционных возбудителей, которые могут встретиться в исследуемом материале, а также о различных методах их диагностики, в первую очередь основных современных методах, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР) и иммуноферментный анализ (ИФА).

Характерной чертой современного этапа развития клинической медицины является увеличение значимости лабораторной диагностики, в том числе диагностики инфекционных болезней. Степень развития лабораторной службы, по мнению компетентных экспертов, наряду со службами лучевой диагностики, является первостепенным рейтинговым критерием для учреждения здравоохранения.

В связи с этим деятельность медицинских лабораторий рассматривается в качестве важнейшей интегральной составляющей оказания пациенту качественной медицинской помощи в развитых странах мира.

Современной клинической лабораторной диагностике присущи:

- анализ патологического процесса на основе суммы знаний различных областей медицинской науки — генетики, молекулярной биологии, микробиологии, иммунологии, биологии клетки, физиологии;

- применение разнообразных методологических подходов для детекции расстройств, присущих тем или иным формам патологии;

- стремление к точному учету потребностей клиники к достоверной лабораторной информации для диагностики болезней, слежения за их течением и результатами лечения.

Развитие лабораторной диагностики предоставляет практикующему врачу широкий спектр информации, которая требует грамотной интерпретации. Очевидно, что результаты лабораторных исследований приобретают действительную ценность только при целенаправленном их назначении и корректной оценке совместно с данными клинической картины заболевания.

Диагностика инфекционных заболеваний является одной из самых сложных проблем в клинической медицине. Лабораторные методы исследования при ряде нозологических инфекционных форм играют ведущую, а в целом ряде клинических ситуаций решающую роль не только в диагностике, но и в определении конечного исхода заболевания. В настоящее время при диагностике инфекционных заболеваний наиболее часто используется 3 группы специальных лабораторных методов исследования:

- бактериологические методы;
- серологические методы, в том числе иммуноферментный анализ (ИФА) в различных вариантах;
- метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения ДНК или РНК возбудителя инфекционного заболевания в исследуемом материале.

У одних пациентов для выявления этиологии инфекционно-воспалительного процесса достаточно провести бактериологическое исследование, в других клинических ситуациях решающее значение имеют данные серологических исследований, в-третьих, получить необходимую информацию позволит только метод молекулярной диагностики. Однако, для постановки обоснованного диагноза, разработки адекватной терапии и прогнозирования течения и исхода заболевания, необходимо использовать данные комплекса различных методов лабораторных исследований.

В настоящее время имеется ряд капитальных объемных руководств по лабораторной диагностике инфекционных заболеваний [2,4,5], однако они сложны для восприятия из-за большого объема, не всегда доступны широкому кругу медицинских работников. Поэтому остаются востребованными издания в формате методических пособий, в частности, посвященные лабораторной диагностике инфекционных заболеваний [6].

Сотрудниками кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и микробиологии МАОУ ВПО «КММИВСО» совместно с врачами ГБУЗ «СКИБ» г. Краснодара проводится работа по совершенствованию методов лабораторной диагностики инфекционных болезней [1,3,8].

Принимая во внимание вышесказанное, авторы на основе опыта работы лабораторной службы ГБУЗ «СКИБ» г. Краснодара разработали краткое методическое пособие, предназначенное для практических врачей инфекционной и лабораторной службы, а также других категорий медработников. В пособии приведена информация о современных методах лабораторной диагностики (ПЦР, ИФА), наиболее широко применяемых в диагностике инфекционных заболеваний, их практическая интерпретация. Пособие предназначено для вра-

чей всех специальностей, студентов медицинских вузов (бакалавриат), врачей-интернов и клинических ординаторов.

В этом пособии на основании существующих нормативных документов в краткой форме с необходимыми пояснениями освещены следующие вопросы:

- порядок проведения лабораторной диагностики и госпитализации лиц при подозрении на инфекционные болезни в соответствии с ведущим синдромом болезни;
- эпидемиологические риски заноса опасных инфекционных болезней;
- порядок обследования лиц с подозрением на инфекционные болезни;
- правила проведения преаналитического этапа лабораторных исследований;
- порядок организации и проведения работ по забору, транспортированию и хранению проб клинического материала;
- принципы проведения исследований клинического материала;
- клиническая интерпретация лабораторных исследований в диагностике инфекционных заболеваний.

В последнем разделе в табличной форме представлена интерпретация результатов ИФА и ПЦР для широкого круга инфекционных заболеваний как вирусной (вирусные гепатиты А, В, С, D, E, G; корь, краснуха, герпетическая и цитомегаловирусная инфекции, инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа, паротит, парвовирусная инфекция, грипп, энтеровирусная инфекция, лихорадка Западного Нила, геморрагическая лихорадка), так бактериальной, дрожжевой и протозойной (коклюш, хламидиоз, микоплазмоз, гнойные менингиты, листериоз, легионеллез, боррелиоз, кишечные инфекции, иерсиниозы, лептоспироз, кандидоз и токсоплазмоз) этиологии. В таблице представлены данные о материале, маркерах, сроках обнаружения, оценке и интерпретации результа-

тов, а также комментарии по каждой инфекции.

По мнению авторов, пособие будет полезным источником информации для специалистов, занимающихся диагностикой (лабораторной и клинической) инфекционных заболеваний, а также для студентов-медиков различных уровней обучения, стремящихся к освоению современных диагностических методов в инфекционной патологии. У студентов эти знания существенно повышают качество их подготовки в области инфекционной патологии и могут дать преимущества в последующей профессиональной деятельности.

Литература:

1. Городин В.Н., Яковчук Е.Е., Савицкая И.М. и др. Клиническая значимость применения молекулярных методов диагностики сальмонеллеза и шигеллеза пациентам ГБУЗ СКИБ. // Мат-лы VIII научно-практ. конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2013, С. 34-35.
2. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. 2-е изд., переработ. и дополн./ М., «ГЭОТАР-Медиа». – 760 с.
3. Кондрашова О.В., Ерёмкина Г.А., Ахмедова О.А., Городин В.Н. Опыт работы по лабораторной диагностике лихорадки Западного Нила. // Мат-лы VIII научно-практ. конф. ЮФО с междунар. участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии», Краснодар – 2013, С. 67.
4. Лабораторная диагностика / Под ред. В.В. Долгова, О.П. Шевченко. – М.: Изво «Реафарм», 2005. – 440 с.
5. Лабораторная диагностика инфекционных болезней: справочник / Под ред. академика РАМН В.И. Покровского и др. М., БИНОМ. 2013. – 653 с.
6. Методическое пособие: Организация и порядок лабораторной диагностики инфекционных болезней в период проведе-

ния XXII Олимпийских зимних игр и XI Параолимпийских зимних игр 2014 г. в г. Сочи. / Под ред. Куличенко А.Н./ Куличенко А.Н., Малецкая О.В., Ефременко Д.В., Кузнецова И.В., Кутырев В.В., Топорков А.В., Карнаухов И.Г., Казакова Е.С., Шарова И.Н., Щербакова С.А., Пархоменко В.В., Рафеенко Г.К., Гончаренко Н.В., Давыдова М.А., Бычик Л.С., Петрик Е.М., Пустовая Ж.К., Клиндухов В.П., Гречаная Т.В., Городин В.Н., Бахтина В.А. / Ставрополь, 2013. – 97 с.

7. Наумов Г.Н., Городин В.Н. Формирование единого учебного пространства в преподавании инфекционных болезней, эпидемиологии и микробиологии. // Международный журнал экспериментального образования. 2014, - № 10. – С. 219-222.

8. Наумов Г.Н., Шубина Г.В., Шавкунова Р.Г., Городин В.Н., Зотов С.В. Динамика микробного пейзажа возбудителей кишечных инфекций у населения города Краснодара за период 2003-2013 гг. по данным бактериологической лаборатории краевого специализированного учреждения. // Инфекционные болезни, т. 12, прил. №1, 2014, С. 219.

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ КММИВСО

Григорьева Ю.О., Мороз В.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Самооценка личности является системообразующим ядром индивидуальности и во многом определяет жизненные позиции человека, уровень его притязаний; влияет на жизнедеятельность человека и формирование стиля поведения. Она отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и от-

ношения ко всему тому, что входит в сферу его «Я».

Ни для кого не секрет, что самооценка может быть заниженной, завышенной и адекватной. Это зависит от воспитания мироощущения и мировосприятия [1]. В одинаковой ситуации люди с разной самооценкой будут вести себя совершенно по-разному, примут разные решения и по-разному будут воздействовать на развитие событий. Наше исследование коснется изучения низкой самооценки, так как всё чаще наши будущие коллеги – психологи и психотерапевты – отмечают её присутствие у обращающихся к ним пациентов. Низкая самооценка и неуверенность в себе являются фундаментом тревог, депрессий, конфликтов, невротозов и психосоматических заболеваний.

Многие из нас не умеют любить себя и заботиться о себе, отстаивать свои интересы; многие стараются не выделяться на фоне коллектива и в итоге боются оказаться в центре всеобщего внимания. Комплексы в отношении себя мешают сотрудничать, дружить, не говоря уже о любви и браке – кто же станет ценить и любить человека, который сам себя не любит и не ценит [9].

Наблюдения показывают, что в современном обществе всё больше людей, не способных справиться с определёнными жизненными ситуациями, а в основе их слабости лежит неумение адекватно оценивать свои возможности. Это и проблемы в личной жизни, и конфликты на работе и в студенческом коллективе, и потеря ощущения счастья и вкуса жизни, и ещё многие другие вопросы, в основе возникновения которых лежит заниженная самооценка.

Сегодня жизнь заставляет проявлять больше инициативности, настойчивости, смелости, уверенности, ответственности, гибкости. Именно эти качества способствуют становлению настоящего профессионала в любой деятельно-

сти, поэтому сегодня весьма актуально обращение к развитию данных качеств и повышению самооценки студентов – будущих медицинских работников и клинических психологов, от уровня профессионализма которых, порой, зависит человеческая жизнь. Таким образом, возникает потребность проведения целенаправленной, постоянной работы над повышением самооценки со студентами разных курсов и специальностей.

Анализ теоретических источников показал, что в научной литературе нет однозначной трактовки понятия «самооценка».

Под самооценкой мы понимаем оценку личностью самой себя, своих качеств, возможностей и места среди других людей.

Самооценка связана с тем, насколько мы ценим себя, а уверенность в себе относится к нашим действиям и поведению. Поэтому А.А. Козлов определяет самооценку как фундамент уверенности в себе [3].

По мнению большинства исследователей, самооценка отражает качественное своеобразие личности и характер ее взаимодействия с другими людьми. В частности, от индивидуальных различий зависит уровень осознанности и обобщенности самооценки [4].

Куперсмит называет самооценкой отношение индивида к себе, которое складывается постепенно и приобретает привычный характер; оно проявляется как одобрение или неодобрение, степень которого определяет убежденность индивида в своей самооценности, значимости [7].

По мнению Розенберга, самооценка отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу его «Я» [6]. Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к

своей личности.

Структура самооценки включает в себя два связанных между собой компонента: когнитивный и эмоциональный, отражающих знания субъекта о себе и отношение к себе. В процессе самооценивания эти компоненты функционируют в неразрывном единстве. Когнитивный компонент отражает систему представлений человека о самом себе разной степени осознанности, дифференцированности, обобщенности. Эмоциональный компонент отражает отношение человека к себе, это аффективная оценка представления о себе, которая может обладать различной степенью интенсивности [5].

Функция самооценки состоит в процедуре собственно оценивания общего потенциала человека или его отдельных свойств с помощью той или иной шкалы ценностей. Результат оценивания может влиять на самоотношение, делая его либо позитивным, либо негативным, а также воздействовать на образ Я, внося в него качественно новые знания. Главные функции самооценки: регуляторная, на основании которой происходит решение задач личного выбора, и защитная, обеспечивающая относительную стабильность и независимость личности, корректируя при этом сигналы внешнего мира.

Р.М. Грановская, изучая роль адекватной самооценки в жизни, указывала, что положительно оценивающий себя человек обычно благосклонно и доверчиво относится к окружающим, тогда как низкая самооценка (самоуважение) чаще сочетается с отрицательным отношением к другим людям. Положительная самооценка поддерживает достоинство человека и дает ему нравственное удовлетворение [1].

В. Сатир ставила самооценку на первое место среди факторов, определяющих успехи и неудачи в воспитании детей и развитии личности. Под само-

оценкой она понимала «способность (или, наоборот, неспособность) человека честно, с любовью и по достоинству оценить себя» [8].

Человек с низкой самооценкой избегает смотреть людям в глаза, у него тихий голос, он нерешителен, кажется грустным, тревожным, виноватым, стыдящимся чего-то, расстроенным или обозленным. Часто эмоциональное состояние человека сказывается и на состоянии его здоровья. Он может казаться утомленным, вялым, находящимся в постоянном напряжении. Все эти признаки демонстрируются, как негативное отношение к себе, что отражается на всех сторонах жизни, действуя на мысли человека, его поведение, эмоциональное состояние и самочувствие.

Отражаясь на внутреннем мире человека, заниженная самооценка воздействует на многие стороны его внешней жизни. Так, часто у таких людей наблюдается нежелание выгодно подать себя, они избегают принимать новые предложения; а иногда им свойственно постоянное стремление к совершенству, они непрерывно и тяжело работают, подгоняемые страхом и неудачами.

В эмпирическом исследовании приняло участие 30 студентов МАОУ ВПО «КММИВСО» в возрасте от 18 до 35 лет.

С помощью методики С.Р. Пантелеева были выявлены структуры самоотношения личности студентов. Самоотношение автором понимается в контексте представлений личности о смысле «Я» как выражение смысла «Я», как обобщенное чувство в адрес собственного «Я», в основу понимания которых была положена концепция самосознания В.В. Столина.

Анализ результатов исследования показал, что лишь 56% респондентов считают себя достойными уважения и любви окружающих, вне зависимости от успехов, которые они демонстрируют;

высоко оценивают свой духовный потенциал, богатство своего внутреннего мира, склонны воспринимать себя как индивидуальность и высоко ценить собственную неповторимость. Уверенность в себе помогает противостоять средовым воздействиям, рационально воспринимать критику в свой адрес. 44% респондентов отражают избирательное отношение к себе, склонны высоко оценивать одни качества и недооценивать другие, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личной несостоятельности, недооценки своего духовного «Я». Неуверенность в себе ослабляет сопротивление средовым влияниям. Повышенная чувствительность к замечаниям и критике окружающих в свой адрес делает человека обидчивым и ранимым, склонным не доверять своей индивидуальности.

По шкале «Самопринятие» всего 25% респондентов имеют положительное отношение к себе, склонность воспринимать все стороны своего «Я», принимать себя во всей полноте поведенческих проявлений. 75% продемонстрировали негативный фон восприятия себя, склонность воспринимать себя излишне критично; симпатия к себе недостаточно выражена, проявляется эпизодически.

Анализ результатов исследования по методике «Экспресс-диагностика уровня самооценки личности» показал, что средний уровень самооценки имеют 33% респондентов; низкий уровень – 56%; очень низкий уровень – 11%.

Низкая самооценка 77% респондентов обеспечивает нестабильность личности, что не может являться толчком к развитию личности. Подобное отношение к себе в итоге приведёт к постоянному внутреннему и/или межличностному конфликту.

Адекватная самооценка поддерживает достоинство 33% студентов и дает им нравственное удовлетворение. Положительное отношение к себе ведет к гар-

моничности духа, обеспечивающей разумную уверенность в себе.

С помощью проективной методики «Автопортрет», предложенной в книге Е.С. Романова и С.Ф. Потемкина, выявлено, что всего 7% респондентов имеют нормальную самооценку.

Полученные результаты говорят о необходимости целенаправленной и системной работы со студентами, которая должна проводиться на 1-3 курсе обучения.

В системе занятий важно предусмотреть самостоятельные виды работ – индивидуальные задания по работе с литературой, упражнения для самоисследования и саморефлексии; и групповые виды работ – тренинговые занятия, игры и упражнения с последующей рефлексией.

Литература:

1. Белялова, М.А., Валюхова В.А., Чалов, В.Н. Воспитание педагогической культуры менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело» средствами художественной
2. Вачков И.В., Битянова М.Р. Я и мой внутренний мир. Психология для старшеклассников. - СПб.; Питер; 2009.
3. Козлов А.А. Как повысить самооценку. – СПб.: Речь, 2009.
4. Левин К., Дембо Т., Фестингер Л., Сирс П. Уровень притязаний. – В кн.: Психология личности. Тексты. – М., МГУ, 1982.
5. Марьяненко Д.А. Черты личности и особенности актуальной самооценки/ Автореф. диссерт. – Краснодар, 2007.
6. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 3-е изд. – М., 2000.
7. Психология самосознания. Хрестоматия – Самара, 2003
8. Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту. - М., 2000.
9. Чалов, В.Н., Белялова, М.А., Мороз, В.А. Диагностика внутрисемейных отношений. – Краснодар, 2010.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ АКЦЕНТУАЦИЯХ ХАРАКТЕРА, КАК ФАКТОР ОБРАЗОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Григорьева Ю.О., Чалов В.Н.
 МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия

Акцентуации характера могут возникать как следствие соматических расстройств, а также будут являться причиной образования соматических реакций в ситуациях декомпенсации. Оба автора А.Е. Личко и К. Леонград представляют наиболее детальное и подробное описание основных типов акцентуаций характера, но формирование соматических реакций на их почве является темой малоизученной, так как позволяет исследовать взаимосвязь между психическими изменениями и соматических реакций на эти изменения.

Объект исследования: специфика невротических состояний личности при акцентуациях характера.

Предмет исследования: невротические состояния личности, способствующие актуализации явной акцентуации характера и образования соматических реакций.

Цель исследования: исследовать невротические состояния, способствующие возникновению соматических реакций при различных акцентуациях характера.

Гипотеза: мы предполагаем, соматические реакции специфичны для различных форм невротических состояний при определенных акцентуациях характера.

Методологическая основа исследования. Исследование базируется на трудах в области психологии личности

(К. Леонград, А.Е. Личко); неврологии, учения о неврозах в концепциях разных авторов: в рамках психоаналитического подхода (З. Фрейд, А.Адлер, К.Хорни, К.Юнг), в области эгопсихологии (Ф. Мак-Уильямс, Ф. Отто-Хенрик); психосоматической медицины (Ф. Александер, Ф. Донбар); психиатрии (В.Н. Мясищев); психофизиологии (И.П. Павлов).

Термин «акцентуация» в 1968 году ввёл немецкий психиатр Карл Леонгард, который употреблял его в словосочетаниях «акцентуированная личность» и «акцентуированная черта личности». В 1977 году А.Е.Личко на основе работ К.Леонгарда и классификации психопатий П.Б. Ганнушкина развил концепцию и начал использовать словосочетание «акцентуация характера», считая личность слишком комплексным понятием для акцентуаций. Характер - это система устойчивых отношений личности к миру, другим людям и самому себе, формирующаяся под влиянием условий жизни и воспитания и проявляющаяся в особенностях социального поведения. На формирование характера влияют жизненные и социальные условия [2]. Очень важную роль играет стиль семейного воспитания. К примеру, при авторитарном стиле у ребенка формируется либо неприятие и желание обрести свободу, что приводит к развитию деспотической личности, либо ребенок адаптируется и в результате у него развивается слабая жизненная позиция (низкая самооценка, потеря собственных желаний, потеря способности принимать собственные решения). Чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, называют акцентуациями характера [2]. Карл Леонград отмечал, что акцентуации характера представляют собой индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. Ананкасти-

ческие, паранойяльные и истерические черты могут быть присущи в какой-то мере, собственно, любому человеку, но проявления их так ничтожны, что они ускользают от наблюдения. При большей выраженности они накладывают отпечаток на личность как таковую и, наконец, могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Если у человека не наблюдаются проявления тех свойств, которые в «больших дозах» дают паранойяльную, ананкастическую, истерическую, гипоманиакальную или субдепрессивную картину, то такой средний человек может безоговорочно считаться нормальным [3]. К. Леонгард разделил типы акцентуаций личности на две группы по принципу акцентуации свойств характера и темперамента. К акцентуации свойств характера К. Леонгард относит демонстративный, педантичный, застревающий и возбудимый типы. Остальные варианты акцентуаций (гипертимный, дистимный, циклоидный, тревожный, эмогивный, экзальтированный, экстравертированный и интровертированный) он относит к акцентуациям темперамента. По данным К. Леонгарда, доля акцентуанов во взрослом населении составляет около 50%. Также следует сказать о том, что А.Е. Личко разделил акцентуации характера на два типа: скрытые и явные. Скрытые акцентуации относятся к обычным вариантам нормы, черты определенного характера выражены слабо или не проявляются совсем, однако при психотравмирующих ситуациях могут проявиться. Явные акцентуации – крайний вариант нормы, отличается постоянством черт в течение всей жизни. В своей классификации акцентуаций характера А.Е. Личко выделяет 12 типов: неустойчивый тип, конформный, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, гипертимный, циклоидный, лабильный и смешанные ти-

пы. Рассмотрим классификацию А.Е.Личко, так как именно эта классификация получила распространение в России:

1. Неустойчивый тип. Главная черта — нежелание трудиться: ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. Важнейшей особенностью является слабый волевой компонент личности.

2. Конформный тип. Главная черта — конформность: ярко выраженное стремление быть «как все». Это стремление распространяется на все — от стремления одеваться как все до сильной зависимости суждений, позиций и поведения от окружения.

3. Шизоидный тип. Главные черты — замкнутость и недостаток чувствительности в процессе общения. Труднее всего переносят ситуации, где нужно установить неформальные эмоциональные контакты, а также вторжение посторонних во внутренний мир.

4. Эпилептоидный тип. Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Характерна аффективная взрывчатость.

5. Истероидный тип. Главными чертами являются мощный эгоцентризм, ярко выраженная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания. Все остальные особенности основаны на этом.

6. Астено-невротический тип. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность. Утомляемость обычно проявляется при умственных занятиях и в обстановке соревнований, соперничества. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу.

7. Сенситивный тип. Имеют две главные особенности — большая впе-

чатливость и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно в области волевых качеств. Часто встречается неудовлетворенность своим физическим «Я» («образ тела»).

8. Психастенический тип. Главными чертами являются нерешительность, тревожная мнительность (в виде опасений за будущее свое и своих близких), склонность к самоанализу. Черты характера обычно обнаруживаются уже в начальной школе.

9. Гипертимный тип. Отличаются всегда хорошим, слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом. Высокая степень активности сочетается с постоянным стремлением к лидерству. Стремление окружающих подавить их активность нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения.

10. Циклоидный тип. Характерной особенностью является достаточно частая смена нерезко выраженных фаз гипертимности и подавленности (субдепрессии). В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подросток становится домоседом, избегает компании.

11. Лабильный тип. Главная черта этого типа — крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от часто незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависят активность, работоспособность, общительность.

12. Смешанные типы. Помимо явных акцентуаций встречаются случаи одновременного заострения двух черт [2].

Невротические состояния являются в основном стрессогенными и конфликтогенными, и протекают в рамках своеобразия тех личностных особенностей, которые отмечаются у личности. Это пограничные обратимые состояния, при которых тех или иные черты харак-

тера могут акцентуироваться, способствуя при этом дезадаптации личности в окружающем мире.

Неврозы – группа «пограничных» функциональных нервно-психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. В этиологии неврозов определенную роль играют след. факторы: биологические (наследственность и конституция, длительные соматические заболевания); социально-психологические (неблагоприятные семейные обстоятельства, неправильное воспитание); факторы, имеющие психологическую природу (преморбидные особенности личности, психические травмы и т.п.). Среди неврозов выделяют неврастению, невроз страха, истерический невроз и невроз навязчивых состояний [4]. Неврозы рассматривают с разных подходов. С точки зрения психоаналитического подхода, который представляет З. Фрейд, считал, что невроз возникает, когда человек не может удовлетворить свою эротическую потребность вследствие внешних препятствий или вследствие внутреннего недостатка в приспособляемости. Тогда они бегут в болезнь, чтобы с ее помощью найти замещение недостающего удовлетворения. Таким образом, невроз – это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которые образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, биологические потребности и влечения.

С точки зрения психиатрии, В.Н. Мясищев рассматривал неврозы как функциональное психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Противоречие или несоответствие между потребностями и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения приводит к психоневрозу только тогда, когда оно

продуктивно не разрешается: цель не достигается и потребность не удовлетворяется [1].

Литература:

1. Александров, А.А. Интегративная психотерапия. – СПб.: Питер, 2009.
2. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского 3-е издание. – СПб.: Питер, 2008.
3. Леонгард, К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000.
4. Мещеряков, Б.Г., Зинченко, В.П. Большой психологический словарь. 3-е изд. – М., 2002.

АФФЕКТИВНЫЙ, ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ И АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Григорьева Ю.О.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность. В наше время актуальность стресса вызвана непрерывным ростом социальных, экономических, экологических, технологических и других изменений нашей жизни. Мы постоянно сталкиваемся в повседневной жизни с разными стрессорами, которые так или иначе влияют на общее состояние здоровья. В результате могут появиться психические расстройства.

Объект исследования: состояния хронического стресса, приводящие к развитию аффективного, психоорганического и астенического синдромов.

Предмет исследования: аффективный, астенический и психоорганический синдромы как следствие хронического стресса.

Цель исследования: рассмотреть синдромы, возникающие вследствие хронического стресса.

Гипотеза: можно предположить, что аффективный, астенический и психоорганический синдромы возникают вследствие хронического стресса, которому в свою очередь люди подвергаются в повседневной жизни.

Стресс как реакция на определенные события называются стрессовой реакцией, стрессовой эмоцией или переживанием стресса. К такому пониманию относится концепция Ганса Селье. Также Селье сделал важное разделение стресса на две формы – эустресс (положительная) и дистресс (отрицательная).

Эустресс – стресс, вызванный положительными эмоциями.

Дистресс – стресс, который носит негативный характер, он наносит вред на здоровье человека и может привести к тяжелым заболеваниям.

Согласно Селье, любое событие, факт или сообщение может вызвать стресс, то есть стать стрессором. Постоянное подвержение стрессу приводит к его хроническому течению.

Хронический стресс развивается постепенно, в течение месяца, а иногда и в течение нескольких лет. Также понятие «хронический стресс» приравнивают к понятию «синдром эмоционального выгорания». Наличие стрессоров, которые длительное время влияют на организм, могут привести к нарушениям здоровья и общего самочувствия. Это проявляется как общей симптоматикой, так и психическими расстройствами, которые могут включать в себя, а также сочетаются с различными синдромами. В современной науке достаточно хорошо описаны 3 основных синдрома, проявляющихся как следствие хронического стресса.

Аффективные синдромы проявляются стойкими изменениями настроения, чаще его снижением – депрессией (снижение настроения, чувство подавленности угнетенности, тоски), или повышением – манией (повышенное

настроение, ускорение темпа психической деятельности, двигательная возбуждение, говорливость, ощущение избытка энергии).

Психоорганический синдром характеризуется ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость, страдает качество восприятия (улавливаются лишь частые детали), уровень мышления снижается (проявляется обеднением понятий и представлений), темп мыслительных процессов замедлен. При осложнении иногда в ночное время возникают сумеречное расстройство сознания и рудиментарные признаки делирия. Выделяют 4 основных варианта психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический.

Астенический синдром – состояние, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, снижение работоспособности. У людей с таким расстройством наблюдается слабость, неустойчивость настроения, дня них характерна впечатлительность, сентиментальность, слезливость; их легко растрогать, они легко раздражаются, теряют самообладание из-за любой мелочи. Астеническим состояниям свойственны также частые головные боли, нарушения сна. Для него характерна гиперестезия — непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов. Астения, развивающаяся из-за нервного перенапряжения, волнений, трудных, чаще длительных переживаний и конфликтов, называется неврастенией.

Из представленного выше описания данных синдромов видно насколько негативное воздействие оказывается как на психическое, так и на соматическое состояния человека.

Литература:

1. Перре, М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. - СПб: Питер, 2012.

ПРОБЛЕМА «РАБОТАЮЩИХ БЕДНЫХ» В СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Григорян М.Э.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Социально-стратификационные процессы в современном российском обществе носят сложный и противоречивый характер, обусловленный качественным изменением, как объективных характеристик социальной структуры общества, так и субъективных представлений большинства его членов. Под влиянием экономических реформ, преобразований в сфере властных отношений изменяется стратификационная система российского общества: исчезают прежние и появляются новые слои и страты, трансформируются представления относительно критериев социального расслоения и социальной идентификации. Образуется сложная социальная структура, характеризующаяся углублением социальной поляризации, что способствует росту социальной напряженности и дестабилизации общественной системы.

В ходе развития демократических и рыночных реформ социальная стратификация российского общества претерпела значительную трансформацию.

Во-первых, коренным образом изменился сам характер стратификационной системы. Если в советском обществе преобладали черты этатократической системы, построенной на властных иерархиях и формальных рангах, то в современном российском обществе формирование стратификационной системы про-

исходит на экономической основе, когда главными критериями становятся уровень доходов, владение собственностью и возможность осуществлять самостоятельную хозяйственную деятельность.

Во-вторых, сложился довольно многочисленный предпринимательский слой, высшие представители которого не только составляют существенную часть высшего хозяйственно-экономического класса, но и в ряде случаев входят в политическую элиту страны. Переход к рыночной экономике породил качественно новые статусные группы, обладающие экономической свободой и претендующие на самые высокие места в системе общественной иерархии.

В-третьих, в ходе реформ появились новые престижные виды деятельности, что заметно изменило социально-профессиональную стратификационную систему. Так, резко возрос престиж предпринимательской, коммерческой, финансово-банковской, управленческой, юридической и некоторых других видов деятельности (реклама, маркетинг, операции с недвижимостью и т. д.).

В-четвертых, наметилось полярное расслоение общества, что находит выражение в растущей дифференциации доходов населения. Так, если незадолго до распада Советского государства децильный коэффициент (соотношение средних доходов 10% наименее обеспеченных и 10% наиболее обеспеченных слоев населения) равнялся пяти, то в 1997 г. он повысился до двенадцати, а в настоящее время — до 25%. Складывается противоречие, имеющее ярко выраженный социально-экономический характер, — между богатыми и бедными. Причем, данная проблема проявляется не только в мегаполисах - Москве и Санкт-Петербурге, - но и в провинции. Тяжелое положение сохраняется у наименее защищенных групп населения, так называемых групп социального риска, к которым относятся

инвалиды, пенсионеры, многодетные семьи [1].

В-пятых, несмотря на существенную социальную поляриность общества, начинает формироваться средний класс, ядро которого образуют высокопродуктивные, инициативные и предприимчивые социальные категории (предприниматели, менеджеры, бизнесмены, фермеры, представители научно-технической интеллигенции, высококвалифицированные рабочие и др.). Средний класс определяет стабильность социальной системы и одновременно обеспечивает ее динамичное развитие. Он заинтересован в осуществлении экономических реформ и выступает субъектом технологической модернизации и политической демократизации общества.

В-шестых, наблюдается широкая маргинализация общества. Причем она обусловлена как массовым переходом из низших слоев общества в более высокие (так называемая восходящая мобильность), так и наоборот, переходом из высших в низшие слои (нисходящая мобильность). Маргинальные слои формируются в большинстве случаев из бывших работников умственного труда (инженеров, работников научно-исследовательских институтов и конструкторских бюро), беженцев из других республик СНГ, женщин в возрасте старше 55 лет и молодежи. Особую обеспокоенность вызывает процесс роста слоя маргиналов, выбитых из своей социокультурной среды и превратившихся в люмпенизированные (от нем. Lumpen — лохмотья) слои (нищие, бомжи, бродяги).

В-седьмых, происходит нарастание социальных различий по территориям страны. Социальные проблемы по-разному проявляются в столице, областном центре, малом городе, на селе, в различных регионах России.

В-восьмых, каждая социальная страта российского общества научилась

жить своей внутренней жизнью, не обращая внимания на остальных.

Вопросы социально-стратификационной дифференциации находятся в центре внимания российских социологов. Предлагаются различные теоретические схемы, объясняющие расслоение современного российского общества. Наибольшее признание получила стратификационная модель, разработанная на базе данных, полученных в ходе исследований, которые проводились Всероссийским центром по изучению общественного мнения (ВЦИОМ) в середине 1990-х годов.

В стратификационной структуре современного российского общества выделились четыре основных слоя: верхний, средний, базовый и нижний.

Верхний (6% занятого населения) Элитные и субэлитные группы, занимающие ключевые позиции в системе государственного управления, в экономических и силовых структурах (политические лидеры, верхушка государственного аппарата, значительная часть генералитета, руководители промышленных корпораций и банков, преуспевающие предприниматели и бизнесмены, видные деятели науки и культуры). Верхний слой почти на 90% представлен мужчинами молодого и среднего возраста. Это самый образованный слой: две трети его представителей имеют высшее образование. Уровень доходов этого слоя в 10 раз превышает доходы нижнего слоя и в 6—7 раз — доходы базового слоя. Таким образом, верхний слой обладает самым мощным экономическим и интеллектуальным потенциалом и имеет возможность оказывать прямое влияние на процессы, происходящие в обществе [1].

Средний (18% занятого населения) Состоит из мелких и средних предпринимателей, полупредпринимателей, менеджеров средних и небольших предприятий, представителей среднего звена государственного аппарата, администра-

торов непродуцированной сферы, старших офицеров, лиц интеллектуальных профессий, фермеров, наиболее квалифицированных рабочих и служащих. Почти 60% из них заняты в негосударственном секторе. Большую часть и здесь составляют мужчины, преимущественно среднего возраста. Уровень образования представителей этого слоя значительно выше, чем в среднем по стране, однако несколько ниже по сравнению с верхним слоем. По уровню доходов средний слой существенно уступает верхнему слою и, соответственно, заметно хуже его социальное самочувствие. Несмотря на то, что большинство представителей среднего слоя не обладает ни достаточным капиталом, ни отвечающим в полной мере современным требованиям уровнем профессионализма, ни высоким социальным престижем, социологи рассматривают этот слой российского общества в качестве зародыша среднего класса [1].

Базовый (66% занятого населения). Представляющие этот слой живут за чертой бедности. Хотя потребности, интересы и ценностные ориентации групп, составляющих базовый слой, весьма различны, их модель поведения достаточно сходна: это приспособление к изменяющимся условиям и стремление по возможности сохранить достигнутый статус.

Нижний (10% занятого населения). Лица, обладающие наименьшим профессионально-квалификационным и трудовым потенциалом (работники, которые заняты простейшими видами труда, не требующими профессиональных знаний (уборщики, лифтеры, вахтеры, курьеры, подсобные рабочие, такелажники и т. д.). Из них более 40% заняты в индустриальных отраслях и 25% — в сфере торговли, обслуживания. Две трети этого слоя составляют женщины, а доля пожилых людей в три раза выше средней по стране. Для этих социальных

категорий характерен чрезвычайно низкий уровень жизни: две трети живут за чертой бедности, из них четверть — за гранью нищеты [1].

Наряду с этими основными слоями, к сожалению, существует «социальное дно», которое образуют алкоголики, бомжи, бродяги, криминальные элементы и т. д.

Основными тенденциями развития социальной структуры современного российского общества являются:

- Социальная поляризация, т.е. расслоение на богатых и бедных, углубление социальной и имущественной дифференциации.

- Процесс стирания границ между специалистами с высшим образованием и высококвалифицированными рабочими.

- Падение социального статуса интеллектуального труда.

- Усложнение социальной структуры общества.

- Размывание интеллигенции, которое проявляется в массовом уходе индивидов из сферы умственного труда, либо в смене ими места жительства («утечка мозгов»).

- Быстрый рост социально-территориальных различий.

- Маргинализация общества.

- Криминализация части российской молодежи.

Что касается проблемы роста доходов населения – проблема не регулирования оплаты труда и социальной поддержки населения, как это традиционно понимается правительственными программами, а в первую очередь это вопрос структурных и институциональных реформ. Проблема «работающих бедных», абсолютное большинство которых заняты в бюджетном секторе экономики и входят в состав слоя «ниже среднего», позиционируясь в нижних его сегментах, не может быть решена скромной индексацией оплаты труда бюджетников. Пре-

дельно ясно, что такое регулирование оплаты в лучшем случае не позволит этой социальной группе «свалиться» в зону открытой бедности, но отнюдь не решит проблемы достойного существования. Кардинальное решение проблемы – в реформе самого бюджетного сектора. Не будет также преувеличением утверждение, что Россия по-прежнему игнорирует существование такого огромного резерва, как развитие малого бизнеса.

Несмотря на неоднократные декларации по поводу стимулирования этого процесса, роль малого бизнеса в экономике страны прискорбно низка. Доля мелких предпринимателей вплоть до настоящего времени не превышает 2–3% экономически активного населения. Как показывают социологические исследования, дело отнюдь не в ослабленном предпринимательском духе российских граждан и даже не в отсутствии инвестиций. Среди основных причин – сохранение большого числа административных барьеров, значительные транзакционные издержки, связанные с регистрацией юридических лиц, лицензированием деятельности, обязательной сертификацией товаров и услуг и пр., а также политические риски. Между тем, малый бизнес – это не только оживление целого ряда экономических секторов и не только развитие рыночной конкуренции. Это создание новых рабочих мест в количестве, которое несоизмеримо с беспомощными попытками искусственного конструирования рабочих мест на действующих предприятиях или столь же непродуктивными действиями по сохранению уже существующих, но неэффективных рабочих мест. Это – не зависящий от «нефтедолларов» рост доходов включенных в малый бизнес работников. Это реальный путь повышения экономической активности и материальной состоятельности российского населения. Без такого рода преобразований социальная пирамида, в которой абсолютное большин-

ство населения находится «между молотом и наковальней», не имея реальных экономических инструментов и надежных социальных гарантий, сохранится на долгие годы [2].

Таким образом, социальные процессы в современной России отличаются сложностью и противоречивостью.

Литература:

1. Об итогах Всероссийской переписи населения 2010 года. Сообщение Росстата. Е. Герасимова «Независимая газета», 20.12. 2011 года
2. Малева Т.М. Социальные страты и социальная политика. -2003. -№1 <http://spero.socpol.ru>

ФУТБОЛ - КОМАНДНЫЙ ВИД СПОРТА

Давудов Т.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Футбол (от англ. foot — ступня, ball — мяч) — командный вид спорта, в котором целью является забить мяч в ворота соперника ногами или другими частями тела (кроме рук) большее количество раз, чем команда соперника. В настоящее время самый популярный и массовый вид спорта в мире.

Почему мы выбрали данную тему? Не раз говорилось о том, что занятия спортом – это залог здоровья. Спорт укрепляет организм, делает нас выносливее. Занятия спортом разнообразны и актуальны круглый год. Спортивные победы не раз прославляли нашу страну на весь мир. А в 2014 году наша страна была хозяйкой зимних Олимпийских игр. Футбол относится к тем видам спорта, которыми можно заниматься, начиная с самого раннего детства и вплоть до глубокой старости. Футбол представляет широкие возможности разнообразной

спортивной деятельности на свежем воздухе и при этом вовлекает в работу почти все системы организма. Футбол является важным средством поддержания и улучшения здоровья.

Цели исследования:

- расширить кругозор;
- воспитывать чувство патриотизма, интерес к спорту;
- собрать максимальное количество информации по данной теме;
- подготовить и провести анкетирование;

Если мы обратимся к истории футбола, то ритуальные игры с мячом давно были распространены на всех континентах. Древние кожаные мячи были найдены при раскопках в Англии и Греции. Согласно преданиям античности, первый мяч дала Эросу богиня Афродита, сказав ему такие слова: «Я дам тебе чудесную игрушку: это шар быстро летучий, иной лучшей забавы ты не добудешь из рук Гефеста». В зависимости от ритуала мяч мог символизировать и Солнце, и Луну, и Землю, и даже полярное сияние. В Австралии мячи делали из шкур сумчатых крыс, мочевых пузырей крупных животных, из скрученных волос. Изначально эта игра была направлена на обеспечение процветания племени. Обряд требовал длительной подготовки, в течение которой сооружался алтарь, символизирующий центр Земли.

Первые единые правила и регламент игры в футбол определился в командах частных школ и университетов Оксфорда и Кембриджа. До того почти каждая школа и каждый футбольный клуб имели свои собственные своды правил. Одни правила допускали ведение и передачу мяча руками, другие — отвергали; где-то количество игроков в каждой команде было ограничено, где-то — нет. В одних командах разрешалось толкать, делать подсечки и бить соперника по ногам, в других это было запрещено. Таким образом, английский футбол пре-

бывал в хаотическом состоянии. И в 1846 году была предпринята первая серьёзная попытка унифицировать свод футбольных правил. Где Уинтон и Джон Чарльз Тринг из Кембриджского университета встретились с представителями частных школ с целью сформулировать и принять свод единых правил. Дискуссия длилась 7 часов и 55 минут, и в результате возник документ, опубликованный под названием «Кембриджские правила». Они были одобрены большинством школ и клубов, и позднее (с незначительными изменениями) их приняли за основу правил Футбольной ассоциации Англии. Игры в футбол того времени не ограничивались стенами частных учебных заведений, а были популярны у гораздо более широких слоев населения. Спортивные и местные газеты того времени пестрели объявлениями о вызовах на футбольные состязания, причем зачастую игра шла на деньги.

В Россию футбол завезли англичане, выписанные Саввой Морозовым, известным дореволюционным промышленником, на свои фабрики в качестве инженеров в город Орехово-Зуево. С тех пор небольшой подмосковный городок по праву считается родиной российского футбола. В 1910г. футбольная команда "Морозовцы" завоевала кубок Фульда.

В Краснодарском крае развита футбольная инфраструктура, таким образом, созданы благоприятные условия для проведения краевой федерацией футбола соревновательного процесса. Краснодарская краевая федерация футбола (ККФФ) образована в 1946 году. За почти полвека ее деятельности футбол в Краснодарском крае стал поистине народным видом спорта. Более 75 тысяч кубанцев систематически играют в футбол в спортивных секциях, дворовых командах, командах учебных заведений и предприятий, футбольных клубах. Ежегодно свыше 300 детских и около 500 мужских любительских ко-

манд участвуют в соревнованиях на территории Краснодарского края, 34 футбольных клуба принимают участие в играх чемпионата и первенства края.

Футбольная команда «Кубань» (Краснодар; президент – А. Н. Ткачев) выступает в первом дивизионе, во втором дивизионе зоны «Юг» – футбольные клубы «Краснодар-2000» (Краснодар), «Спартак УГП» (Анапа), «Сочи-04» (Сочи).

Есть 17 официальных правил игры, каждое из которых содержит список оговорок и руководящих принципов. Эти правила предназначены для применения на всех уровнях футбола, хотя есть некоторые изменения для таких групп, как юниоры, взрослые, женщины и люди с ограниченными физическими возможностями. Законы очень часто формулировались в общих чертах, которые позволяют упростить их применения в зависимости от характера игры. Правила игры публикуются в ФИФА, но поддерживаются Международным советом футбольных ассоциаций (IFAB).

Каждая команда состоит максимум из одиннадцати игроков (без учета запасных), один из которых должен быть вратарём. Правила неофициальных соревнований могут уменьшить количество игроков, максимум до 7. Вратари являются единственными игроками, которым позволено играть руками при условии: они делают это в пределах штрафной площади у своих собственных ворот. Хотя есть различные позиции на поле, эти позиции не обязательны.

Отдельная футбольная игра называется матч, который в свою очередь состоит из двух таймов по 45 минут. Пауза между первым и вторым таймами составляет 15 минут, в течение которой команды отдыхают, а по её окончании меняются воротами.

Цель игры — забить мяч в ворота противника, сделать это как можно большее количество раз и постараться не допустить гола в свои ворота. Матч выигрывает команда, забившая большее количество голов.

В случае, если в течение двух таймов команды забили одинаковое количество голов, то или фиксируется ничья, или победитель выявляется согласно установленному регламенту матча. В этом случае может быть назначено дополнительное время — ещё два тайма по 15 минут каждый. Как правило, между основным и дополнительным временем матча командам предоставляется перерыв. Между дополнительными таймами командам даётся лишь время на смену сторон. Одно время в футболе существовало правило, по которому победителем объявлялась команда, первой забившая гол (правило "золотого гола») или выигравшая по окончании любого из дополнительных таймов (правило «серебряного гола»). В настоящий момент дополнительное время либо не играется вовсе, либо играется в полном объёме (2 тайма по 15 минут). Если в течение дополнительного времени победителя выявить не удаётся, проводится серия послематчевых пенальти, не являющихся частью матча: по воротам противника с расстояния 11 метров пробивается по пять ударов разными игроками. Если количество забитых пенальти у обеих команд будет равным, тогда пробиваются по одной паре пенальти, пока не будет выявлен победитель.

В моей жизни футбол – это не просто игра: это способ самореализации, любимое дело, жизнь.

Мною было проведено исследование для выяснения, какое место занимает футбол в жизни граждан г. Краснодара.

Жителям г. Краснодара мы предложили заполнить следующую анкету:

Возраст _____ Фамилия, имя _____

1. Любите ли вы футбол? _____
2. Занимаетесь ли вы футболом ? _____
3. Участвуете ли вы в футбольных соревнованиях? _____
Выезжаете ли вы на футбольные соревнования в край?
4. _____
5. Для чего вы занимаетесь футболом? _____

Обработав данные анкеты, мы получили следующий результат: всего обработано 97 анкет.

1. 50 человек любят футбол
2. 46 человек занимается футболом
3. 35 человек принимало участие в соревнованиях
4. 16 человек участвуют в краевых соревнованиях
5. Занимаются футболом для здоровья, для поддержки спортивной формы, для достижения результатов, для себя и др.

По результатам исследовательской работы опроса граждан был сделан следующий вывод, что многих интересует футбол: кто-то мечтает им заняться, а кто-то уже занимается. Практически все ребята ведут здоровый образ жизни, без вредных привычек.

Следовательно, необходимо у наших учащихся поддерживать отрицательные эмоции к вредным привычкам – это курение, токсикомания, употребление алкоголя. Убеждать, что занятия физкультурой и спортом и вредные привычки – несовместимы и приносят вред их здоровью. Спорт не только полезен, но и интересен. Существуют различные виды спорта, в зависимости от своих предпочтений и возможностей, мы можем выбрать плавание или бег, футбол или лыжи и т. д. Спорт имеет древнюю историю и в настоящее время его значение с каждым годом возрастает. Закончить нашу работу хотелось бы словами В. В. Путина: «Детский и молодежный спорт – фундамент здоровья страны».

Литература:

1. В. И. Лях, А. А. Зданович. Физическая культура. Москва. «Просвещение», 2007

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Добровольская П.Э., Ковалёва А.С.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность проблемы: тема профилактики стоматологических заболеваний очень актуальна, поскольку результаты многочисленных исследований показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов и болезни пародонта) среди населения России достаточно высока.

По данным ВОЗ 92% населения Земного шара не умеет чистить зубы. Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта обуславливает особую актуальность проблемы и профилактики этих заболеваний. Распространенность кариеса зубов у детей в разных регионах России колеблется от 60 до 95%. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта у детей школьного возраста достигает 80%.

Профилактика стоматологических заболеваний – это предупреждение возникновения и развития заболеваний полости рта. Внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами.

Стоматологическая заболеваемость в нашей стране достаточно велика, и следует ожидать дальнейшего её увеличения, если не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на развитие заболевания.

Отсутствие профилактических мероприятий в дошкольных и школьных учреждениях, отсутствие школьных стоматологических кабинетов ведет к возникновению заболеваний полости рта. Это подтверждает актуальность нашего исследования.

Цель работы: изучить методы и средства профилактических мероприятий стоматологических заболеваний у детей школьного возраста с целью разработки эффективных методических рекомендаций на основе теоретического и эмпирического исследований; изготовление стоматологических капп.

Сущность и методы профилактики основных стоматологических заболеваний

В своей книге Ю.В. Волкова, Е.Г. Шапиро и И.А. Липовская, предлагают следующее определение профилактики стоматологических заболеваний: «Профилактика стоматологических заболеваний – это предупреждение возникновения и развития заболеваний полости рта» [3]. Внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте и возрастанию количества детей и подростков с интактными зубами.

Таким образом, под профилактикой подразумевают комплекс государственных, коллективных, семейных и индивидуальных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и сохранность здоровья населения. Цель профилактической стоматологии — не только предупреждение болезней полости рта, но и контроль над ними, причем профилактика имеет первостепенное значение.

Целями профилактики стоматологических заболеваний являются:

- Уменьшение интенсивности и распространенности кариеса зубов; увеличение количества лиц, не имеющих кариеса.

- Снижение процента лиц, у которых выявлены признаки поражения тканей пародонта; уменьшение количества секстантов с кровоточивостью, зубным камнем и патологическими карманами в ключевой возрастной группе в соответствии с индексом нуждаемости в лечении болезней пародонта [1].

К методам профилактики относятся:

- стоматологическое просвещение населения;

- обучение правилам рационального питания;

- обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта;

- эндогенное использование препаратов фтора;

- применение средств местной профилактики;

- вторичная профилактика (санация полости рта) [2].

Стоматологическое просвещение населения.

Одним из основных компонентов любой программы профилактики является стоматологическое просвещение населения, которое должно предше-

ствовать и сопутствовать обучению гигиене полости рта.

Стоматологическое просвещение включает в себя мотивацию населения в целом и индивидуума, в частности, к поддержанию здоровья, а также обучение правилам гигиены полости рта.

Стоматологическое просвещение - это предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключая факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья. Этот метод профилактики касается населения всех возрастов.

Важную роль в сохранении стоматологического здоровья играет личная ответственность пациента.

Стоматологическое здоровье зависит от общего состояния организма, поведения и привычек человека, а также особенностей окружающей среды.

Специалисты должны вырабатывать у населения убежденность в необходимости регулярного ухода за полостью рта с целью предупреждения возникновения кариеса зубов и болезни пародонта [1].

Методы стоматологического просвещения – это беседы, семинары, лекции, уроки здоровья, игры и т.д.

В.Ю. Дорошина отмечает, что существует два метода стоматологического просвещения населения:

Активные методы - предусматривают заинтересованное участие населения. Их преимуществом является непосредственная взаимосвязь и взаимодействие специалиста и аудитории. Наиболее эффективными среди них являются беседы, лекции и выступления. Эти методы позволяют врачу учитывать социальные, профессиональные и индивидуальные особенности слушателей.

Преимущества:

- индивидуальный подход;

- индивидуальная коррекция;
- более детальное изучение.

Недостатки:

- короткое по продолжительности воздействие на аудиторию;
- небольшое количество слушателей.

Пассивные методы - не требуют активного участия населения. Их преимущество: не требуют присутствия медицинского работника, воздействуют длительное время и на большую аудиторию.

Преимущества: массовое воздействие на людей.

Недостатки: отсутствие обратной связи между пациентом и специалистом. (Реклама, печатные издания, листовки) Если уровень учебных материалов очень высокий, тогда эффект пассивных форм воздействия на население возрастает.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ профилактические мероприятия принято разделять на первичные, вторичные и третичные.

Приоритет имеют методы и программы, полностью предотвращающие заболевания, в то время как реабилитация (третичная профилактика) представляется наименее ценной с точки зрения предупреждения заболеваний. Меры, тормозящие развитие болезни (вторичная профилактика), занимают промежуточное положение.

Первичная профилактика — это комплекс государственных, социальных и медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения стоматологических заболеваний.

Она предусматривает оздоровление полости рта в результате:

- 1) санитарного просвещения населения по гигиене полости рта;
- 2) разработки программ питания, направленных на улучшение состояния и рациона питания;

3) периодического обследования полости рта у врача для предупреждения заболеваний.

Основная роль стоматологического персонала на этом уровне сводится к санитарному просвещению, обучению медицинских работников и населения методам профилактики, осуществлению контроля за эффективностью профилактических мероприятий.

Вторичная профилактика предусматривает терапевтическое вмешательство при ранних признаках и симптомах заболевания в целях предотвращения его развития.

Задачи вторичной профилактики — санитарное просвещение по гигиене полости рта, касающееся удаления зубной бляшки, аппликации препаратов фтора и реминерализующих веществ при первичных кариозных поражениях зубов, а также выявление и устранение причин аккумуляции бляшки, в том числе зубного камня. Сюда можно отнести и плановое лечение кариеса зубов и болезней пародонта на ранних стадиях заболеваний.

Третичная профилактика включает лечение развившихся заболеваний, направленное на предотвращение их прогрессирования, предупреждение осложнений и последствий, восстановление утраченной функции зубочелюстной системы в результате потери зубов с помощью протезов и других средств [1].

Обучение правилам рационального питания.

В профилактике кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта велика роль питания как составной части здорового образа жизни.

Питание может влиять на ткани зубов двумя путями: во-первых, во время формирования зуба перед прорезыванием и, во-вторых, после прорезывания.

Для формирования резистентных к кариесу зубов одним из главных условий является полноценное в качественном и количественном отношении питание беременной женщины, включающее молочные продукты, минеральные вещества, витамины, овощи, фрукты. Не меньшее значение в формировании резистентности зубных тканей имеет питание в первый год жизни ребенка, когда идет закладка и развитие постоянных зубов. Идеальным питательным продуктом для новорожденного является молоко матери. Недостатки искусственного вскармливания детей необходимо максимально устранять путем дополнительного введения в организм ребенка фруктовых соков, овощных пюре и других продуктов.

Современный человек включает в свой рацион много углеводов, которые можно подразделить на две большие группы. К первой из них относятся легкоферментируемые углеводы - сахара и крахмал, прошедшие кулинарную обработку, в результате чего их могут усваивать бактерии полости рта; ко второй - сахарозаменители.

Сахарами являются сахароза, фруктоза, глюкоза, лактоза. Крахмалы содержатся в продуктах, приготовленных из зерна, картофеля, риса. В полости рта фермент амилаза расщепляет молекулу крахмала, в результате чего выделяется глюкоза.

Самыми выраженными кариесогенными свойствами обладает сахароза, почти такими же – сочетание глюкозы и фруктозы, тогда как использование только фруктозы или лактозы менее кариесогенно. При увеличении частоты приема легко ферментируемых углеводов равновесие между де- и реминерализацией сдвигается в неблагоприятную сторону, и наблюдается прогрессирование кариозного процесса.

Бактерии используют данный тип углеводов для питания и построения матрицы зубного налета, и конечным продуктом этого процесса являются органические кислоты, которые вызывает деминерализацию эмали.

Возникновению и прогрессированию кариеса зубов у населения способствуют следующие особенности питания:

- высокое содержание в пище легко ферментируемых углеводов, особенно сахара;

- увеличение частоты приема пищи;

- уменьшение употребления пищи, требующей интенсивного жевания, которое приводит к повышению тока слюны и «естественному очищению полости рта»;

- уменьшение потребления пищи, способствующей ингибированию кариесу зубов.

В рекомендациях по рациональному питанию не следует забывать о роли пищи как фактора самоочищения полости рта, естественного процесса освобождения от остатков пищи и мягкого зубного налета.

Одним из путей повышения самоочищения полости рта является прием твердой пищи (сырые овощи, твердые фрукты). Хорошая тренировка зубочелюстной системы происходит при употреблении твердой сухой пищи, требующей обильного слюноотделения и длительного пережевывания.

Ее прием можно рекомендовать детям для воспитания у них привычки к жеванию, для интенсификации роста и развития зубочелюстной системы.

Желательно употребление овощей и фруктов после приема сладкой, липкой, мягкой пищи, а также в промежутках между основными приемами пищи.

Таким образом, снижение неблагоприятного воздействия питания на ткани полости рта крайне необходимо

для предупреждения кариеса зубов и болезней пародонта [5].

Индивидуальная гигиена полости рта.

Ведущим компонентом профилактики стоматологических заболеваний является гигиена полости рта. Систематическая чистка зубов, удаление мягких зубных отложений способствуют физиологическому процессу созревания эмали зубов. Биологически активные компоненты средств гигиены (зубных паст, эликсиров) обогащают ткани зуба и пародонта солями фосфатов, кальция, микроэлементами, витаминами, повышая их устойчивость к вредным воздействиям. Регулярный массаж десен при чистке зубов щеткой способствует активации обменных процессов, улучшению кровообращения в тканях пародонта.

Индивидуальная гигиена - предусматривает тщательное и регулярное удаление зубных отложений с поверхностей зубов и десен самим пациентом с помощью различных средств гигиены.

Для достижения наилучшей эффективности от проведения гигиенических мероприятий используются разные средства и предметы по уходу за полостью рта. В последнее время их ассортимент стал особенно широк и разнообразен.

Используя современные средства для удаления зубного налета с поверхностей зубов, нельзя не учитывать метод, с помощью которого это осуществляется. В настоящее время известны различные методики удаления зубного налета, однако, учитывая индивидуальные особенности полости рта, целесообразно рекомендовать пациенту наилучший метод, с помощью которого будет получен хороший очищающий эффект.

Для достижения этой цели от врача требуется подробный инструктаж и демонстрация на модели выбранного

метода, а от пациента - последовательное исполнение движений до полного овладения выбранной методикой с ежедневным проведением чистки зубов.

Существует много методов чистки зубов. Один из них – стандартный метод чистки зубов Пахомова Г.Н. Он заключается в следующем: чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти. При очищении вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров рабочую часть зубной щетки располагают под углом 45° к зубу и производят очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, что волокна щетки проникают глубоко в фиссуры и межзубные промежутки.

Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищают такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручки щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна находятся под острым углом к ним и захватывают не только зубы, но и десну. Заканчивают чистку всех сегментов круговыми движениями [2].

Основным инструментом для чистки зубов является зубная щетка.

Существует 5 степеней жесткости зубных щеток: очень жесткие, жесткие, средние, мягкие, очень мягкие.

Наиболее широко применяются щетки средней степени жесткости.

Зубные пасты должны хорошо удалять мягкий зубной налет, остатки пищи; быть приятными на вкус, обладать хорошими дезодорирующим и освежающим действием и не иметь по-

бочных эффектов: местнораздражающего и аллергизирующего.

Зубные пасты разделились на следующие основные виды:

1) гигиенические – предназначенные исключительно для удаления зубных отложений и частично - дезодорации полости рта;

2) лечебно-профилактические – устраняющие те или иные факторы, которые способствуют возникновению заболеваний зубов и тканей пародонта;

3) лечебные – включающие активные компоненты, воздействующие непосредственно на определенный патологический процесс в полости рта (например, пасты с противогрибковыми агентами, применяющиеся при кандидозе полости рта) [1].

Эндогенные методы применения фторидов.

Применение соединений фтора для профилактики кариеса зубов можно условно разделить на два основных способа — системный (эндогенный) – поступление фторидов в организм с водой, солью, молоком, в таблетках или каплях; и местный (экзогенный) – использование растворов, гелей, зубных паст, лаков.

Условность этого деления состоит в том, что средство, применяемое системно, оказывает и местное воздействие, и наоборот, местное применение средств способствует всасыванию их через слизистую оболочку в систему кровообращения.

Нельзя одновременно использовать для профилактики два системных метода, целесообразно сочетать системный и местные способы, поскольку это дает увеличение эффективности.

При выборе системного метода введения фторида в организм необходимо иметь четкие показания, главными из которых являются:

- высокая заболеваемость кариесом зубов среди населения;

- низкое содержание фторида в питьевой воде (менее половины оптимальной дозы для каждой климатической зоны);

- отсутствие дополнительных источников системного введения фторида.

Эндогенное введение фторида с целью профилактики кариеса зубов требует регулярного контроля и соблюдения мер предосторожности.

Поэтому разработка надежных методов контроля за поступлением фторида в количествах, эффективных для профилактики кариеса зубов и в то же время безопасных для общего здоровья человека и окружающей среды, имеет исключительное значение.

Основной путь выведения фторида из организма - с мочой, в связи с этим был предложен метод определения суточной экскреции фторида с мочой, и на основании этого показателя рассчитан уровень его поступления.

Средства для местного применения.

Фторидсодержащие лаки используют для пролонгирования периода воздействия фторидов на эмаль. Они образуют прилегающую к эмали пленку, остающуюся на зубах в течении нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах – несколько дней и даже недель.

Средняя редукция прироста кариеса при применении лака составляет 50%.

Фторосодержащие растворы и гели. Используют препараты с высокой концентрацией фторида натрия (2% раствор фторида натрия).

Эффективным реминерализующим препаратом является «Ремодент», используемый в виде раствора для аппликации и зубной пасты.

Выводы:

Проблема профилактики кариеса зубов у детей и подростков остается од-

ной из самых актуальных в стоматологии.

В России и странах СНГ в настоящее время профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков разработана крайне слабо и каких-либо эффективных форм и методов в пределах имеющегося материального, технического и кадрового обеспечения нет.

Медицинские аспекты профилактики должны основываться как на глубоком понимании биологической сущности человека, так и на знании этиологии и патогенеза заболеваний, на основе которых осуществляются целевые профилактические мероприятия.

Профилактическая работа состоит из несложных процедур, большинство из которых по силам выполнять самим пациентам и их родителям. Самое сложное – убедить в ее необходимости. Оценить эффективность профилактики в цифрах для каждого отдельно взятого пациента очень сложно.

Создание условий для гармоничного роста и развития ребенка и, в частности, его зубочелюстной системы, может быть обеспечено только совместными усилиями родителей, врачей-стоматологов и гигиенистов.

Литература:

1. Борисенко А.В., Кариес зубов: Практическое руководство. - Киев: Книга плюс, 2005.
2. Бунина М.А., Патогенетические особенности проявления бруксизма у больных с окклюзионными нарушениями зубных рядов: Современная стоматология. – 2000. - № 2.
3. Волкова Ю.В., Шапиро Е.Г., Липовская И.А., Профилактика стоматологических заболеваний. - СПб.: МЕДИ, 2008.
4. Персин Л.С., Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. – М.: Инженер, 1998.

5. Соловьёва-Савоярова Г.Е., Дрожжина В.А. Эстрогены и некариозные поражения зубов / Силин А.В. - СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012.

6. Соловьёва-Савоярова Г.Е., Дрожжина В.А., Силин А.В. Некариозные поражения зубов, этиопатогенетический подход к их реконструкции. Материалы IX НПК «Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний. Эндодонтия и реставрации». СПб.: СПбИНСТОМ, 2012.

**ОПТИМИЗАЦИЯ
ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ
ПРОВЕДЕНИЯ
СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ НА
ЗАНЯТИЯХ ПО БЕЗОПАСНОСТИ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Дробышева О.М.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»*

Краснодар, Россия

Безопасность жизнедеятельности является составной частью системы государственных, социальных и оборонных мероприятий, проводимых в целях защиты населения и хозяйства страны от последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, средств поражения противника.

Опыт работы медицинской службы гражданской обороны еще раз подтвердил, что оказание медицинской помощи пострадавшим при ЧС имеет свою ярко выраженную специфику. В связи с этим повысились требования к уровню подготовки выпускников медицинских вузов, прежде всего, в части практических умений и навыков, позволяющих самостоятельно эффективно оказывать помощь.

Даже высококвалифицированные специалисты узкого профиля, незнакомые с особенностями организации и оказания медицинской помощи в условиях дефицита времени, ограниченных диагностических и лечебных возможностей, не смогут оказать адекватную помощь большому числу пострадавших. Принимая во внимание, что для ликвидации последствий ЧС привлекаются все медицинские силы региона и более 20% погибших могли быть спасены при своевременно и квалифицированно оказанной медицинской помощи, целесообразно введение в обучение организационным вопросам оказания помощи учащимся и студентов всех средних и высших медицинских учебных заведений. Цель, достигаемая при обучении студентов по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности», проводимой в рамках учебной программы в нашем учебном заведении – ознакомить студентов с основами деятельности медицинской службы гражданской обороны России, сформировать целостную систему взглядов на ее организацию, помочь им в освоении материала данной дисциплины, а также избежать ошибок при организации медицинского обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) мирного и военного времени [1].

В требованиях Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 060501 «Сестринское дело» (квалификация «бакалавр») в настоящий момент настойчиво звучит необходимость использования интерактивных методов обучения при преподавании дисциплины «Безопасность жизнедеятельности» (БЖД). При преподавании дисциплины «Безопасность жизнедеятельности» на кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин в ходе занятий активно сочетают проблемную и другие,

в частности, информационно-коммуникативную, витальную технологии, с традиционной подачей материала [4]. Одной из форм интерактивного обучения, использованных в ходе занятий, стало проведение мастер-класса. Суть интерактивного обучения прекрасно сформулирована в одной китайской притче: «Скажи мне – и я забуду; покажи мне – и я запомню; дай сделать – и я пойму».

Надо сказать, что многие бакалавры-выпускники медицинских вузов не полностью готовы к практической работе в условиях чрезвычайных ситуаций, и в связи с этим не способны оказать первую помощь на месте поражения с помощью подручных или табельных средств, не говоря уже об организации и оказании помощи на этапах медицинской эвакуации.

Современные студенты испытывают высокие интеллектуальные и эмоциональные нагрузки в процессе обучения в вузе. Это часто приводит к отрицательному отношению к учебной деятельности. Одной из причин такого положения является снижение уровня их стрессоустойчивости в учебной деятельности, что выражается в нарушении эмоциональной, мотивационной и поведенческой сфер деятельности личности студента [6]. Формирование стрессоустойчивости в учебной деятельности студентов является малоизученной проблемой [5]. Имеется большое количество различных способов повышения стрессоустойчивости.

Цель: повышение качества подготовки студентов по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф».

Материал и методы: Для повышения качества знаний студентов по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» на кафедре используются мастер-классы с элементами ситуационного анализа по

теме «Организация и проведение специальной обработки в очаге и на этапах медицинской эвакуации». Для этого на занятии используются общевойсковые защитные комплекты (ОЗК), противогазы, носилки, средства для проведения дегазации и дезактивации, приборы химической и радиационной разведки, необходимые для индикации и обезвреживания действовавшего вещества.

Преподаватель объясняет порядок проведения специальной обработки при конкретных ситуациях, студенты отрабатывают действия. Такие занятия являются обязательными при обучении студентов. Таким образом, суть интерактивного обучения состоит в такой организации учебного процесса, при которой практически все учащиеся оказываются вовлеченными в процесс познания. Педагог заранее готовит необходимые задания, формулирует темы и вопросы для обсуждения, контролирует дискуссию. Подробно разбирается медико-тактическая характеристика поражающих факторов современных видов оружия, методики расчета санитарных потерь, большое внимание уделено вопросам организации коллективной защиты населения и его медицинского обеспечения, особый акцент поставлен на организации работ формирований МС ГО при ведении спасательных работ в очагах поражения [1].

После обмена знаниями и идеями, освоения навыков в условиях взаимопомощи, без резких «выпадов» в адрес друг друга, в духе конструктивного диалога, для студентов моделируется чрезвычайная ситуация. Итогом такого занятия должно быть нахождение общего пути решения проблемы и приобретение новых знаний. Наиболее важным итогом такого интерактивного обучения становится усиление междисциплинарных связей в обучении, комплексных подход в изучении явлений

и закономерностей, повышение эрудиции обучаемых.

Результаты и обсуждение: В ходе применения сочетания этих технологий наблюдалась более высокая мотивация студентов к обучению на кафедре, проявлявшаяся более активной работой на занятиях, желанием выполнять, и, соответственно, достижение отличных показателей по существующим нормативам оказания помощи, использования средств защиты. Студенты активно использовали в подготовке к занятиям и в ходе занятий для уточнения недостающей информации электронные ресурсы. Уверенное освоение практических навыков, получаемых на практическом занятии, способствовало изменению мотивации студентов в отношении совершенствования навыков - 30% студентов проявляли самостоятельную активность в их освоении. 25% студентов могли безошибочно выполнить практические навыки, в ходе отработки моделируемой ситуации, при различных вариантах сочетания набора практических навыков.

А ведь в случае чрезвычайных ситуаций предполагается выполнение в ограниченное время достаточно большого объема различных мероприятий по оказанию медицинской помощи подручными средствами, а также слаженную работу в команде. Поэтому пассивность студентов чревата в их работе в условиях ЧС большим количеством неправильно принятых решений и, соответственно, ошибок в оказании помощи в очаге и на этапах медицинской эвакуации, увеличением санитарных потерь и различного вида осложнений.

Заключение:

Таким образом, работа в группах с использованием специального оборудования и оснащения, позволяющая отрабатывать навыки в условиях приближенным к «боевым» должна быть важным компонентом оценки качества

подготовки студентов в ходе занятий по безопасности жизнедеятельности.

Кроме того, необходим более качественный подход к морально-психологической составляющей данной подготовки, так как совершенствование навыков работы в средствах защиты снижает влияние на психологическое состояние студентов таких негативных процессов как ограничение полей зрения, скованность движений, перегревание.

Также отрабатываются практические навыки с использованием приборов химической и радиационной разведки, стандартных средств дегазации и дезактивации, необходимые для индикации и обезвреживания подействовавшего вещества. Для оптимизации решения задачи разработан стандартный бланк. Таким образом, в ходе практического занятия у студентов формируется комплексное представление об изучаемой чрезвычайной ситуации. Отрабатываются практические и организационные навыки оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций в г. Краснодаре и Краснодарском крае. Знания, получаемые студентами, являются базовыми в системе подготовки медицинских работников-организаторов, они необходимы для дальнейшего успешного освоения особенностей медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера, правильного понимания медико-тактической характеристики различных катастроф, способствуют лучшему восприятию материала по организации медицинской службы гражданской обороны в военное время. Реализация на практике процесса активизации для развития способностей студентов к оказанию помощи в условиях чрезвычайных ситуаций осуществимо с помощью педагогической технологии, разрабатываемой в Военном учебном центре Кубанского государственного

аграрного университета, а также инновационных технологий, используемых в процессе обучения на кафедре естественно-научных и фундаментальных дисциплин [4]. Формирование, развитие и проявление профессиональной направленности студентов на эффективную деятельность во время ЧС (ПНвЧС) является многоаспектным и многоуровневым в системе обучения студента-медика, и перекликается по многим вопросам с процессом подготовки воина-контрактника, осуществляемой Учебным военным центром ВПО ФГБОУ КубГАУ. Личность медицинского работника в системе МСГО формируется не только в период профессиональной подготовки, но и в практике непосредственного взаимодействия с командным составом МСГО, с сотрудниками МСГО, в ходе общения с друзьями и товарищами, в различных формальных и неформальных объединениях, под влиянием многих неконтролируемых и слабо контролируемых факторов и условий. По точному выражению Л.С.Выготского, для формирования и развития личности очень значимой оказывается «социальная ситуация развития». Именно поэтому даже на начальных этапах профессионального самоопределения, становления и развития личности подчас приходится не только и даже не столько заниматься формированием и развитием ПНвЧС студента-медика, сколько осуществлять перестройку и переконструирование мотивов, лежащих в основе его ПНвЧС. Сказанное справедливо не только для начинающих студентов-медиков, но и для медицинских работников, имеющих определенный стаж и опыт оказания помощи в ЧС. П. А. Корчемный [2], А. Г. Маклаков [3], и др. полагают, что задача органов военного управления, управления

Материалы конференции 121
Международный журнал экспериментального образования №10, 2014 МСГО,

преподавателей БЖД и ОБЖ, воспитателей, психологов в таких и аналогичных им случаях заключается в оказании студенту-медику, работникам службы МСГО необходимой психолого-педагогической помощи, состоящей в проведении соответствующей развивающей, коррекционной, а при надобности и реабилитационной работы. Не может остаться в стороне от этой работы и сам медицинский работник. Он должен занять по отношению к себе активную жизненную позицию и освоить приемы саморазвития, самокоррекции и самореализации. Проведение психологической диагностики, получение соответствующих психодиагностических данных в практической психологии важны не сами по себе, они необходимы для разработки эффективных общих и дифференциально-психо-логических средств и психотехнологий активного развивающего и преобразующего (коррекционного и реабилитационного) воздействия на личность. Именно в своем единстве, в совокупном применении психо-диагностические, развивающие и преобразующие средства и психотехнологии позволяют осуществить рациональное планирование, организацию и проведение на этой основе целенаправленного, дифференцированного, индивидуального, а значит, и подлинно личностного подхода к активизации, коррекции и развитию военно-профессиональной направленности воина-контрактника. Анализ психологической литературы свидетельствует о том, что разработка средств активного воздействия на личность является одним из актуальных направлений отечественных и зарубежных практико-ориентированных психологических исследований и инновационных психотехнологий в современной психологической науке. Ю.А. Кореляков выделяет два наиболее существенных требования, которым

должны удовлетворять такого рода средства: 1) это преодоление доминирования фронтальных форм работы и по возможности более полный учет различных аспектов индивидуальности личности; 2) это отказ от манипулятивного стиля, директивности рекомендаций и максимальный учет резервов саморегуляции, самоорганизации и самоуправления личности. К. Холл, Г. Линдсей полагают, что реализация данных требований в практику означает учет такого фундаментального личностного качества, которое в современных теоретических и экспериментальных психологических исследованиях личности обозначают термином «самость». Именно эти требования стали определяющими в модифицированной программе «Сам себе психолог», нацеленной на активизацию, коррекцию и развитие ПНвЧС личности студента-медика. Педагогическое прогнозирование в данном случае заключается в предсказании ближних и дальних психолого-педагогических результатов адаптации и становления студентов-медиков, совершенствовании их профессионализма в условиях ЧС. Педагогические решения направлены на выбор оптимальных способов индивидуального и коллективного влияния на личностные качества студентов-медиков. Организация исполнения этих решений связана с реализацией учебно-боевых и воспитательных планов, программ и педагогических решений [1,6].

После аутогенной тренировки количество студентов-юношей с высоким, умеренным и низким уровнями стрессоустойчивости осталось прежним. У студентов-юношей с высоким уровнем стрессоустойчивости, как прошедших курс аутогенной тренировки, так и не проходивших его, перед итоговым занятием (действием стрессорного раздражителя) индекс регуляторно-адаптивного статуса, диапазон синхронизации,

длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона достоверно не изменялись (табл. 4). У студентов-юношей с умеренным уровнем стрессоустойчивости, прошедших аутогенную тренировку перед итоговым занятием, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 16,0% за счет уменьшения диапазона синхронизации на 11,2% и увеличения длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона на 7,2%. У студентов, не проходивших ее, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 41,6% за счет уменьшения диапазона синхронизации на 21,7% и увеличения длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона на 34,1%. У студентов-юношей с низким уровнем стрессоустойчивости, прошедших аутогенную тренировку перед итоговым занятием, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 48,7% за счет уменьшения диапазона синхронизации на 24,8% и увеличения длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона на 46,7%, а у студентов, не проходивших ее, индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 51,6% за счет уменьшения диапазона синхронизации на 24,7% и увеличения длительности развития синхронизации на 55,0%. Таким образом, у студентов-юношей с умеренным и низким уровнями стрессоустойчивости аутогенная тренировка повышала стрессоустойчивость, поскольку после нее стрессорный фактор вызывал меньшие изменения индекса регуляторно-адаптивного статуса, нежели без нее.

Литература:

1. Дробышева О.М. Формирование профессиональной готовности студентов к оказанию эффективной медицинской помощи в условиях ЧС / О.М. Дробы-

шева, В.И. Дробышев, С.Н. Линченко, В.М. Бондина, В.П. Адрианопольский // Междуна-родный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 118-122.

2. Дробышева О.М. Оценка повышения стрессоустойчивости студентов / О.М. Дробышева, В.Г. Абушкевич // Научные труды SWorld. 2010. Т. 22. № 4. С. 79А-80.

3. Дробышева О.М. Проблемное обучение на кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин / В.В. Литвинова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 122-124.

4. Картавых, М.А. Теория и методика обучения безопасности жизнедеятельности: учебно-метод. пособие / М.А. Картавых. – Н. Новгород, 2011. – 110 с.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Знаменок О.Н., Чалов В.Н.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность данной темы обусловлена тем, что в последнее время неуклонно возрастает число детей, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, кожными заболеваниями, язвенными болезнями - все это - психосоматические расстройства. Неумение своевременно распознать эту патологию часто приводит к тому, что истинный диагноз устанавливается спустя многие годы после возникновения первых проявлений болезни. Дальнейшее развитие психосоматических нарушений приводит к становле-

нию большинства патологических состояний, что требует максимальной диагностики и лечения этих расстройств, которые нередко взаимно дополняются и усиливаются, а в ряде случаев утяжеляют проявления основного заболевания.

Объект исследования: психосоматические расстройства у детей подросткового возраста.

Предмет исследования: основные причины, способствующие развитию психосоматических заболеваний у подростков.

Цель: исследовать особенности этиологии и патогенеза психосоматических расстройств у детей подросткового возраста.

Задачи:

1. Проанализировать теоретические источники по проблеме развития психосоматических расстройств у детей подросткового возраста.

2. Осуществить подбор диагностического материала, способствующего достижению поставленной цели.

3. Произвести эмпирические исследования, направленные на изучение основных причин развития психосоматических расстройств у детей подросткового возраста.

4. Осуществить анализ и интерпретацию результатов теоретического и эмпирического исследований.

Гипотеза исследования: предполагается, что развитию психосоматических расстройств у детей подросткового возраста способствует ряд определенных факторов: бытовые условия и конфликты в семье; дефекты воспитания; отсутствие дружеских отношений или неприятие в детском коллективе; негативное отношение со стороны учителя; психоэмоциональные перегрузки, неспособность справиться с учебной нагрузкой, а также личностные особенности ребенка.

Психосоматические расстройства (от греч. *psyche* - душа и *soma* - тело) - расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, переживанию острой или хронической психологической травмы, а также специфическим особенностям эмоционального реагирования личности [1]. По мнению Ф. Александера, каждый телесный процесс прямо или косвенно подвержен влиянию психологических стимулов, поскольку организм в целом представляет собой единицу, все части которой взаимосвязаны между собой.

Эмоции, вернее, их изменения, особенно в отрицательном плане, ведут к целому ряду телесных (соматических) нарушений. С 30-х годов XX века такое положение активно разрабатывалось представителями психосоматической медицины на основе психоаналитического подхода З. Фрейда. Рассматривая эмоции и их нарушения как этиологический фактор, психоаналитики отражали этот факт в определении психосоматического заболевания. Подчеркивая то, что психосоматическим можно считать такое заболевание, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние.

Этиологическое значение в развитии заболевания, согласно Ф. Александеру, может иметь следующие факторы: наследственную предрасположенность; родовые травмы; органические заболевания раннего возраста; особенности воспитания; переживание телесно травмирующего опыта; эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов; недавние телесные повреждения и эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями.

Д.Н. Исаев подчеркивает большую сложность патогенеза психосоматических расстройств: неспецифическую наследственность и врожденную отягощенность соматическими нарушениями и дефектами; наследственную предрасположенность к психосоматическим расстройствам; нарушения деятельности ЦНС; психическое и физическое состояния во время действия психотравмирующих событий; фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенности психотравмирующих событий, а также личностные особенности.

Многие исследователи пытались выделить базисные характеристики личности психосоматического больного, указывая на инфантилизм, алекситимию, перфекционизм, выученную беспомощность, дефицитарную агрессию [2].

Для эмпирической части исследования были выбраны методы диагностики по методикам: диагностики уровня школьной тревожности Филипса, направленной на изучение уровня и характера тревожности, связанной со школой у детей подросткового возраста; методике «Завершение предложения» (вариант В. Михала), направленной на диагностику отношения ребенка к родителям, братьям, сестрам, к сверстникам, учителям, школе, своим собственным способностям, а также на выявление целей, ценностей, конфликтов и значимых переживаний.

Исследование проводилось на базе муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 15. Респондентами выступили учащиеся 7 класса в количестве 23 человек.

С помощью методики Б.Н. Филипса были выявлены основные факторы тревожности. Эмоциональное состояние школьника (в частности негативное) во многом влияет на его психофизиологическое состояние, что в послед-

ствие может привести к целому ряду заболеваний. Результаты исследования показали, что основными причинами, которые могут повлиять на развитие психосоматических расстройств, у детей подросткового возраста являются: общее эмоциональное состояние ребенка в школе; неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата, негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, демонстрации своих возможностей; а также негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний, возможностей (особенно публично).

Методика «Завершение предложения» - проективная методика исследования личности. Самопонимание ребенка изучалось с помощью предложений, направленных на исследование значимых переживаний ребенка, оценку своих возможностей, а также рефлексивную самооценку, формирующуюся к началу подросткового возраста. Интерпретация результатов показала, что наиболее значимыми переживаниями ребенка, в подростковом возрасте являются: непонимание со стороны взрослых (матери, отца); конфликты и недопонимание со сверстниками или, наоборот, отсутствие дружеских отношений; плохое самочувствие; боязнь проверки знаний и конфликты с учителями, переживания по поводу своей привлекательности, боязнь потерять значимую фигуру/близкого родственника, тревога за свое будущее, а также личностные особенности ребенка, которые также могут способствовать развитию психосоматических заболеваний.

Подводя итоги, следует прийти к выводу, что стрессовые состояния, беспокойство, семейные, социальные и школьные проблемы влияют на психофизиологическое состояние подростка,

что нередко выражаются в расстройствах сна, приема пищи — такими как нервная анорексия и булимия, развитии депрессии, головных болей, болей в животе, энуреза, снохождения и лунатизма, а также приводит к целому ряду заболеваний, таких как бронхиальная астма, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, язвенные болезни и т.д. Своевременное распознавание у ребенка психосоматического расстройства, позволит вовремя разработать методы медицинской и психологической помощи.

Литература:

1. Коркина, М.В., Лакосина, Н.Д., Личко, А.Е., Сергеев, И.И. Психиатрия. Учебник. 2-е изд., доп., перераб. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 576 с.
11. Аммон, Г. Психосоматическая терапия. - СПб.: Изд-во «Речь», 2000. - 238 с.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Знаменок О.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность изучения ценности здорового образа жизни для современной молодежи обусловлена рядом существенных факторов и, прежде всего, сложными изменениями, которые происходят в их жизни. Потребность в информировании молодых людей о том, что такое здоровый образ жизни очень велика. Но насколько современники придерживаются этих понятий и как к ним относятся, вопрос очень важный и своевременный.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая его способность к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности.

Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самопознанию и счастью человека. Но что же такое здоровый образ жизни?

Существует несчетное количество понятий. Одни считают, что это система поведения разумного человека, умеренность во всем: оптимальный двигательный режим, закаливание, правильное питание, рациональный режим жизни и отказ от вредных привычек. Другие говорят о культурном, цивилизованном, активном образе жизни, напрямую связанным со здоровьем, долголетием, благополучием человека, почетом и богатством. А для третьих - это жизненная позиция, целиком и полностью, направленная на укрепление своего здоровья. Критериев определения понятия «здоровый образ жизни» может быть много, но согласна ли с ними современная молодежь?

Объект исследования: здоровый образ жизни, его основные понятия.

Предмет исследования: критерии определения здорового образа жизни у современной молодежи.

Цель исследования: выявить критерии, по которым у современной молодежи складываются убеждения о том, что такое здоровый образ жизни; определить степень осведомленности и изучить мнение молодежи о здоровом образе жизни.

Гипотеза исследования: здоровый образ жизни представляет наибольший интерес для молодых людей и играет важную роль в их жизнедеятельности. Главный тезис определения здорового образа жизни у современной молодежи — не пить, не курить, заниматься спортом и правильно питаться.

«Здоровье — это гармония и баланс между различными сторонами человеческой природы, окружающей действительности и образа жизни...», - писал Гиппократ.

В основе исследования лежат труды Виноградова П.А. Он считал, что в определении понятия здорового образа жизни необходимо учитывать два отправных фактора — генетическую природу человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности [1]. С этих позиций здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным особенностям человека, конкретным условиям жизни, и направлен на формирование, сохранение и укрепление здоровья, а также на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

В психолого-педагогическом направлении (Г.П. Аксёнов, В.К. Бальсевич, М.Я. Виленский, Р. Дитлс, И.О. Мартынюк, Л.С. Кобелянская и др.) «здоровый образ жизни» рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации.

Сегодня молодые люди находятся в наиболее сложной ситуации: в постоянно изменяющихся социально-экономических условиях. Необходимо сориентироваться и выбрать профессию, определить идеалы, жизненные цели, определить, какую роль во всем этом играет собственное здоровье, и важно ли оно вообще. Поэтому исследование критериев определения здорового образа жизни у молодых людей имеет особое значение для понимания настоящего и будущего нашего общества.

Здоровый образ жизни выражает и определенную ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития личного и общественного здоровья. Тем самым здоровый образ жизни связан с личностно-мотивационным воплощением индивидами своих социальных, психологических, физических возможностей и способностей.

Современная молодежь видит не всю совокупность компонентов, форми-

рующих здоровой образ жизни, а лишь тот его аспект, с которым знакома лучше всего. С одной стороны, молодые люди в целом представляют собой сформированные личности а, с другой – их ценности остаются достаточно гибкими, подверженными различным влияниям.

В исследовании приняли участие студенты 3 курса Муниципального автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования, обучающиеся по специальности «Сестринское дело», выборочная совокупность – 30 человек. Базой для эмпирического исследования послужили 3 методики [2].

Результаты исследования по проведенной методике «Отношение к здоровью» свидетельствуют, что респонденты наибольшее значение придают эмоциональным переживаниям за свое здоровье, нежели что-либо делают для его поддержания. Несмотря на это считают, что здоровый образ жизни играет важную роль для того, чтобы добиться успеха в жизни.

Сравнительный анализ индивидуальной значимости результатов свидетельствует о принятии ответственности за состояние своего здоровья. Респонденты выделяют следующие критерии его оценивания: качество медицинского обслуживания, экологическая обстановка, особенности питания, вредные привычки и недостаточная забота о здоровье.

На втором этапе исследования проводилось анкетирование, направленное на изучение критериев определения здорового образа жизни у современной молодежи.

Первая часть анкеты состояла из 4 предложений, которые нужно было дополнить своими словами: «что такое здоровый образ жизни»; «что подразумевает под собой хорошее здоровье»;

«что значит – вести здоровый образ жизни»; «что необходимо, чтобы вести здоровый образ жизни».

Большинство респондентов утверждали, что здоровый образ жизни – неотъемлемая часть их жизнедеятельности. Занятие спортом и отсутствие вредных привычек – считали главными критериями понятия ЗОЖ. В ходе исследования выявился интересный факт. 95% респондентов заявили, что для того, чтобы вести здоровый образ жизни им необходимо больше времени, сила воли, денежные средства и друзья, которые разделят их взгляды.

Вторая часть анкеты состояла из 2 предложений, с вариантами ответов, которые нужно было закончить посредством ранжирования, выявив при этом процентное соотношение.

Большая часть респондентов считает, что хорошее здоровье, в первую очередь, связано с отсутствием врожденных заболеваний и вредных привычек, что составляет 54% всех ответов, а также с отсутствием вредных привычек (23%); с благоприятным эмоциональным состоянием (17%) и с экологией (14%). А формирование здорового образа жизни на 45% зависит от самого человека, на 36% – от правильного воспитания и на 19% – от экономической обстановки в стране.

Третья методика – «Диагностика самочувствия, активности, настроения».

У большинства респондентов наблюдается хорошее самочувствие, высокая работоспособность, они выносливы, полны сил, чувствуют себя свежими и отдохнувшими. Активны, подвижны, хорошее настроение преобладает, чувствуют себя счастливыми, оптимистичными, жизнерадостными, довольными и полными надежд.

В результате исследования мы выяснили, что главные критерии определения здорового образа жизни у современной молодежи – это правильно питаться,

не употреблять табачные изделия, спиртные напитки, наркотические вещества, а также заниматься спортом или любой физической нагрузкой.

Здоровый образ жизни - образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья.

Литература:

1. Березовская, Р.А. Опросник «Отношение к здоровью». - М., 2001.
2. Лукашев, А.М., Прохоров, Б.Б., Шилленко, Ю.В. Общественное здоровье и управление здравоохранением. - М., 2007.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ
«ЭТИКА, ПРАВО И
МЕНЕДЖМЕНТ В
СТОМАТОЛОГИИ»**

Зобенко А.В., Пильщикова В.В.,
Шильцова Т.А.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

В современных условиях перед высшей медицинской школой стоит важнейшая задача подготовки врачей, обладающих не только необходимыми профессиональными компетенциями в области избранной специальности, но и достаточным уровнем правовой грамотности, способных эффективно анализировать и разрешать этические проблемы, умеющих принимать эффективные управленческие решения для обеспечения высокого качества медицинской помощи населению. Ее реализация позволяет осуществить формирование научного миропонимания как части общей культуры выпускника медицинского вуза и является необходимым условием повышения конкурентоспособности будущих специалистов на рынке медицинских услуг.

В этой связи в федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности «стоматология» введена новая учебная дисциплина «этика, право и менеджмент в стоматологии». По сути, она представляет собой междисциплинарное направление, преследующее цель сформировать у будущих врачей-стоматологов представление о моделях и правилах медицинской этики, о моральных ценностях, основополагающих в условиях разрешения этических конфликтов в стоматологии; дать необходимый объем теоретических знаний об основных положениях медицинского права, позволяющий адекватно оценивать возникающие правоотношения при осуществлении профессиональной медицинской деятельности и воспитать у будущих специалистов достаточный уровень правосознания и правовой культуры; привить навыки эффективного управления лечебно-диагностическим процессом в стоматологической организации в условиях как государственной, так и частной практики.

Поэтому к исходным требованиям для освоения данной дисциплины отнесены как базовые знания, полученные в процессе довузовского этапа образования (обществознание, история, культурология), так и те знания и навыки, которые сформированы в результате изучения комплекса учебных дисциплин уже на базе высшей школы (философия, биоэтика, правоведение, экономика, общественное здоровье и здравоохранение, медицинская информатика и стоматология).

На кафедре общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины КубГМУ преподавание дисциплины «этика, право и менеджмент в стоматологии» ведется среди студентов четвертого курса стоматологического факультета. В ее состав входят модули: «этика в стоматологии», на долю которого прихо-

дится около 20% всего объема дисциплины, «право в стоматологии» (30%), «управление качеством в стоматологии» (15%), «менеджмент в стоматологии» и «маркетинг в стоматологии» (соответственно 20% и 15%).

Врачебная этика – это раздел науки о роли нравственных начал в деятельности врача, его высокогуманном отношении к больному как необходимом условии эффективного лечения и укрепления здоровья человека. В ходе изучения модуля «этика в стоматологии», студенты познают психо-эмоциональные черты врача-стоматолога, проявляющиеся в его взаимодействии с пациентом, его родственниками, другими медицинскими работниками в определенных социальных условиях; осваивают морально-этические нормы профессиональной стоматологической этики; учатся использовать правила и принципы врачебного поведения в будущей практической деятельности.

Медицинское право – это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности [4]. В рамках модуля «право в стоматологии» будущие стоматологи получают теоретические знания о принципах, институтах, категориях и современном уровне развития науки правоведения, приобретают навыки правильного в правовом отношении ориентирования в действующем законодательстве о здравоохранении в Российской Федерации и учатся адекватному его применению в конкретных практических ситуациях. У студентов формируются четкие представления о правах и обязанностях медицинских работников стоматологических учреждений, об ответственности врачей-стоматологов за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения, воспитывается уважительное отношение к законам и другим нормативно-правовым ак-

там, как к основополагающему гаранту соблюдения прав, свобод и интересов граждан и общества.

Освоение модуля «управление качеством в стоматологии» способствует формированию у студентов стоматологического факультета понимания качественной стоматологической услуги во взаимодействии с принципами стандартов и протоколов ведения больных, прививает навыки алгоритмизации проведения ведомственной и вневедомственной экспертизы качества оказанной населению стоматологической помощи.

Обучение будущих врачей-стоматологов управленческим процессам в условиях государственной и частной практики осуществляется в разделе «менеджмент в стоматологии». Как известно, менеджмент в здравоохранении – искусство управлять интеллектуальными, финансовыми и материальными ресурсами медицинской организации в условиях рынка с целью их рационального использования для повышения качества медицинских услуг [1,5].

В рамках данного модуля у студентов формируются навыки управления персоналом, общения и взаимодействия с коллективом, коллегами, представителями правоохранительных органов и родственниками пациентов. В различных моделируемых ситуациях студенты учатся самостоятельно оценивать эффективность экономической деятельности стоматологической организации, принимать рациональные управленческие решения с учетом запросов потребителей стоматологических услуг и особенностей конкурентной среды.

В заключительном блоке дисциплины «маркетинг в стоматологии» будущие врачи-стоматологи осваивают основы предпринимательства и маркетинговой деятельности. Маркетинговое управление, по определению американской ассоциации маркетинга, – это процесс планирования и реализации концеп-

ции ценообразования, продвижения и распределения идей, товаров и услуг, направленных на осуществление обменов, удовлетворяющих как индивидуальные, так и организационные цели [2].

Студенты получают представление о механизмах работы на современном рынке здравоохранения и мерах стимулирования реализации стоматологических услуг, о методах рекламы и каналах продвижения услуг к потребителям, о маркетинговых аспектах фокусных направлений в стоматологии (дентальная имплантация, эндодонтия, эстетическая стоматология) и аутсорсинге в стоматологической организации.

Достаточно широкое использование на практических занятиях интерактивных технологий обучения (деловая игра, «круглый стол», составление учебных кроссвордов) позволяет активно развивать у студентов такие качества, как креативность, гибкость и оригинальность мышления, стимулировать потребность в совершенствовании студентами своей познавательной, коммуникативной и психологической компетентности, повышать их интеллектуальную самостоятельность и уверенность в себе [3].

Заложенный в данных формах обучения игровой принцип не только максимально персонализирует учебный процесс, давая студентам возможность продемонстрировать свой интеллектуальный и творческий потенциал, но и повышает чувствительность каждого участника к эмоциональным реакциям своих коллег и межличностным явлениям, позволяя в полной мере прочувствовать механизм командной деятельности. А именно эти качества, прежде всего, необходимы современному стоматологу-менеджеру, владеющему искусством предупреждения и разрешения этических проблем, адекватно оценивающим возникающие правоотношения при осуществлении профессиональной медицинской деятельности, эффективно управляющему

персоналом стоматологической организации.

К сожалению, серьезной проблемой, существенно осложняющей учебный процесс, является отсутствие утвержденной учебно-методической литературы, которая содержала бы информацию, касающуюся всех дидактических модулей дисциплины «этика, право и менеджмент в стоматологии» и отвечала бы требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности «стоматология». В связи с этим на кафедре разработан пакет учебно-методических материалов, призванных не только помочь студентам в освоении данной дисциплины, но и повысить эффективность их самостоятельной работы при выполнении заданий, как на практических занятиях, так и во внеаудиторное время.

Очевидно, что современный этап развития общества и экономики диктует качественно новые требования к системе высшего медицинского образования. Сегодня очень важно, чтобы будущие врачи в своей повседневной практике не только уверенно владели методами диагностики и лечения заболеваний, но и могли принимать эффективные управленческие решения на уровне конкретной медицинской организации или ее подразделения, руководствуясь при этом принципами морально-этических норм врача, знанием основ правовой культуры. Поэтому дисциплина, предусматривающая изучение вопросов этики, права и менеджмента в здравоохранении является чрезвычайно актуальной не только при подготовке стоматологов, но и врачей других специальностей. Вполне логичным, более того необходимым, было бы, на наш взгляд, введение подобной дисциплины в последующие государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по всем остальным специальностям.

Литература:

1. Базаров Т.Ю. Управление персоналом. Практикум: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Управление персоналом», «Менеджмент организации». М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2010. – 239 с.
2. Петрова Н.Г., Вишняков Н.И., Балочина С.А., Тептина Л.А. Основы маркетинга медицинских услуг: Учебное пособие. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008. – 112 с.
3. Редько А.Н., Пильщикова В.В., Васильев Ю.А. Оценка познавательной способности студентов при использовании интерактивных образовательных технологий / Международный журнал экспериментального образования. Материалы региональной межвузовской учебно-методической конференции с международным участием «Современное профессиональное образование: проблемы, тенденции, перспективы». Краснодар, 2014. - № 10. – С.255-258.
4. Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю. Пищита А.Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов. – Издание 2-е дополненное и переработанное. – Москва: РМА-ПО, ЦКБ РАН. – 2011. – 568 с.
5. Хохлова Т.П. Основы менеджмента: учебник и учебное пособие в схемах. М.: Экономистъ, 2008. – 414 с.

**СЕЛФИ-АДДИКЦИЯ:
БОЛЕЗНЬ ИЛИ СПОСОБ
САМОРЕАЛИЗАЦИИ**

Зурабян С., Брашован Е.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Селфи - слово не так давно вошедшее в лексикон русского языка, но так перевернувшее понятие фотографии,

а с ней и понятие адекватности восприятия действительности. Актуальность данного вопроса объяснима религиями времен: кто-то вечно выкладывает своих собачек и кошечек в социальные сети, кто-то не может обойтись без постоянных постов еды, которую он вкушает, а кто-то себя, любимого, лично запечатленного на телефон. Но если животные или еда не свидетельствуют ни о чем плохом, то страсть к "селфи" - уже диагноз... И с этим согласны не только психологи, но и уже психиатры, официально причислившие селфи аддикцию к заболеванию.

Но, прежде чем мы перейти непосредственно к рассмотрению самой страсти к селфи, как к психологическому заболеванию, обратим внимание на то, что вообще это такое, что обозначает и какие разновидности селфи существуют.

Селфи (selfie; от английского self - "сам", "само"; также распространены названия "себяшка", "самострел") - фотоавтопортрет, при котором человек фотографирует самого себя (делает "лук"; англ. look - "вид").

К разновидностям селфи относят :

- Лифтолук - снимок, сделанный в зеркало лифта; одно из самых популярных проявлений селфи;

- Туалетный лук - снимок, сделанный с помощью зеркала в ванной, туалете

- Дакфейс (английское duckface - "утиное лицо") - выражение, которое неосознанно придают лице девушки, старающейся выглядеть на будущем "самостреле" как можно более сексуальнее. Его основной нюанс - надутые и выпяченные вперед губы;

- Белфи (от английского butt - "попка" и selfie) - фотографирование своей пятой точки - Релфи (от английского relationship selfie - "селфи отношений") - фото с любимым человеком. Кстати, по мнению гарвардских социоло-

логов, этот вид фотографий раздражает подписчиков соцсетей больше других [1].

Если обратиться к истории, то самое первое в мире «селфи» было сделано в 1839 году

Самой старой в мире «селфи», то есть фотографией самого себя, признан снимок филадельфийского фотографа Роберта Корнелиуса, который был сделан примерно 175 лет тому назад. Так что, несмотря на то, что слово «селфи» только недавно вошло в употребление современного человека, люди делали подобные снимки еще задолго до нашего с появления.

Роберт Корнелиус, котрый являлся американским пионером в области фотографии, сделал это изображение благодаря весьма примитивному методу дагеротипической съемки, изобретенной французским художником, химиком и изобретателем Луи Дагером в 1838 году. Корнелиус использовал усовершенствованную дагеротипическую пластину, что позволило снизить время выдержки. [2]

В 2013-м году Оксфордский словарь английского языка назвал "селфи" словом года. И неспроста. Привычка фотографировать самого себя, чтобы потом запостить снимки в "Фейсбук", "Инстаграм" или "ВКонтакте", в последние год-полтора охватила весь мир. Помешательство на самострелах стало таким глобальным явлением, что им заинтересовались психологи. На днях американская психиатрическая ассоциация официально назвала селфи психологическим расстройством, пополнив медицину новым заболеванием - селфит.

Селфит - один из видов невроза навязчивых состояний, обсессивно-компульсивных расстройств. А теперь перевожу на человеческий язык. Это психическое расстройство, сопровождаемое навязчивыми идеями, мыслями, движениями.

Так когда же селфи перерастает в болезнь?

В настоящее время психологи предлагают направлять людей на лечение. Точнее, установив зависимость от "селфи", немедленно отправлять к психотерапевтам - чтобы те помогли поднять самооценку.

Психологи выяснили, что существует три вида самых распространенных селфи-расстройств.

1) Пограничный селфит - фотографирование себя 2-3 раза в день без особого желания выставить снимки в социальные сети.

2) Острый селфит - фотографирование себя минимум 3 раза в день и размещение фоток в соцсетях.

3) Хронический селфит - фотографирование в любой удобный момент с активным последующим размещением снимков в социальных сетях.

4) Пограничный селфит - это крайний вариант нормы, при котором уже стоит задуматься: что тебя не устраивает в собственной жизни, что тревожит? А вот если заболевание переходит в острую или тем более хроническую форму, перебарывать свою лень и срочно сдаваться профессиональному душеведу - уже обязательно. Пусть научит тебя, горе ты луковое, любить себя таким, какой ты есть. Причем, есть в реальности, а не на отфотошопленном снимке [1].

Как выясняется, активно фотографировать самих себя - это не только приятно, но и маниакально. Селфит - один из видов невроза навязчивых состояний (обсессивно-компульсивных расстройств), когда человеку снова и снова требуется подтверждение: "А я хорош! Ведь правда хорош? Ну, скажите, что правда! По мнению психологов, размещение удачных селфи в соцсетях - яркий симптом сразу двух комплексов: во-первых заниженной самооценки, во-вторых - острой нехватки живого обще-

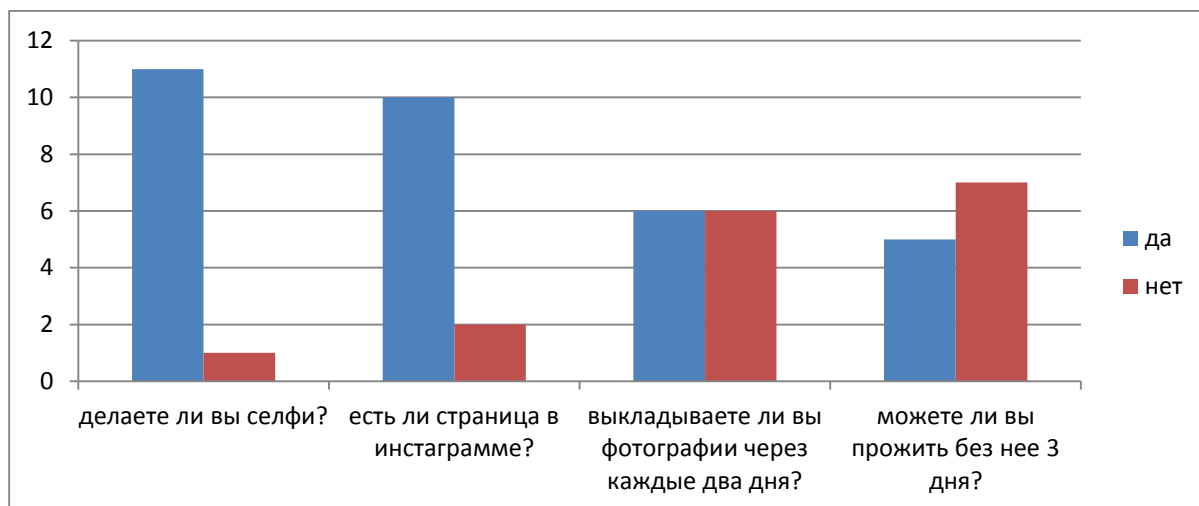
ния. Каждый "лайк", появляющийся под выставленным фото, воспринимается авторами селфи, как похвала и успех в обществе. Однако, со временем эта похвала превращается в жизненную необходимость: и не получив очередную дозу "лайков", селфи -зависимый испытывает так называемую психологическую ломку - грустит, злится, не находит себе места, в общем испытывает стресс.

Когда-то ученые провели интересный эксперимент: вживили в зону удовольствия в мозге крыс стимулирующий электрод и подключили его к кнопке. Когда крыса жала на кнопку, то получала удовольствие, жала опять... Люде же снова и снова жмут "спуск" на смартфоне, ставшим для них источником удовольствия. Крысы заканчивали тем, что

отказывались ради кнопки от еды и воды - и в конце концов погибали. А люди...

Одним из примеров служит история 19-летнего Денни Боумана, не покидавшего свой дом в течение 6 месяцев и потерявшим более 12 кг, желая сделать себя как можно лучше на сэлфи фото. Он даже пытался покончить собой, когда решил, что у него не получается. Денни проводил по 10 часов, делая по 200 снимков на своем i-phone. После неудачных (по его мнению) попыток он принял увеличенную дозу наркотиков, но был спасен и сейчас проходит лечение в больнице [3].

Мы провели опрос среди первого и второго курсов нашего института. Всего было опрошено 100 учащихся, из них которых 54 мальчиков и 66 девочек.



По результатам опроса, мы можем сказать, что наибольшие проявления селфи- зависимости проявляются у лиц женского пола молодого поколения, в основной массе даже не представляющих и нескольких дней без этого процесса самолюбования, подтвержденные восторженными лайками и комментариями.

Я не являюсь селфи-зависимой и понимаю, что в зависимость можно попасть лишь по своей воле, так же, как и выйти из нее.

Литература:

1. **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**
2. <http://earth-chronicles.ru/news/2014-03-16-61559>
3. <http://www.mirror.co.uk/news/real-life-stories/selfie-addict-took-two-hundred-3273819>

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ
ПОДГОТОВКИ ОРГАНИЗАТОРОВ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА
ФАКУЛЬТЕТЕ ПОВЫШЕНИЯ**

КВАЛИФИКАЦИИ**МАОУ ВПО КММИВСО**

Ильченко Г.В., Шаповалов К.В.,

Калинина Е.А., Ищенко О.Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Одной из задач принятого Постановления Правительства РФ № 295 от 15 апреля 2014 государственной программы Российской Федерации "Развитие образования" на 2013 - 2020 годы, является: формирование системы непрерывного образования, подготовки и переподготовки профессиональных кадров, включая развитие региональных систем непрерывного образования. В результате выполнения работы Дмитрием Медведевым подписано распоряжение от 31 марта 2014 года № 487 – р «Об утверждении комплексного плана мероприятий по разработке профессиональных стандартов». Планом создаются условия для координации деятельности работодателей, образовательных организаций, профсоюзов, государственных органов власти по выработке основных направлений политики в сфере развития профессиональных квалификаций, в том числе на основе разработки современных профессиональных стандартов, повышения эффективности подготовки кадров, внедрения независимой оценки квалификаций.

Реформа сестринского образования и сестринского дела в России, уровни и темпы развития медицинской науки, внедрение новых медицинских и педагогических технологий, а также международный опыт требует обратить внимание на подготовку, прежде всего, административно-управленческих кадров. За последние годы Министерством здравоохранения России совместно с территориальными органами управле-

ния здравоохранения и Ассоциацией медсестер России проводится активная работа по возрождению сестринской профессии, и ее социальной значимости. Издан ряд приказов Минздрава РФ: № 390 от 31.12.97г. «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации». Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. установила новые требования к модернизации и развитию сестринского дела. Программой развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 гг. одной из приоритетных задач определено развитие системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения.

Это предопределило цель и задачи настоящей работы.

Цель работы изучить организацию последипломной подготовки организаторов сестринского дела на факультете повышения квалификации МАОУ ВПО КММИВСО.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи исследования:

1. Изучить передовой практический опыт деятельности организаторов сестринского дела в повышении квалификации сестринского персонала;

2. Проанализировать состояние существующей системы последипломной профессиональной подготовки организаторов сестринского дела в МАОУ ВПО КММИВСО;

3. Провести социологический опрос на предмет изучения эффективности и повышения качества предоставляемых услуг.

4. Разработать мероприятия по совершенствованию последипломного образования.

Проанализированные теоретические источники в области деятельности организаторов сестринского дела пока-

зали, что развитие идет в соответствии с общегосударственной политикой реформирования здравоохранения. Одной из позитивных тенденций его совершенствования является сформированная система многоуровневого образования. Изменения в области здравоохранения увеличивают потребность в организационном руководстве и административных знаниях, что определяет уровень требований к профессиональным характеристикам организаторов сестринского дела. Поэтому программы последипломного образования ориентированы на создание системы многоуровневого повышения квалификации, которое не только гарантирует поддержание имеющихся знаний и умений в соответствии с требованием времени, но и совершенствует мастерство специалистов согласно стандартам профессиональной квалификации. Постоянное обновление, пополнение и совершенствование знаний – необходимые условия повышения квалификации современных специалистов сестринского дела.

Базой исследования является МАОУ ВПО Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования, организованный постановлением главы администрации г. Краснодара от 13 мая 1996 года.

В состав института на правах структурных подразделений входят 5 факультетов, 7 кафедр.

На 7 кафедрах трудятся 2 доктора наук и 25 кандидатов наук, в том числе Заслуженный учитель РФ, Заслуженный деятель науки РФ, Отличник здравоохранения РФ, Заслуженный работник здравоохранения РФ, два Почетных работника высшего профессионального образования, пять Заслуженных работников здравоохранения Кубани. Вуз обладает кадровым потенциалом, способным успешно решать по-

ставленные задачи и обеспечивать дальнейшее развитие.

МАОУ ВПО «КММИВСО» сегодня – это многопрофильный вуз, обеспечивающий подготовку по медицинским и социально-экономическим специальностям, переподготовку и повышение квалификации специалистов со средним и высшим мед. образованием. За последние 5 лет вузом подготовлено более 1,5 тыс. специалистов, различные формы последипломной подготовки прошли более 11 тыс. специалистов. Институт проводит прикладные исследования, активно развивает информационные системы и инновационные технологии.

Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования создан приказом ректора на основании решения Ученого Совета КММИВСО лицензии и последующего уведомления Управления здравоохранения администрации г. Краснодара.

В Краснодарском крае в 2012 году согласно данным Росстата работало 47 тыс. человек среднего медицинского персонала и каждые 5 лет им необходимо повышение квалификации. Ежегодно КММИВСО выпускает большое количество выпускников, которые являются одними из основных покупателей этих услуг.

Проводится последипломное образование для выпускников, имеющих высшее профессиональное образование по специальности «Сестринское дело», квалификация «Менеджер»:

- послевузовская подготовка (интернатура) по специальности 060109 «Управление сестринской деятельностью»:

- усовершенствование "Управление сестринской деятельностью" срок обучения 1 месяц.

имеющих среднее профессиональное образование по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело» «Стоматология», «Стоматология ортопедическая», «Медико-профилактическое дело», а так же «Сестринское дело». Формы и методы преподавательской деятельности подчинены задаче качественного усвоения тех требований, которые предъявляются к медицинским работникам со средним образованием. Основной путь решения этой проблемы – реализация концепции воспитывающего и развивающего обучения в сочетании с инновационными формами работы профессорско-

преподавательского состава.

В результате анализа деятельности за период 2010- 2013 гг. количество слушателей, прошедших обучение по специальностям, составило 9749 человек; для них были организованы циклы по специальностям и выдано 8693 сертификатов. Спрос на циклы последипломного образования для повышения квалификации специалистов отрасли вырос за четыре года на 16%. Это дает дополнительные финансовые возможности для института и ФПК. Например первичные специализации на ФПК за 2010-2013 гг. (рис.1).

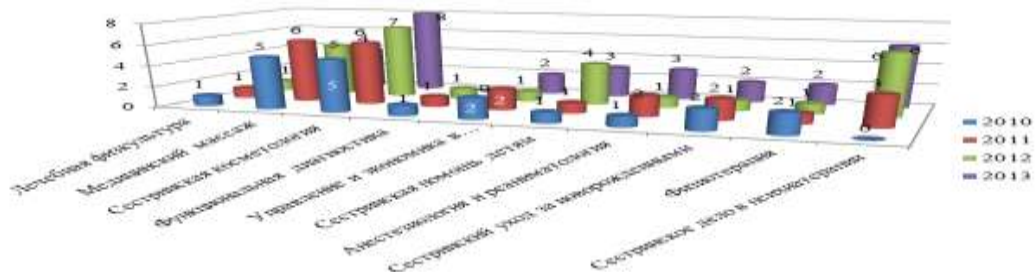


Рис. 1 Первичные специализации на ФПК за 2010-2013 гг.

Из диаграммы видно, что большим спросом пользуются циклы «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии».

Существует циклы усовершенствования руководителей органов и

учреждений здравоохранения и тематические планы к ним. К циклам усовершенствования относят цикла «Управление и экономика в здравоохранении», «Современные аспекты управления экономики в здравоохранении» (Рис.2).

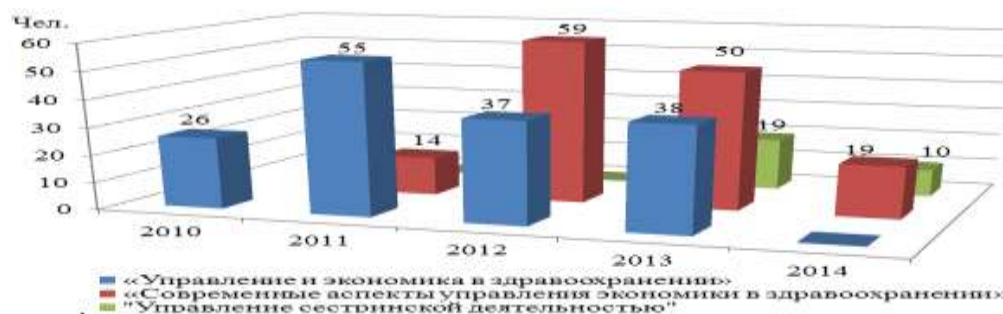


Рис. 2 Количество слушателей цикла «Управление и экономика в здравоохранении» «Современные аспекты управления экономики в здравоохранении», «Управление сестринской деятельностью» за 2010-2014 гг.

Полученные данные позволяют сказать: самой большой популярностью

пользовался цикл «Управление и экономика в здравоохранении» в 2011 г.

количество слушателей составило 55 чел. Популярность цикла «Современные аспекты управления экономики в здравоохранении» была выше в 2012 г., количество слушателей составило 59 чел.

Большинство слушателей цикла «Управление и экономика в здравоохранении» и «Современные аспекты управления экономики в здравоохранении» работают в Муниципальных бюджетных учреждениях здравоохранения г. Краснодара. Большинство слушателей циклов «Управление сестринской деятельностью» были направлены из Государственных бюджетных учреждений здравоохранения. Высшее образование имеют большинство респондентов – 50% и стаж более 5 лет – 68%.

Для изучения эффективности и повышения качества предоставляемых услуг использовалась анкета, разработанная Первым МГМУ им. И.М. Сеченова. В анкете предложено 8 вопросов. Статистическая обработка результатов исследования показала, что студенты удовлетворены предоставляемыми услугами на 100% и дали хорошую оценку организации учебного процесса ФПК. Большинство выделили компетенции «умение работать в команде», «знание инновационных медицинских технологий», «исследовательские навыки», которым нужно уделить больше внимания в период обучения на ФПК. При этом отношения с преподавателями слушатели построили, как с хорошими администраторами и организаторами и как взаимно - творческие. А факторы, в наибольшей степени, способствующие учебным успехам на ФПК - «качество преподавания» и «стремление к глубоким и прочным знаниям».

Данные выводы позволили сформулировать предложения:

- В программах последипломной подготовки менеджеров сестринского дела уделять больше внимания задачам

реформирования сестринской практики.

- Проводить работу по созданию программ профессионального развития мед. сестёр на модульной основе.

- В программах последипломного профессионального образования внедрять пациентоориентированную модель.

Литература:

1. Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал экспериментального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознания, 2014 (10), 41-45.
2. Бирлидис Г.В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников: учебник/ Г. В. Бирлидис, И.И. Ремизов, Е.П. Калининченко; под ред. И.В. Ремизова. – 2-е издание. – Ростов н/Д : Феникс, 2008.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. Учеб. - М.: ГЭОТАР - медиа. 2013

ИГРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Ищенко В. И.

Социолог, журналист, разработчик проекта 3D image, представитель Лоррай Инвестмент Инк. в Восточной Европе Киев, Украина

Объективно формирующаяся в условиях информационного общества новая дидактическая модель обучения основана на компетентностной образовательной парадигме, предполагающая участие в образовательном процессе всех участников с целью формирования мотивированной компетентной личности, способной легко ориентироваться в быстро изменяющемся мире. В соответ-

ствии с ней обучающиеся должны получать, использовать и создавать разнообразную информацию. Это помогает им решать жизненные проблемы и принимать обоснованные решения. Этим современная творческая модель обучения отличается от других моделей «усвоения готовых знаний», «обучения преодоления трудностей» и др.

Новый стандарт акцентирует внимание преподавателей на необходимости использовать современные образовательные технологии, которые могут обеспечить развитие студентов. Не случайно, именно использование передовых технологий становится важнейшим критерием успешности преподавателя. Благодаря им на занятиях разворачивается познавательная деятельность, требующая напряжения сил и продуктивно влияющая на мышление.

Современные дети растут быстро. Они очень быстро начинают ориентироваться в окружающей среде. Быстрее обучаются политической деятельности между «Да» мамы и «Нет» папы или наоборот. Дети формируют коалиции с бабушками и дедушками и, несмотря на отсутствие в школе предмета «Боксология» (от англ. слова «box»), быстрее разбираются со всеми «умными» коробочками в доме: компьютерами, стиральными машинами, СВЧ-печками, мобильниками и даже автомобилями. Поэтому, с целью развития и саморазвития личности исходя из индивидуальных особенностей, оправдано применение на занятиях игровых технологий, позволяющих решать ряд задач:

- дидактических (расширять знания, формировать умения, навыки, представления, рационализировать идеи и др.);
- развивающих (развивать внимание, речь, мышление, память, синтезировать закономерности, принимать решения и др.);

- воспитывающих (моделировать нравственные установки, формировать мировоззренческие позиции и др.);

- социализирующих (адаптировать в общественной среде, изучая нормы и ценности общества и др.).

Увлечение различными экзистенциальными теориями привело к тому, что ученые уверовали в возможность стратификации и корреляции с другими данными человека. Забывая при этом о том, что внутренний мир человека отражает лишь слово сказанное. Осторожное и справедливое обращение со словами, таким важным проявлением личности, выражающим отношение к науке, миру, другим людям.

Интерес молодых людей к словам развивает у них потребность к познанию различных понятий, которые стоят за определениями в словах. Есть личности, которые не понимают – зачем нужны синонимы одних и тех же понятий.

Опробованная педагогическая игровая технология, подразумевающая использование игры «Злата Буква», помогла сконцентрировать внимание на сложной терминологии. Когда-то играли в подобную игру, когда не нужно было писать скучную лекцию. Благодаря этой простой игре запас слов растет каждый день и отшлифовывается мастерство владения профессиональными терминами.

Преподаватель является лицом, заинтересованным в развитии словарного запаса людей, развития способов коммуникации людей. Тем ни менее, это разнообразие позволяет реализовать естественное желание играть, сделать эту форму менее затратной для бюджета организации, извлечь пользу в получении образования, коммуникабельности с другими людьми.

В отличие от кроссворда в «злату букву» нужно играть вдвоем или команда на команду. Правила очень просты. Вы рисуете таблицу пять на пять клето-

чек и вписываете любое слово из пяти букв по горизонтали в центральную графу таблицы. Это слово должно быть удобным для придумывания новых слов (добавляя по одной букве в таблицу). В такой таблице (5x5) у вас будет по 10 ходов с каждой стороны, победит тот, чья сумма букв в придуманных словах будет больше. В продолжительном путешествии вы сможете играть в таблице 10 на 10, и тогда у вас будет по 45 ходов с каждой стороны, обычно вписывали слово «Республика».

Данная игра помогает развить не только внимание, мышление, память, но и внедрить инновационные процессы в образование. Традиционный подход обучения предполагает, что обучающийся используя компьютер, решает задание в соответствии с программным обеспечением. Здесь же не только самостоятельно ставится задача, но и находятся способы её решения. Возможно установление дополнительного условия и решение в рамках одной дисциплины. Личностно-ориентированное образование позволяет использовать разный уровень нагрузки для каждого обучающегося.

В компьютерном варианте расширенную версию настольной игры «Балда» или «Злата Буква» можно найти по ссылке: <https://vk.com/balda39>.

**ФОРМИРОВАНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ
КУЛЬТУРЫ СПЕЦИАЛИСТА В
МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НА ПРИМЕРЕ ВНЕДРЕНИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
КОМПЕТЕНЦИИ «СПОСОБНОСТЬ
И ГОТОВНОСТЬ К ОРГАНИЗАЦИИ
СЕСТРИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ**

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Ищенко О.Ю., Калинина Е.А.,
*Марьина А.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»*

Краснодар, Россия

**ГБУ СО Краснодарского края
"Северский психоневрологический
интернат"*

*Краснодарский край, ст.Северская,
Россия*

Качество образования, отвечающего требованиям государственных и мировых стандартов, обусловлено интегративностью изучения материала и внедрением его специалистами. Рыночная экономика предъявляет принципиально иные требования к качеству знаний выпускников образовательных учреждений.

Современный рынок требует постоянного создания и внедрения в деятельность медицинских учреждений новых методов управления, организации и контроля. Поэтому готовность специалиста работать в этой системе обусловлена его профессиональной подготовкой. Складывающиеся определённые компетенции позволяют на практике обосновывать и осуществлять действия по рациональной организации и управлению структурой. Важным компонентом профессиональной подготовки специалиста является исследовательская деятельность. Благодаря ей, закладываются основы научной организации труда, формируются определенные знания и умения, аналитические навыки и, как следствие, востребованность специалиста возрастает. Таким образом, процесс формирования основ исследовательской культуры является доминирующим в процессе профессиональной подготовки специалиста.

Цель работы:

Определить изучение формирования профессионально-исследовательской культуры специалиста в многоуровневой системе медицинского образования при изучении дисциплин кафедры ОЗЗ на примере профессиональной компетенции «Способность и готовность к организации сестринского обеспечения реабилитационной работы в учреждениях здравоохранения».

Гипотеза исследования: знания, полученные в многоуровневой системе мед-образования при изучении дисциплин кафедры ОЗЗ, в значительной степени определили эффективность формирования профессионально-исследовательской культуры специалиста.

Для проверки выдвинутой гипотезы необходимо было решить следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические основы данной темы в литературе современных российских и зарубежных авторов.
2. Проследить формирование профессиональной компетенции «Способность и готовность к организации сест-

ринского обеспечения реабилитационной работы в учреждениях здравоохранения» в многоуровневой системе мед образования при изучении дисциплин кафедры ОЗЗ.

3. Проанализировать деятельность ГБУ СО КК "Северский ПНИ".

4. Изучить работу коллектива ГБУ СО КК "Северский ПНИ".

5. Сделать выводы и создать рекомендации по организации сестринского обеспечения реабилитационной работы в данном учреждении здравоохранения.

Структура обучения по специальности «Сестринское дело» подразумевает формирование профессиональной компетенции (ПК-6) «способность и готовность к организации сестринского обеспечения реабилитационной работы в учреждениях здравоохранения» в Б.3 Вариативной части, где знания, умения, навыки определяются ООП вуза. В профессиональном цикле (трудоемкость, зачетные единицы 120-130), в базовой части (85-90 единиц) являющейся общей для всех. В разделе «Общепрофессиональные дисциплины» (40-50) (Рис. 1).



Рис. 1 Структура обучения по специальности «Сестринское дело»

Формирование профессионально-исследовательской культуры специалиста рассмотрено в исследовании проводимое на базе ГБУ СО Краснодарского края "Северский психоневрологический интернат". Учреждение административно принадлежит Департаменту социальной защиты населения Краснодарского края. В структуре находится два корпуса: административный и второй непо-

средственно интерната. При интернате работают три лечебно-трудовых мастерских: швейная, обувная, столярная.

Данные за три последних года, показывают перевыполнение плана по количеству обслуженных лиц, при плановой нагрузке в 510 человек в год. Спрос на услуги психоневрологического интерната устойчиво высокий и нужно увеличивать мощности лечебного учре-

ждения. Средняя стоимость содержания 1 проживающего в месяц в 2014 году составляет 9319 руб.

Рассмотренный возрастно-половой состав проживающих показывает, что большинство находятся в возрасте от 18 до 59 лет. Поэтому число занятых трудовыми процессами в 2014 году по назначению врача составило 138 человек. Профиль заболевания опекаемых – психиатрия. Из диаграммы структуры заболеваемости можно сказать, что большинство пациентов находится с заболеванием шизофрения – 40%.

Число штатных единиц в соответствии с штатным расписанием составляет 449 человек. Укомплектованность кадрами - 97,8%. Сделан вывод о недоукомплектованности врачебными кадрами и, в большей степени, средним медперсоналом.

Реализация компетенции «способность и готовность к организации сестринского обеспечения реабилитационной работы в учреждениях здравоохранения» рассмотрена на примере рационального использования ресурса рабочего времени медицинских сестер и способности обеспечить сестринскую организацию разнообразных форм реабилитационной работы в ГБУ СО КК "Северский ПНИ» кабинета физиотерапевтического лечения.

Для начала изучили мотивационные факторы, влияющие на деятельность сотрудников. Респондентами стали медработники Бригады №9.

Ведущие позиции всеми респондентами отданы факторам «высокая заработная плата» и «гарантия занятости». Самую низкую оценку получили факторы, связанные с продвижением по службе. Соответственно работодатель, зная лидирующие факторы вправе требовать высокое качество предоставляемых услуг и увеличение количества предоставляемых услуг. Для этого ему нужна статистика рационального использова-

ния ресурса рабочего времени медицинских сестер. Этот анализ можно провести с помощью методов фотохронометража. Изучение нагрузки мед. сестры физиотерапевтического кабинета за 2013 год показали, что в день она принимает в среднем 6,7 чел. Большая нагрузка возникает осенне - зимний период.

Детальный анализ данных хронометража показал, основная деятельность соответствует избранному стандарту. Мало времени уделяется общению с пациентами и их семьями менее 30 мин в день, что может повлиять на их удовлетворённость услугой и соответственно качество предоставляемых услуг. Включение в штат должности младшей медсестры позволит увеличить время, затрачиваемое на общение с пациентом, минимум на 10-20%.

В дальнейшем нужно анализировать эффективность работы сотрудников постоянно, в автоматическом режиме и оптимизировать работу в учреждении по результатам анализа: возможность определять структуру выполняемых работником функций, затраты времени, выявлять потери рабочего времени, сравнивать продуктивность работы сотрудников.

Для лучшего планирования, контроля и рационального распределения времени в современном мире существуют технологии, которые можно успешно применять на практике в лечебном учреждении. Например, с помощью онлайн-органайзера Time Master. Внедрить систему хронометража рабочего времени сотрудников — контролировать качество работы сотрудников в течение дня, продуктивное и непродуктивное время поможет так же программа Soroka Statistic. С помощью этой программы руководители будут получать ежедневные и еженедельные отчеты с подробнейшей информацией о деятельности сотрудников. Но легче всего

пользоваться самой распространённой программой Microsoft Outlook с помощью календаря встроенного в эту программу очень легко планировать день, месяц, и более. Там можно расписать назначенное лечение, применяемые услуги.

Внедрение системы хронометража рабочего времени поможет ускорить ежедневную работу, задачи будут выполняться оперативнее. В свободное время проводимый анализ своей работы, помогает принимать меры по увеличению эффективности работы уже на основании данных программы автоматического ведения хронометража рабочего времени.

Выводы:

Создана схема формирования компетенции на кафедре Общественного здоровья и здравоохранения КММИВСО.

Реализована возможность использования полученных знаний непосредственно в практической деятельности, обогатив их индивидуальным опытом и своеобразием.

Профессиональная деятельность требует умения познавать, проектировать, моделировать и на основе этого определять наиболее целесообразные способы решения проблем. Специалисты, приходящие в отрасль должны понимать эти процессы, позволяющим им адекватно изменяться изменяющейся внешней среде.

Литература:

1. Аслоньянц А.М., Ищенко О.Ю., Ищенко А.А. Использование модульно-компетентностной технологии преподавателем дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». Международный журнал экспериментального образования, №10. –2014. С.41-45
2. Ильченко Г.В., Ищенко О.Ю. Козленко А.В. Мотивационные детерминанты в деятельности коллектива меди-

цинских работников МБУ «Славянская ЦРБ». Международный журнал экспериментального образования, №10. – 2014. С.140-142.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИТОЛА НА СЛИЗЕВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кгузенко И.В., Пархоменко Ю.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Серотониновым структурам принадлежит важная роль в регуляции фундаментальных функций органов пищеварения: трофики, моторики, кровообращения. Вместе с тем данные литературы о влиянии серотонина на продукцию основных компонентов желудочного секрета скудны и весьма противоречивы. Проблему актуализируют полярные мнения о роли серотонина в процессе язвообразования. Одни авторы относят этот амин к активным язвотропным агентам, другие исследователи такой эффект отрицают, а третьи описывают даже положительное влияние серотонина на течение язвенной болезни [1-4]. Вопрос об участии серотониновых структур в регуляции упруговязких (реологических) свойств пристеночной слизи, которые в значительной мере определяют циторотективный потенциал слизистой оболочки желудка, до сих пор вообще не рассматривался. Поэтому целью настоящей работы явилось изучение влияния антисеротонинового средства перитола на количественные и качественные параметры желудочного слизевого выделения и оценка возможностей его использования для укрепления слизистого барьера желудка при язвенной болезни.

Эффект однократной терапевтической дозы перитола (4 мг внутривенно-

дочно) на секреторную деятельность желудка изучали у 56 больных дуоденальной язвой (44 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 17 до 56 лет. В их числе было 39 человек с неосложненной формой заболевания и 17 – с геморрагическими осложнениями (в анамнезе). Контрольную группу составили 23 практически здоровых лица (12 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 48 лет.

Секреторную деятельность желудка исследовали утром натощак после 12–14 часового голодания и через 24–48 часов после отмены медикаментозных средств. У каждого больного было получено письменное согласие на проведение исследования. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра "RHEOTEST-2" (Германия); при этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см²) и два значения эффективной вязкости: при низкой скорости сдвига ($D=11,1 \text{ с}^{-1}$), когда структура геля остается интактной (ЭВ₁, сП), а также при высокой скорости сдвигового течения ($D=4860 \text{ с}^{-1}$), когда структура геля полностью разрушается (ЭВ₂, сП). Кроме того, в желудочном соке определяли общий объем секрета, кислотность, активность пепсина, содержание общего и неперсина белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи, а также рассчитывали выработку упомянутых ингредиентов за 1 час.

Установлено, что у больных дуоденальной язвой существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи: ПУ – в среднем в 1,6 раза ($336 \pm 19,6$ дин/см² против $544 \pm 27,1$ дин/см² у здоровых), ЭВ₁ – в 1,8 раза ($1756 \pm 126,3$ сП против $3234 \pm 162,2$ сП у здоровых), ЭВ₂ – в 1,5 раза ($12,1 \pm 0,5$ сП против $17,9 \pm 1,2$ сП у здоровых: здесь и далее приведены

только статистически значимые сдвиги, $p < 0,05$).

Статистический анализ полученных материалов свидетельствует, что блокада серотиновых рецепторов перитолом у больных дуоденальной язвой сопровождается выраженным увеличением упруговязких свойств желудочной слизи: ПУ возрастает в среднем на 95,8 %, ($336 \pm 19,6$ дин/см² до $658 \pm 22,8$ дин/см²), ЭВ₁ – на 70,0 % ($1756 \pm 126,3$ сП до $2986 \pm 169,5$ сП), а ЭВ₂ – на 45,5 % ($12,1 \pm 0,50$ сП до $17,6 \pm 0,53$ сП). При этом сниженные в исходном состоянии реологические параметры слизи после приема препарата достигают нормальных значений у подавляющего большинства больных. Так, ПУ в базальном состоянии был ниже нижней границы нормы (300 дин/см²) у 32 (57 %) больных, а после воздействия перитолом – только у 5 (9 %). ЭВ₁ не достигала нижней границы нормы (1800 сП) у 37 (66 %), а после приема препарата – лишь у 7 (12 %) пациентов. ЭВ₂ превысила нижнюю границу нормы (8 сП) у всех 7 больных, у которых она в исходном состоянии была снижена. Небольшое снижение упруговязких свойств желудочной слизи наблюдалось только у 2 (4 %) из 56 больных.

Кроме того, перитол статистически достоверно снижает общий объем секрета (в среднем на 29,9 %), базальную выработку кислоты (в среднем на 23,4 %), пепсина (в среднем на 16,4 %) и неперсина белка (в среднем на 47,4 %).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что посредством серотониновых рецепторов контролируется выделение мукоцитами желудка низкомолекулярных гликопротеинов, обладающих недостаточными вязкостными и гелеформирующими свойствами, которые не обеспечивают адекватную защиту слизистой оболочки от повреждающего действия агрессив-

ного желудочного секрета. Блокатор серотониновых рецепторов D-типа перитол оказывает корректирующее действие на патологически измененные упруговязкие параметры желудочной слизи, снижает базальную продукцию кислоты, пепсина, непепсинного белка и, следовательно, может использоваться для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. О нарушениях серотонинергической регуляции слизевого выделительной деятельности желудка при язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – № 2, С. 39–40.
2. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Влияние перитола на слизевого выделительную деятельность желудка при язвенной болезни // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. – № 2. – С. 4.

**ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ
КАК ОДНА ИЗ ОСНОВ
НРАВСТВЕННОГО
ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ**

Киргуева Р.А., Губарева А.Н.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

«Гордиться славою своих предков не только можно, но и должно; не уважать оной есть постыдное малодушие...»

А.С.Пушкин

Современная молодежь, и студенческая среда в частности, к сожалению, практически лишена знаний и непосредственно возможности соприкосновения с историей и историческим наследием нашей страны. Чем более современное поколение отдалается от прошлого, тем

острее встает вопрос об исторической памяти нынешнего поколения. Знания о прошлом обеспечивают передачу моральных и идейных ценностей, а также ориентацию в историческом времени и социальном пространстве. В этом и заключается значимость исторического сознания, являющегося мощным регулятором общественной жизни.

В этом году наша страна отмечает 70-летие со дня Победы в Великой Отечественной войне. Победа, пропахшая порохом, кровью и болью, далась очень тяжелой ценой. Более 27 миллионов жизней было потеряно в ходе этой жесточайшей войны, войны и победы, к которой наш народ шел долгих 1418 дней и ночей. Забыть эту дату невозможно, день, когда последующим поколениям была дана возможность мирного существования, созидания и развития. Историческая память россиян о Великой Отечественной войне была одним из действенных рычагов подъема национального самосознания и патриотически-нравственного воспитания молодежи. Ослабление этого рычага в последние десятилетия вызывает настороженность и тревогу.

Что же такое историческая память? В целом, историческую память можно определить как способность общественных субъектов сохранять и передавать из поколения в поколение знаний о произошедших исторических событиях, об исторических деталях ушедших эпох, о своих национальных героях...

На процесс формирования исторического сознания современной молодежи влияют такие факторы, как социально-экономические условия развития российского общества, идеологические установки, уровень образования в средней и высшей школе, отношение к истории в целом, деятельность средств массовой информации и многое другое.

Систематическая и целенаправленная деятельность по формированию

исторической памяти у студентов тесно связана с их нравственным воспитанием. Студентам важно развивать способность хранить и осмысливать собственный опыт и опыт предшествующих поколений. Поэтому нам важно было понять, насколько велико отражение памяти о Великой Отечественной войне в представлениях, знаниях, образах, эмоциях и чувствах студентов. Здесь берется в основу восстановление событий, запечатленных в личном опыте или опыте родных, знакомых и друзей студентов. Часто в поисках дополнительного материала студенты обращаются к семейным архивам. Разбирая фотографии, беседуя с родителями, учащиеся черпают примеры героизма конкретных людей, своих родных и близких. Так у них формируется чувство гордости за свою страну, за свой народ.

В ходе беседы со студентами выявились следующие историко-биографические факты из жизни одного из тысячи героев Великой Отечественной войны, прадедушки одной из многих студенток, изъявивших желание поделиться историей и судьбой своего героя, своего прадеда. Герой войны, Быков Гавриил Харитонович (1906-1993), родился в Харьковской области в селе Бороево. В возрасте 8 лет переехал с семьей в Ставропольский край, Георгиевский район, село Знаменское. В то тяжелое время проучился в школе три класса. Позже, в 1927 году, переехал в город Грозный, где женился на Быковой Пелагее. Жена родила ему 6 детей (три мальчика и три девочки). Когда началась военная действия, он был призван на войну РВК города Грозного в июне 1941 года. Ушел на фронт в августе 1941 года, где служил в должности электромеханик-шофер. Закончил войну в Венгрии в городе Будапешт. Оставался там до 1947 года. Был награжден дважды за отвагу (6.05.1945г) и (23.05.1945г.). В 30-летний юбилей победы вместе с другими солда-

тами, которые застали победу в Венгрии, отправился на поезде в город Будапешт, где провел неделю в честь юбилея. После войны стал отцом еще одного мальчика. Сейчас у него 13 внуков и 20 правнуков (в том числе и я). До пенсии работал водителем. За год до своей смерти переехал в Краснодарский Край.

Другой прадед, Грицук Василий Иванович (1897-...), родился в городе Владикавказ (бывш. Орджоникидзе). Был направлен на службу в город-герой Грозный. В возрасте 21 года стал участником 100-дневных боев за власть в Грозном (август-ноябрь 1918 г.). В 1927 году женился на Мегаевой Тамаре Мелькумовне. В 1929 году родился первый сын. В 1937 году родился младший сын. До самого призыва служил в НКВД, призван на фронт 25.01.1941, пропал в августе 1942 года в городе Севастополь...

Таких «живых» историй, биографий очень много и помогая молодому поколению воссоздавать картины прошлого, мы обогащаем их морально-нравственные качества. Студенты должны уметь рассуждать, обсуждать, анализировать и делать выводы. Нынешнее поколение должно понимать и осознавать, что мы в неоплатном долгу перед теми, кто остался на полях сражений, перед теми, кто вернулся, обеспечив нам мирную, спокойную жизнь. Именно поэтому наш долг - помнить о тех суровых днях и героях войны.

Изучение истории Великой отечественной войны с опорой на источники - воспоминания ветеранов войны и труда - позволяет усилить нравственный потенциал студентов. Актуальность сохранения памяти о победителях - солдатах, офицерах, тружениках тыла - продиктована необходимостью формирования у студентов патриотизма и чувства любви к Родине, чувства гордости за свою малую Родину, за своих земляков.

Каждый уходящий год все более и более отдаляет нас от событий великой Отечественной войны. Многие из воинов-победителей уже ушли из жизни, скорбный список погибших солдат ежегодно пополняется новыми именами. Уходят живые свидетели той страшной эпохи, унося с собой память, неповторимые и важные подробности истории... Человеческая мудрость гласит: «Только та страна, в которой люди помнят о своем прошлом, достойна будущего».

Литература:

1. Киргуева Р.А. Педагогические идеи и концептуальные основы нравственного воспитания школьников в творческом наследии ученого-педагога В.Е. Гурина: дис. ... канд. филол. наук. Майкоп, 2008. - 184 с.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ

Климанова В.Е., Чалов В.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В настоящее время достаточно остро стоит проблема повышения эффективности обучения молодых специалистов. Существенно увеличиваются объемы и сложность материала, который необходимо усвоить студентам для полноценного овладения своей профессией. При этом важным фактором в процессе обучения являются разного рода экзаменационные испытания, призванные оценить качество усвоения студентами учебного материала. Усложнение учебных программ, повышение ответственности за результаты своей учебной деятельности приводит к

усилению нервно-психического напряжения обучающихся.

Объектом исследования является стресс, как состояние эмоциональной напряженности, у студентов в период сдачи экзаменов.

Предметом исследования стали копинг стратегии в стрессовых ситуациях у студентов в период сессии.

Целью исследования стало исследование стрессовых состояний студентов и причины их возникновения в экзаменационный период, и изучение способов их преодоления.

Исходя из поставленных целей были поставлены следующие задачи:

1. Осуществить теоретический анализ источников по проблеме актуализации стрессовых состояний в экстраординарных ситуациях, и в частности, возникновение таких состояний у студентов в период сессии.

2. Подобрать диагностические процедуры, способствующие изучению стрессовых состояний и копинг стратегий, как способов преодолений этих состояний.

3. Провести эмпирические исследования по методикам способствующим изучению стрессовых состояний у студентов способом совладающего поведения в экзаменационный период.

4. Осуществить анализ и интерпретацию результатов теоретического и эмпирического исследований, для определения возможных методов и средств коррекции стрессовых состояний.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что в большинстве случаев в стрессовых ситуациях обусловленных экзаменационным периодом студенты будут использовать дизадаптивные копинг стратегии, что может быть связано прежде всего с различными причинами, включающими в себя также и элементы личностной незрелости, которые определяются рядом психоэмоциональных проблем, имеющих свою основу в более

раннем биографическом периоде жизни.

Базой исследования стал краснодарский муниципальный институт высшего сестринского образования. В исследовании принимали участие студенты 2 курса специальности «Сестринское дело (бакалавриат)» в количестве 40 человек. Исследование проводилось в период зимней сессии.

Методологическая основа: исследование базируется на трудах в области:

- психологии стресса: Ганс Селье, Ричард Лазарус
- глубинной психологии: З. Фрейд, А. Фрейд, Жан Лапланш

На первом этапе проводился анализ теоретических источников по проблеме возникновения стрессовых состояний и выбора копинг стратегии, способствующих избавлению от них.

На втором этапе проводили эмпирические исследования: тестирование по методикам:

«Тест на учебный стресс» (Ю.В.Щербатых); «Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды» (В.В. Бойко); « Диагностика типологий психологической защиты» (Р. Плутчик в адаптации Л.И.Вас-сермана, О.Ф.Ерышева, Е.Б.Клубовой и др.); « Диагностика стратегий поведенческой активности в стрессовых условиях» (Л. И. Вассерман и Н. В. Гуменюк).

Результаты эмпирических исследований показали, что основными причинами возникновения стресса у студентов являются излишне серьезное отношение к учебе и большая учебная нагрузка. Меньше всего студентов волнует проблема неумения правильно организовывать свой режим дня.

Важно отметить что проявляется стресс у студентов в спешке, ощущении постоянной нехватки времени, повышенной отвлекаемости, плохой кон-

центрации внимания, и невозможности избавиться от посторонних мыслей. Главным или даже основным способом снятия стресса является сон. Положительно то, что алкоголь, сигареты, наркотики в качестве приема снятия стресса в группе практически не используются. Из биологических признаков проявления стресса можно выделить головные или иные боли, а также учащенное сердцебиение. Остальные признаки присутствуют у меньшей части студентов. Диагностика стратегий поведенческой активности в стрессовых условия показала, что среди студентов преобладает промежуточный (переходный) тип поведенческой активности (АБ). Для людей этого типа характерна активная целенаправленная деловитость, разносторонность интересов, умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом.

При помощи методики диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды (В.В.Бойко) можно с уверенностью сказать, что среди студентов у 50% встречается эйфорическая активность вовне. Для человека свойственны: созидательная, конструктивная активность, стремление к коллективным формам деятельности, созидательные идеи, предложения, решения, нескрываемый оптимизм, умение радоваться, свободное проявление положительных чувств, безусловная любовь к ближнему, т. е. принятие его таким, каков он есть, свободное отношение к нравственности.

У 37,5% - Рефрактерная активность вовнутрь.

Для человека свойственны: ритуальный, размеренный образ жизни, избирательность контактов, знакомств, партнеров, предпочтение подчиненных ролей, склонности проводить время в

одиночестве, фантазирование, изобретательство.

И всего у 12,5% - Дисфорическая активность вовне.

Для человека свойственны: стремление разрушать, буйствовать, оппозиционность, враждебная активность, деструктивный интеллект, пессимизм, недовольство, разочарование, доминирование злобы и неприятия, безнравственность. Данные обследований показывают, что «чистые» формулы преобразования энергии воздействий встречаются редко, и обычно их демонстрируют личности с акцентуациями в характере, с признаками невротичности.

На завершающем этапе было проведено исследование, нацеленное на выявление типологий психологической защиты. Нами была использована диагностика типологий психологической защиты (Р.Плутчик в адаптации Л.И.Вассермана, О.Ф.Ерышева, Е.Б.Клубовой).

Было выявлено, что наиболее встречающимися стали такие механизмы защиты как:

Отрицание, реактивное образование, компенсация, регрессия, проекция, интеллектуализация, замещение, вытеснение.

В большей степени это: отрицание, реактивное образование и компенсация.

Несмотря на то, что основными причинами возникновения стресса у студентов являются излишне серьезное отношение к учебе и большая учебная нагрузка, основным способом снятия стресса является сон. Исследования показали, что большая часть студентов обладает разносторонностью интересов, умением сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом. И при этом имеют такие качества как: созидательная, кон-

структивная активность, стремление к коллективным формам деятельности, созидательные идеи, предложения, решения, нескрываемый оптимизм, умение радоваться, свободное проявление положительных чувств. И все это не мешает студенту при выборе наиболее приемлемым механизмам защиты.

Литература:

1.Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп/ Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Институт Психотерапии, 2005. – 490с.

ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СДАЧИ ЭКЗАМЕНОВ

Климанова В.Е.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность. Студенческая жизнь для одних студентов ассоциируется со студенческими обществами, общением с интересными людьми, различными мероприятиями и весельем. Для других это серьезное испытание, изменение в жизни, трудная жизненная ситуация к которой необходимо приспособляться. Студенты молоды и сталкиваются с разными проблемами, новые условия обучения требуют от них больше самостоятельности, ответственности, самоорганизации и не все студенты готовы к решению многочисленных проблем и задач, которые предоставляет жизнь. В любом случае обучение в высшем учебном заведении это стресс для многих студентов. Студенту необходимо преодолевать трудности, осваивать новые роли и модифицировать

старые, адаптироваться к новым условиям жизнедеятельности.

Существует большое количество подтверждений тому, что хронический стресс - спутник студенческой жизни. Исследователи отмечают причины стрессов у студентов связанные с проблемами финансов, жилья, безопасности и др. Стресс, испытываемый студентами, может сказываться на обучении (приобретении, применении и переработке знаний), что препятствует академической успеваемости. Трудности с успеваемостью в свою очередь также создают дискомфорт, в результате чего общий стресс усиливается.

Объект исследования: стрессовые состояния у современной молодежи, осуществляющих учебную деятельность.

Предмет исследования: профилактика стрессовых состояний у студентов в период сдачи экзаменов.

Цель исследования: исследовать стрессовые состояния студентов в процессе подготовки к сдаче экзаменов.

Гипотеза: можно предположить, что у студентов в процессе обучения в высшем учебном заведении большая учебная нагрузка является одной из главных причин возникновения стресса, который наиболее интенсивно актуализируется в период сессии.

Слово «стресс» в переводе с английского обозначает давление, натяжение, усилие, а также внешнее воздействие, создающее это состояние. Понятие «стресс» всё более настойчиво и прочно входит в наш обиход. Своим возникновением оно обязано канадскому врачу и биологу Ганс Селье, который в 1936 г. обратил внимание на специфический ответ организма на любое предъявляемое к нему требование [2].

В психологии понятие стресса рассматривается с разных точек зре-

ния. Стресс – это состояние индивида в экстремальных условиях, проявляющееся на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях. Экстремальные условия – чрезвычайно сильные воздействия внешней среды, которые находятся на грани переносимости и могут вызывать нарушения адаптации. Экстремальные факторы вызывают в организме предельно допустимые изменения. Выделяют физические, физико-химические, социально-психологические факторы.

Также стрессом называют неспецифическую, другими словами, общую реакцию организма на воздействие (физическое или психологическое). Воздействие, нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). Неспецифическая реакция – определённый всегда одинаковый комплекс физиологических изменений живого организма в ответ на любое предъявленное ему требование, иначе общий адаптационный синдром, (таким образом, стресс присутствует всегда, пока организм жив, нет стресса – нет жизни). Феномен неспецифической реакции организма в ответ на разнообразные повреждающие воздействия называется общим адаптационным синдромом, или стрессом. Такое определение стрессу дал Ганс Селье.

В исследованиях Селье и многочисленных последующих работах показано, что непредсказуемые и неуправляемые события более опасны, чем предсказуемые и управляемые.

Исследованием проблемы стресса занимались У. Кэннон, Д. Майерс, Л. А. Китаев-Смык, Ю.В. Щербатых, Ю. И. Александров.

Исследователи у стресса выделяют две формы:

- стресс полезный – эустресс;
- стресс вредоносный – дисстресс.

Чтобы стресс принял характер эустресса, необходимо наличие определенных условий: положительный эмоциональный фон; опыт решения подобных проблем в прошлом и позитивный прогноз на будущее; одобрение действий индивидуума со стороны социальной среды; наличие достаточных ресурсов для преодоления стресса.

Переход стресса в дистресс возможен при отсутствии этих факторов, или же при наличии других факторов как объективного, так и субъективного характера: эмоционально-когнитивные факторы: недостаток нужной информации, негативный прогноз ситуации, чувство беспомощности перед возникшей проблемой и т.д.; чрезмерная сила стресса, превышающая адаптационные возможности организма; большая продолжительность стрессорного воздействия, приводящая к истощению адаптационного ресурса [4].

Студенческая жизнь полна чрезвычайных и стрессогенных ситуаций, поэтому студенты часто испытывают стресс и нервно-психическое напряжение. В основном у студентов стресс развивается из-за большого потока информации, из-за отсутствия системной работы в семестре и, как правило, стресс в период сессии. Эмоциональное напряжение у студентов начинается примерно за 3-4 дня до начала сессии и сохраняется на всем ее протяжении даже в самые спокойные дни. Наличие эмоционального напряжения и в межэкзаменационные дни свидетельствует о том, что экзаменационная сессия сопровождается непрерывным, хроническим стрессом. Последствием такого стресса может являться невроз, функциональное заболевание нервной системы, когда страдает, в первую очередь, нервная система, ее ресурсы истощаются, заставляя работать организм на пределе. Период обучения

оказывает значительное влияние на формирование личности, поэтому проблема психического здоровья студентов весьма актуальна [1].

Исследователи выделяют 3 группы студентов: 1-я группа – с невротическими расстройствами; 2-я группа – с риском их развития; 3-я группа – здоровые. Уровень невротических расстройств возрастает с каждым годом обучения. Студенты с невротическими расстройствами не умеют организовать свой режим, а это усугубляет их ассенизацию (т.е. снижает функциональные возможности центральной нервной системы, проявляющиеся в ухудшении работоспособности, психической утомляемости, ухудшении внимания, памяти, повышенной реактивности с раздражительной слабостью). Студенты с невротическими расстройствами недосыпают, некоторые из них не используют выходные дни для отдыха. Заболевания неврозом ведет к значительному снижению успеваемости. Среди студентов группы риска большинство употребляли алкоголь с целью облегчения общения, улучшения настроения и в трудных жизненных ситуациях [3].

Для студента нашего времени, стресс является реакцией на скопившиеся проблемы, на бесконечный процесс борьбы с повседневными трудностями [2].

Эмпирические исследования проводились на базе Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования, города Краснодара. В исследовании участвовали студенты 2 курса, обучающиеся по специальности «Клиническая психология», в количестве 12 человек и студенты 3 курса, обучающиеся по специальности «Сестринское дело», в количестве 19 человек.

С помощью методики Ю.В. Щербатых мы определили основные

причины учебного стресса и в чем проявляется стресс у респондентов, а также определить основные приемы снятия стресса студентами.

Основными причинами возникновения стресса у студентов являются излишне серьезное отношение к учебе и нежелание учиться или разочарование в профессии. Меньше всего студентов волнует проблема стеснительности и застенчивости.

Важно отметить, что проявляется стресс в группе, в основном, на психологическом уровне, что сказывается на понижении работоспособности студентов, плохом сне, нехватке времени.

Главным или даже основным способом снятия стресса является сон. Положительно то, что алкоголь, сигареты, наркотики в качестве приема снятия стресса в группе практически не используются.

Из биологических признаков проявления стресса можно выделить затруднения дыхания и различные боли. Остальные признаки присутствуют у меньшей части студентов.

В результате нашего исследования мы выяснили, что основными причинами возникновения стресса у студентов являются излишне серьезное отношение к учебе и нежелание учиться или разочарование в профессии. Все это приводит к понижению трудоспособности студентов, плохому сну, нехватке времени. Биологические признаки проявления стресса у большинства студентов присутствуют в малых количествах. Основным способом снятия стресса является сон.

Итак, стресс - это неотъемлемая часть жизни каждого студента. Реакция на стресс, как и начало трудового дня, режим питания, двигательная активность, качество отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, являются составными частями образа жизни. От самого студента зависит,

каким будет его образ жизни - здоровым, активным или же нездоровым, пассивным, а, следовательно, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии.

Литература:

1. Бодров, В.А. Проблема преодоления стресса/Психологический журнал. - 2006, - №2.
2. Митева, И.Ю. Курс управления стрессом. – М.: ИКЦ «МарТ», 2004.
3. Немов, Р.С. Психология. - М.: Просвещение, 2004.

ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ И ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Ковалёва А. С., Пняк И.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность темы. Пациенты с частичной потерей зубов старше 50 лет составляют самую обширную группу лиц, нуждающихся в таком виде ортопедического лечения - 40%. В то же время у лиц молодого возраста, съёмные протезы применяются также достаточно часто-15-20%. Это обусловлено ранней потерей части передних зубов в результате травмы, разрушения кариесом, заболеваний пародонта. С целью сохранения здоровых зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, предпочтение отдают съёмному пластиночному протезу, позволяющему достичь максимального уровня эстетики. Как известно, основным элементом съёмного пластиночного протеза является базис. К пластмассам для базисов предъявляются следующие требования: быть прочными и достаточно упругими, длительно сохранять целостность

под действием знакопеременных перегрузок, легко подвергаться починке, не вызывать аллергических реакций слизистой полости рта. Пластмассы, применяемые в отечественной ортопедической стоматологии, отвечают большинству требований. Однако, нет ещё таких, которые отвечали бы абсолютно всем требованиям. Все базисные пластмассы, применяемые в нашей стране, относятся к материалам горячего отверждения, т. е. становятся твёрдыми после температурного воздействия. Современный рынок стоматологических материалов даёт возможность выбора базисных полимеров для съёмных протезов с целью исключения неблагоприятных эффектов. Развитие методов твёрдофазной полимеризации позволило перейти к созданию таких принципиально новых материалов, как безмономерные пластмассы и гибкий нейлон.

Цель работы: выявить причины поломок и возникновения токсико-аллергических реакций у пациентов старше 40 лет, пользующихся съёмными пластиночными протезами.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы по данной теме.
2. Выявить нарушения по технологии изготовления съёмных пластиночных протезов.

Материалы и методы исследования.

К поломкам съёмных зубных протезов и возникновению аллергических реакций приводят различные причины:

1. нарушение зубным техником технологии применения акриловых пластмасс;
2. небрежность пациента при пользовании протезами.

Профессиональный интерес представляют поломки, возникшие из-за нарушения технологии изготовления

протезов. В структуре базисов съёмных протезов могут образоваться дефекты: пористость, внутренние напряжения, а также не связанный мономер – метиловый эфир метакриловой кислоты.

Различают газовую и гранулярную пористость. Сокращая время изготовления протеза, зубной техник помещает кювету с пластмассой для её полимеризации не в холодную воду, чтобы затем постепенно повышать температуру водяной бани, а сразу в горячую или кипящую. Реакция полимеризации является экзотермической. Выделяющаяся теплота не может быть быстро отведена от полимеризующейся массы. В этих условиях мономер закипает, и его пары, не имея выхода наружу, вызывают пористую структуру материала.

Гранулярная пористость развивается от недостатка мономера в тех участках, где он может улетучиваться, в результате чего при прессовании не получается гомогенной массы. Она может возникнуть в результате несоблюдения техником количественного соотношения полимера и мономера при замешивании базисной пластмассы.

Гранулярная пористость наблюдается обычно в тонких участках протеза, что повышает вероятность поломки базиса.

Причинами поломок съёмных протезов со стороны пациента являются: небрежное отношение к протезу (падение протеза в раковину, на кафельный пол), откусывание сухарей, орехов и т. д.

Поломки съёмных пластиночных протезов наблюдаются в виде трещин или перелома базиса в области одиночных зубов, покрытых искусственными коронками, кламмеров (крючков для фиксации протеза) или в области царпин, оставшихся при отделке про-

теза техником, которые в дальнейшем превращаются в трещины.

Оплата труда зубного техника зависит от количества изготовленных им протезов. Стремясь изготовить большее количество протезов, он сокращает температурно-временной режим полимеризации акриловых пластмасс, в результате чего в базисе протеза остаётся мономер, не вступивший в реакцию с полимером. По Копейкину В.Н., остаточный мономер в пластмассе даже при длительной полимеризации достигает 0,5%, который способствует воспалению слизистой оболочки полости рта. У некоторых пациентов отмечаются явления непереносимости базисных полимерных материалов в форме экзем, глосситов, контактных стоматитов с нарушением вкуса, отёком губ, острыми дерматитами лица и рук и другими аллергическими проявлениями. При сокращении времени полимеризации вдвое, остаточный мономер достигает концентрации до 5,2%. Существует термин «протезные стоматиты»: реактивные изменения тканей протезного ложа при пользовании съёмными протезами.

Плохое гигиеническое состояние протезов способствует возникновению очагов токсикоинфекции в полости рта пациентов в виде грибковой микрофлоры и усиления воспалительных явлений слизистой оболочки.

Заключение

Причиной поломок частичных съёмных протезов является сокращение времени полимеризации базисных пластмасс и, как следствие, нарушение технологии изготовления протезов.

Аллергические реакции на стоматологические пластмассы, как правило, возникают вследствие нарушения технологии их применения.

На основании этих выводов мы рекомендуем работающим зубным техникам:

- для уменьшения количества поломок и реставраций протезов и предотвращения возникновения аллергических реакций использовать современные технологии изготовления съёмных протезов из безмономерных пластмасс, термопластов и гибкого нейлона, сочетающих в себе высокую прочность, эластичность, технологичность и биологическую инертность для организма человека.

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортопедическая стоматология // МЕД-пресс-информ М. 2011г.
2. Зубопротезная техника: учебник / под ред. М.М. Расулова, Т.И. Ибрагимова, И.Ю. Лебеденко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ РАСШИРЕННОЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СТУДЕНЧЕСКОМ СПАСАТЕЛЬНОМ ОТРЯДЕ

Колодкин А.А., Старченко В.И.,
Линченко С.Н., Арутюнов А.В.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

Привлечение добровольцев – студентов Кубанского государственного медицинского университета (КубГМУ) для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного характера (в частности, наводнений) в Краснодарском крае происходило неоднократно - в 2002, 2010, 2012 гг. Поэтому следует признать целесообразной подготовку ор-

ганизованных групп студентов, независимо от факультета и курса их обучения, способных оказать первую помощь на месте происшествия и имеющих навыки взаимодействия в таких группах [2].

Примером создания такого формирования является Студенческий спасательный отряд (ССО), созданный на базе ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России в 2013 г. В его состав входят студенты всех курсов и факультетов нашего университета. Отряд является одной из форм получения дополнительных знаний и отработки практических навыков студентами медицинского вуза [1]. Одновременно ССО решает в рамках своих компетенции и полномочий задачи общественного воспитания, формирования гражданственности и патриотизма у молодежи, популяризации спасательного дела, а также обеспечения безопасности, защиты жизни и здоровья обучающихся и сотрудников КубГМУ, населения Краснодарского края.

Занятия с членами ССО организованы на базе кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф КубГМУ с периодичностью одно занятие в неделю.

Теоретические занятия проводятся в учебных классах с использованием мультимедийной техники. Практическая часть отрабатывается с использованием оборудования, имеющегося на кафедре и в Центре практических навыков, также используется автомобиль скорой медицинской помощи, имеющийся в вузе.

Часть занятий студенты готовят самостоятельно, предварительно разделив между собой интересующую их тематику. К проведению занятий привлекаются, кроме того, врачи различных специальностей: комбустиологи, травматологи, реаниматологи, специалисты службы медицины катастроф.

Проводятся дистанционные и практические занятия со специалистами Южного филиала Центра экстренной психологической помощи МЧС России. Ряд учебных занятий проходит на базах подразделений Главного управления МЧС России по Краснодарскому краю с привлечением соответствующих специалистов и практической отработкой полученных навыков. Практические тренировки проводятся также на базе Центра туризма и экскурсий Краснодарского края, где ребята имеют возможность получить навыки работы с веревкой, научиться сооружать носилки из подручных средств, проводить эвакуацию пострадавших с минимумом имеющегося в запасе имущества.

Изучение каждого раздела программы завершается промежуточным контролем уровня освоения пройденного материала с использованием тестовых заданий, устного контроля и сдачи практических умений.

Уровень освоения практических навыков оценивается путем решения задачи: моделируется ситуация, требующая оказания помощи пострадавшего выступает статист, снабженный легендой и имеющий соответствующие легенде накладки либо грим.

Еще одним из способов закрепления полученных навыков является работа членов Студенческого спасательного отряда в группах по оказанию первой помощи, что способствует уменьшению временного интервала до начала оказания медицинской помощи между специализированными бригадами или врачом и пострадавшим, либо доставки последнего к врачу.

Студенты-члены ССО широко участвуют в межвузовских студенческих олимпиадах по практической медицинской подготовке и оказанию экстренной и неотложной помощи на догоспитальном этапе, что позволяет по-

лучить дополнительный симуляционный опыт [4, 5].

Практическим применением полученных навыков стала работа членов ССО КубГМУ в составах Российского общественного специализированного отряда РОССОЮЗСПАСа на Всероссийских и Международных молодежных форумах в 2014 и 2015 гг., помощь при проведении ликвидации медико-санитарных последствий наводнения (Адлерский район г.Сочи) [3].

Таким образом, студенческий спасательный отряд является формированием, позволяющим студенту медицинского вуза получить необходимые навыки оказания первой помощи и расширенной первой помощи (с применением дополнительного оборудования, средств и устройств) в группах, независимо от курса и факультета обучения, что способствует получению дополнительных знаний и отработки практических навыков в области безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф.

Литература:

1. Колодкин, А.А. Студенческий спасательный отряд ГБОУ ВПО КУБГМУ Минздрава России как научно-практическое направление подготовки будущего врача в области медицины катастроф / А.А. Колодкин, С.Н. Линченко, А.В. Арутюнов, Д.И. Ушмаров, В.И. Старченко // Актуальные проблемы военной и экстремальной медицины. – Республика Беларусь, Гомель, 2014. – С. 153-155.

2. Колодкин, А.А. Опыт организации межведомственного взаимодействия при медицинском обеспечении массовых мероприятий / А.А. Колодкин, В.И. Старченко, А.В. Арутюнов, С.Н. Линченко // Материалы совместной научно-практической конференции «Санитарная авиация Крыма» и «Совершенствование управления Всерос-

сийской службой медицины катастроф». – М.: ФГБУ «ВЦМК «Защита», 2014. – С. 7-9

3. Колодкин, А.А. Медицинское обеспечение массовых мероприятий силами студенческого спасательного отряда / А.А. Колодкин, В.И. Старченко, В.В. Антонова, А.П. Горбачева // Материалы III региональной научно-практической конференции Южного Федерального округа «Новые стандарты модернизации педагогического образования в формировании здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности». – Краснодар: ИПЦ КубГУ, 2015. – С. 100-103

4. Колодкин, А.А. Особенности обучения студентов в студенческом спасательном отряде ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России на базе центра практических навыков / С.Н. Алексеев, В.А. Крутова, Д.И. Ушмаров, А.А. Колодкин, А.В. Арутюнов, В.И. Старченко // "Медицинское образование и профессиональное развитие" - журнал сообщества медицинских преподавателей. – 2014. – № 3 (Тезисы V Международной конференции "Инновационные обучающие технологии в медицине - 2014".- Москва, 25-26 сентября 2014 г.). – С. 12-15.

5. Колодкин, А.А. Студенческий спасательный отряд и его место в системе симуляционного обучения студентов-медиков / А.А. Колодкин, В.И. Старченко, А.В. Арутюнов, С.Н. Линченко, Д.И. Ушмаров // Симуляционные методы в структуре современного медицинского образования. Проблемы и перспективы: сборник статей по материалам научно-практической межрегиональной конференции «Перспективы работы центров практических навыков медицинских вузов. – Краснодар. – 2015. – С 101-109

ГУМАНИСТИЧЕСКИ

ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Крайнюкова З.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Гуманистические идеи не новы для педагогики. Гуманистическое воспитание невозможно без осознания его личностного смысла, эмоционально-ценностного отношения к его основным идеям и категориям, а в педагогической науке пока еще нет целостной, концептуальной теории гуманистического воспитания, есть только переработка отдельных идей (сотрудничества, педагогической поддержки, личностно ориентированного воспитания и др.) [1,2,4]. Педагогическое сообщество получило реальную возможность творческого поиска, проектирования, функционирования гуманистической педагогической системы [3,5]. Гуманизм, как учение, ориентирован на утверждение ценностей жизни, признание прав и свобод человека, его автономности и самооценности. По меткому замечанию выдающегося русского философа В.С. Соловьева, гуманизм призывает к объединению усилий человека и общества ради блага «не всего человечества, но каждого отдельного человека».

Современный гуманизм органично связан с современным научным мировоззрением, отличительной чертой которого является методологический плюрализм и признание проблемности познания. Отсюда – определенная недосказанность и неясность, что намного лучше полной досказанности и ясности [6].

Быстро меняющийся техногенный, а теперь еще и информационный мир весьма негативно стал влиять на

самого человека, создающего его. Имеется в виду снижение уровня духовно-нравственного компонента образования формирующихся молодых поколений. Если материально-знаниевая составляющая образования этих поколений экспонентно растет, то вторая составляющая не только не растет (уровень), а падает. В педагогических сообществах возникают процессы глубинной стратегичности, витагенной (жизненной) необходимостью которых является формирование нового типа личности, «тиражировать» которую можно с помощью инновационно-креативного образования, так как инновация и креативность – это те факторы, которые по своей сущности являются преобразователями всей системы отношений человека с миром и самим собой.

Цель исследования: теоретическое и эмпирическое исследование гуманистически ориентированного образования в вузе.

Проводились теоретические методы исследования: анализ, синтез, систематизация, обобщение материала по гуманистическому подходу в образовании студентов медицинских вузов; эмпирические: анкетирование, тестирование по методикам: «Самоактуализационный тест», «Экспресс-диагностика уровня личностной фрустрации (В.В.Бойко)».

В исследовании приняли участие 46 респондентов, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили бакалавры сестринского дела – 16 респондентов; вторую группу клинические психологи ФЭиУ – 15 респондентов и третью группу студенты ФВПО специальности «Сестринское дело» – 15 респондентов.

По итогам проведенных эмпирических исследований были получены следующие результаты: 50% респондентов 1-ой группы, 67% – 2-ой груп-

пы и 43% – 3-ей группы имеют высокий балл по шкале ориентации во времени, такие результаты исследования показывают, что респонденты ощущают неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видят свою жизнь целостной. По шкале поддержки высокий балл имеют 81% респондентов 1-ой группы, 53% – 2-ой группы и 57% – 3-ей группы, что говорит об их относительной независимости в своих поступках, они стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками. Высокий балл по шкале ценностных ориентаций имеют 88% респондентов 1-ой группы, 87% – 2-ой группы и 57% – 3-ей группы, что говорит о том, в какой степени человек разделяет ценности, присущие самоактуализирующейся личности.

Анализ результатов исследования уровня личностной фрустрации показал, что 38 % респондентов 1-ой группы, 60% 2-ой группы, 43% – 3-ей группы имеют низкий уровень фрустрации.

Таким образом, гуманистическое мировоззрение как обобщенная система взглядов, убеждений, идеалов строится вокруг одного центра – человека. Гуманизация образования предполагает организацию такого процесса обучения, который бы обеспечивал единство непрерывного общекультурного, социально-нравственного и профессионального развития личности с учетом общественных потребностей и личных запросов.

Гуманистически ориентированная педагогическая деятельность строится в контексте определенных ценностей, формируя практику, альтернативную массовой авторитарной системе образования. В результате проведенных исследований, мы видим, что большинство студентов стремятся к осуществлению потребностей в самоактуализации, однако, необходимо отметить, что

достаточно большой процент не стремится к этому. Так же мы видим, что респонденты имеют устойчивую тенденцию к фрустрации. Фрустрированные потребности не позволяют реализовать себя в полной мере. А самореализация будет свойственна человеку лишь в том случае, если все его потребности удовлетворены. Это говорит о том, что у респондентов может наблюдаться комплекс негативных эмоциональных переживаний, которые возникают в результате некоего обмана ожиданий. Так как достаточно большой процент респондентов не испытывает потребности в самоактуализации и большинство респондентов не мотивированы на приобретение знаний, использование только гуманистического подхода в образовании студентов медицинских вузов будет нецелесообразно.

Литература:

1. Белялова М.А., Борисов Ю.Ю., Ананич В.А. Менеджмент в педагогике: инновационность и перспективность современных образовательных систем // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 4. – С. 50–52.
2. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Компетентный подход к подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4. – С. 53–56.
3. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 4. С. 56-58.
4. Борисов Ю.Ю. Валеологические аспекты подготовки бакалавра сестринского дела // IV Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование-2013» /

Сборник тезисов (4–5 апреля 2013 года, г. Москва). - М.: Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, 2013. С. 75-77.

5. Ломоносова Г.Г., Борисов Ю.Ю. Использование инновационных образовательных технологий при подготовке будущих бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 4. – С. 173-176

6. Остапенко А.А. Барьеры и перспективы гуманизма в современной России // Сборник научных трудов в поисках гуманистической реальности. – Краснодар, 2007.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ:

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

Курышко Н.С., Авакова М.Я.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В статье описаны основные проблемы социализации современной молодежи, показаны этапы социализации.

Под определением «социализация» понимают процесс по освоению социального пространства и усвоению нравственно-культурных ценностей данного общества в широком смысле этого слова.

Проблемы социализации можно свести к трем основным направлениям:

- какие условия и возможности общество может создать для развития молодежи;
- что молодёжь может дать обществу для его развития;
- использование возможностей молодежи для собственной самореализации и развития нашего общества.

Процесс социализации человека по своей природе является непрерывным и осуществляется на протяжении всей жизни человека. Наиболее активным он проявляется в юности, это связано с завершением образования, выбором профессии и с учебно-профессиональной деятельностью.

Рассмотрим проблемы социализации молодежи, состоящей из трех этапов.

Первый этап, включающий в себя начальное, среднее и высшее образование, представляет собой фактор социализации детей и молодежи, от которого зависит стабильное развитие общества.

Согласно статистическим данным, в конце 90-х годов не получали полное среднее образование только 3 – 4% молодежи. На сегодняшний день эта цифра составляет 15%. После того, как образование было выбрано в качестве одного из приоритетных направлений государственной политики, положение стало меняться в лучшую сторону. Это связано, во-первых, с увеличением финансирования в области образования, во-вторых, с повышением требования к качеству образования, в-третьих, с внедрением инноваций в подготовку специалистов.

Второй этап осуществляется в рамках семьи. В настоящий момент институт семьи находится в упадочном состоянии. Семьи распадаются, не выдерживая социально-экономических проблем. Для решения этой проблемы в РФ приняты программы, направленные на поддержку молодых семей (материнский капитал, ипотека, для семей военнослужащих предусмотрены льготные условия на приобретение жилья и др.).

Третий этап связан с духовно-нравственным развитием молодежи. В современном обществе происходит смена ценностных ориентаций, больше всего это относится к молодежи, кото-

рая, с одной стороны, не имеет своего устойчивого взгляда на мир, а с другой стороны, молодежь очень восприимчива и тут же реагирует на любые изменения, происходящие в обществе. К примеру, можно отметить рост девиантного поведения молодежи, а так же события, происходящие на Украине.

Таким образом, мы можем сказать, что проблемы молодежи есть отражение состояния современного общества, а уровень социализации развитие молодежи выступает в качестве индикатора развития общества в целом. Для решения проблемы, связанной с социализацией молодежи, как мы считаем, необходимо:

1) активное участие государства в делах молодежи;

2) воспитание законопослушности, гражданственности, начиная с раннего возраста, уважения к личности, обществу и государству;

3) пропаганда здорового образа жизни;

4) выработать идеологическую стратегию развития молодежи, опирающуюся на традиции и исторический опыт своего народа.

Поэтому, по нашему мнению, успех социализации молодежи зависит от совместных усилий и действий со стороны государства, общественных организаций, научного и педагогического сообществ.

Литература:

1. Андриенко Е.В. Социальная психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Е.В. Андриенко; под ред. В.А. Слостенина. – 5-е изд., стер. – М.: ИЦ «Академия», 2010. – 264 с.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кучерова М.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность проблемы. Неврозы у детей и подростков – самый распространенный вид нервно-психической патологии в современном мире. Какие могут быть причины?

Непродуманная, неэффективная организация процесса обучения (развития) детей. Дети перегружены различными занятиями уже с дошкольного возраста. Конечно, развивать детей – это наш долг. Но нельзя слепо верить рекламам. Подозрительно выглядят предложения для 3 - летних детей по изучению английского языка. Родители забывают о том, что в этом возрасте у ребенка должна активно формироваться речевая функция родного языка. Но амбиции, желание доказать, что твой ребенок особенный (индиго), заставляют родителей «грузить» детей не нужной им информацией, не соответствующей их возрастным потребностям.

Актуально также то, что для больных с невротическими расстройствами наиболее характерны такие виды межперсональных трудностей в супружеской сфере как трудности недостаточного взаимопонимания, недоразумения из-за разного отношения к деньгам и нарушения сексуальных отношений. Больных с невротическим развитием личности в наибольшей степени характеризуют трудности недоразумения из-за разного отношения к деньгам.

Цель исследования: изучение расстройств в период подросткового и юношеского возраста, способствующих формированию невротического расстройства.

Особенности невротических расстройств, с точки зрения большинства

психиатров, зависят от стадий развития психики ребенка, от возрастного уровня нервно-психического реагирования (Ковалев В.В., 1973, 1995). Автор выделил следующие уровни: 1) соматовегетативный 2) психомоторный 3) аффективный 4) эмоционально-идеаторный.

Возрастной фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в критические периоды онтогенеза - кризисы в 2 - 4 года, 7 - 8 лет, 12 - 15 лет, по Г.Е. Сухаревой (1955), (1966), может иметь определенное этиологическое значение и способствовать возникновению невротического заболевания.

Возникновение невротических расстройств у детей и подростков.

1. Сильные физические или умственные нагрузки, выражающиеся в постоянной работе, без возможности отдыха в течение длительного времени.

2. Сильное истощение нервной системы.

3. Плотный рабочий график, без возможности отдыха или неумение отдыхать (например, репетиторы).

4. Врожденная склонность к утомлению.

Ребенок, болевающий впоследствии неврозом, выглядит повышенно впечатлительным, эмоционально чувствительным и ранимым, обостренно реагирующим на отношение окружающих, не сразу раскрывающим себя, подавляющим внешне выражение чувств и переживаний, наивным, бесхитростным, непосредственным и доверчивым, добрым, отзывчивым, с выраженным чувством «я». Такие качества, как импульсивность, эгоцентризм, упрямство, сензитивность, интровертированность, впечатлительность, возбудимость присущи им в силу их особенностей. Помимо внутренних предпосылок возникновения

невроза можно выделить те, которые зависят от внешних факторов: 1) снижение биотонуса в результате действия ослабляющих защитные силы организма факторов; 2) формирование неудачного личностного опыта, преломляемого беспокойством, напряжением и аффективно-защитным типом реагирования; 3) возникновение внутреннего неразрешимого конфликта под влиянием неудачного и драматически переживаемого опыта межличностных отношений и обусловленная этим дезинтеграция процесса формирования личности; 4) перенапряжение психофизиологических, адаптационных возможностей организма и критическое нарастание эмоциональной напряженности под влиянием стрессовых условий развития, подавленного внешнего раздражения и неразрешимой жизненной ситуации; 5) «срыв» высших нейрорегуляторных функций с появлением развернутой клинической картины невроза. В качестве «пускового», или «разрешающего», фактора выступает острая психическая травма. Под воздействием дистресса, подрывающего защитные силы организма, в еще большей степени снижаются биотонус, жизненная активность и вера в себя, исчезает самобытность и прекращается процесс творческого саморазвития.

Причины высокой невротичности у подростков.

Подростки попадают в группу риска по формированию невротического расстройства по причине как минимум двух факторов. Первый – нервно-физиологические и психические особенности конституции. Второй – неправильные психотравмирующие факторы в воспитании и образовании.

Обобщая исследования особенностей детей, к группе биологических факторов, провоцирующие невротические изменения личности, можно отнести эмоциональную лабильность, по-

движность нервной системы, хорошую долговременную и эмоциональную память, асинхронность развития ряда функции и систем организма (например, опережение умственного развития при отставании моторного), трудносовместимую генетическую корреляцию отдельных свойств и признаков (например, совмещение яркой эмоциональности и холерического темперамента со способностями к математике или шахматам).

К группе психологических факторов можно отнести также черты характера, типичные в целом для детей подростков, как эмоциональная чувствительность, жалостливость, наивность, доверчивость, застенчивость, неуверенность в себе, обостренное чувство собственного достоинства, самлюбие, недостаток спонтанности и естественности в проявлении чувств, рефлексивность.

К группе социально-педагогических факторов можно отнести психотравмирующее воспитание: требования взрослых, превышающие возможности, способности и потребности детей; порицания, угрозы, крик; недостаток любви, ласки, терпения, прощения; несогласованные, непоследовательные, противоречивые требования; тревожность о ребенке, выражаемая гиперопекой. Этот список может быть дополнен специфическими невротизирующими факторами, к которым особенно чувствительны одаренные дети: 1. Зажимание ребенка нормами, требованиями, расписаниями и всем тем, что не дает ребенку возможности спокойной, беззаботной жизни. Для одаренного ребенка важны не только периоды активности, но и отдых, покой для восстановления сил. 2. Принуждение ребенка только к исполнительской позиции. Не предоставление свободы для разворачивания собственной активности, замыслов. Свободомыслие и ини-

циативность являются важнейшими факторами одаренности. 3. Манипулирование ребенком. Если ребенком манипулируют для достижения своих осознаваемых или неосознаваемых целей, значит, его личность сама по себе перестает быть ценностью, что негативно отражается на личности ребенка. 4. Оценочная любовь, любовь за что-то. Например, за победы, успехи, за пятерки. А за все остальное – неприятие, безразличие.

Таким образом, Одаренные дети часто попадают в группу риска по формированию невротических состояний, т.к. психофизиологические, социальные и педагогические факторы возникновения и развития невротических состояний ребенка в общих чертах совпадают с предпосылками возникновения и развития одаренности.

Исследование проводилось на базе МОУ СОШ №51 по изучению невротических состояний у подростков.

Методы исследования: 1) Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.Х. Яхин, Д.М. Менделевич); 2) Диагностика уровня личностной невротизации (В.В. Бойко), обработка и интерпретация данных.

По обработке данных учитывались результаты по показателям, указывающим на уровень здоровья, и уровень болезненного характера выявляемого расстройства. А по другой методике - уровни невротизации. В исследовании приняли учащиеся 11 классов, подростки 16-18 летнего возраста, общий состав - 20 человек, пол: 11 девочек, 9 мальчиков.

В результате исследования у 60% (12 чел.) выявлен высокий уровень, а у остальных 40% (8 чел.) низкий уровень невротизации, а по методике «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний»

(К.Х. Яхин, Д.М. Менделевич) у 55% учащихся результат указывает на уровень здоровья, а у 45% учащихся на болезненный характер выявляемых расстройств.

В подростковом и юношеском возрасте активно идет процесс познавательного развития. По результатам проведенного исследования можно сделать следующее заключение о провоцирующей роли психологических, педагогических и биологических факторов, в развитии невротических расстройств у подростков: выделенные факторы: чувствительность, высокий умственный и творческий потенциал, психическое напряжение, возбудимость, увлеченность, повышенная мозговая активность, низкая стрессоустойчивость, склонность к психической ригидности, внутренняя противоречивость, потребность в социальном признании – могут стать причиной формирования невротического расстройства под воздействием неблагоприятных условий образовательной среды.

Литературы.

1. Баттерворд, Д., Харрис, М. Принципы психологического развития. - М., 2000.
2. Захаров, А.И. Дифференциально-диагностическая оценка психической ригидности при основных нервно-психических расстройствах: Метод. реком /Томск. НИИ психического здоровья; сост. Г.В.. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - СПб., 2000.

**РАБОТА СТУДЕНЧЕСКОГО
НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ
ГБОУ ВПО КубГМУ
МИНЗДРАВА РОССИИ**

Лапина Н.В., Старченко Т.П.,
Гришечкин С.Д., Сеферян К.Г.,
Старченко В.И., Сидоренко А.Н.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

Одним из видов профессиональной деятельности врача (лечебника, стоматолога, педиатра, специалиста медико-профилактического дела) ФГОС ВПО третьего поколения определяет научно-исследовательскую деятельность.

Статьей 75 «Формы интеграции образовательной и научно-исследовательской деятельности в высшем образовании» Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» предусмотрено «развитие и совершенствование высшего образования путем использования новых знаний и достижений науки и техники» [1]. Важным средством повышения качества подготовки и воспитания специалистов, творчески подходящих к вопросам решения проблем науки и практики является учебно-исследовательская (УИРС) и научно-исследовательская (НИРС) работа студентов. УИРС выполняется каждым студентом под руководством преподавателя в отведенное учебное время семинарских занятий. НИРС объединяет два момента: обучение студента основам научно-исследовательской работы и самостоятельное, под руководством преподавателя, проведение научных исследований.

Научная работа студентов должна являться не дополнением к учебно-воспитательному процессу, а его органической составляющей [2].

Основными задачами УИРС и НИРС являются:

1. Оказание помощи студентам в овладении профессией.
2. Развитие творческого мышления и инициативы в решении практических задач.

3. Развитие у студентов склонности к исследовательской деятельности, стремление находить нестандартные решения профессиональных задач.

4. Расширение теоретического кругозора и научной эрудиции.

5. Овладение методами научного познания, углубленное и творческое освоение материала.

6. Формирование исследовательских навыков, освоение методики и средств решения научных и практических задач и овладение навыками работы в творческих коллективах, ознакомление с методами организации их работы, содействие успешному решению актуальных научных задач образования и культуры.

7. Формирование навыков работы с научной литературой.

8. Отбор и воспитание из числа наиболее одаренных студентов резерва исследователей и преподавателей.

9. Популяризация научных знаний и достижений среди студентов и преподавателей [2, 3].

Научно-исследовательская работа студентов, как правило, осуществляется в рамках студенческого научного общества (СНО) ВУЗа. Студенческие научные кружки действуют на всех кафедрах Кубанского государственного медицинского университета.

На кафедре ортопедической стоматологии фактически с момента основания кафедры функционирует студенческий научный кружок, в котором под методическим и научным руководством преподавателей студенту помогают заложить навыки научно-исследовательского поиска, сформировать мышление того, что врач - это не только клиницист, но и исследователь [4]. Большое число бывших студентов-кружковцев пополнили ряды профессорско-преподавательского состава кафедры, работают на руководящих постах практического здравоохране-

ния, делятся своим опытом путем проведения семинаров для начинающих врачей.

Деятельность научного студенческого кружка в настоящее время проходит по следующим направлениям:

1. Посещение заседаний кружка, участие в дискуссиях. Как правило, в начале учебного года студенты посещают значительное количество СНО различных кафедр, определяясь с выбором направления в специальности, которой хотели бы овладеть. К окончанию семестра в научном кружке остаются студенты, желающие углубленно постичь не только учебные, но и научные аспекты ортопедической стоматологии.

2. Помимо дискуссий, студенты изучают и реферируют отечественную и зарубежную литературу, используя Интернет и печатные источники по вопросам ортопедической стоматологии.

3. Проводят переводы и обзоры иностранной литературы.

4. Овладевают практическими навыками обследования пациентов с различной ортопедической патологией челюстно-лицевой области.

5. Готовят презентации докладов и научных работ для заседаний СНО кафедры и научных конференций ВУЗа.

6. Под руководством преподавателя осуществляют практический прием пациентов с патологией по тематике научно-исследовательской работы.

7. Помогают научным работникам кафедры в выполнении плановых НИР.

8. Участвуют в научно-практических мероприятиях (конференциях, семинарах, конкурсах и выставках научных студенческих работ).

Работа строится следующим образом: студент самостоятельно выбирает интересующую его тему, с учетом научного направления кафедры орто-

педической стоматологии, проводит библиографический поиск, изучая и реферируя отечественную и зарубежную литературу. Результаты доклады вает на заседании СНО.

Затем проводится обследование, тщательное заполнение истории болезни пациента и непосредственное участие в выполнении клинико-лабораторных этапов изготовления ортопедической конструкции под контролем преподавателя. По завершении изготовления зубного протеза докладываются непосредственные и отдаленные результаты исследования на заседаниях СНО.

Каждое сообщение с помощью мультимедийного проектора сопровождается демонстрацией слайдов, а также моделей челюстей и ортопедических конструкций, выполненных на различных клинико-лабораторных этапах их изготовления.

Доклады и сообщения заслушиваются неоднократно на протяжении всего периода наблюдения. Помимо выполнения научного исследования, расширения знаний, студенты приобретают неоценимый опыт публичных выступлений.

Ежегодным итогом научно-исследовательской работы студента является его участие в научно-практической конференции. В научном сборнике ВУЗа публикуются тезисы работ, в которых обобщается новая информация, материал, методика исследования, результаты исследования и делаются выводы о проведенной научно-исследовательской работе. Помимо этого, часть студентов выступает с докладами, лучшие из которых выносятся на Пленарное заседание СНО ВУЗа.

Ежегодно студенты кафедры ортопедической стоматологии представляют не менее 8-10 докладов на внутривузовскую научную студенческую конференцию. Студенты-кружковцы

неоднократно получали призовые места и награждались дипломами ВУЗа и ценными подарками спонсоров в виде монографий и приглашений на лекции и семинары, проводимые ведущими стоматологами края, что повышает мотивацию к дальнейшему углубленному приобретению и применению знаний, полученных в стенах университета.

Литература:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012.
2. Я.А. Ахременко, А.П. Слепцов, Г.А. Пальшин Современные подходы к организации научно-исследовательской работы студентов в условиях инновационного развития ВУЗа // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 98. - № 7. – С. 19-21.
3. Организация научно-исследовательской работы студентов /Е.А. Кудряшов, В.В. Скибицкий, А.В. Скибицкий, Д.В. Сиротенко // Международный журнал экспериментального образования: Материалы Рег. межвуз. уч.-метод. конф. с междунар. участием «Инновации в образовании» – М., 2013. - № 4. - С. 154-155.
4. Опыт научно-исследовательской работы студентов на кафедре факультетской терапии / Л.Н. Елисеева, А.Ю. Бледнова, З.А. Басте и др. // Международный журнал экспериментального образования: Материалы Рег. межвуз. уч.-метод. конф. с междунар. участием «Инновации в образовании» – М., 2013. - № 4. – С. 107-110.

**ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В ЦЕНТРЕ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ГБОУ ВПО КубГМУ МИНЗДРАВА
РОССИИ ОСНОВАМ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ**

СТОМАТОЛОГИИ

Лапина Н.В., Старченко Т.П.,
Попков В.Л., Кочконян Т.С.,
Старченко В.И., Сеферян К.Г.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

Основные мануальные навыки, обеспечивающие проведение лечебных и профилактических мероприятий по программе подготовки врача-стоматолога общей практики, приобретаются студентами-стоматологами на профильных кафедрах факультета. Базой для первичного обучения студентов общеврачебным и специализированным практическим навыкам стал Центр практических навыков (ЦПН) университета, в котором проходят обучение студенты 1-5 курсов стоматологического факультета [1].

В Центре отрабатываются общеврачебные и специальные стоматологические навыки.

К общеврачебным навыкам в первую очередь относятся навыки оказания сердечно-легочной реанимации (СЛР). После изучения теории на лекции и семинарском занятии студентам в специализированной кабине демонстрируется методика выполнения СЛР с комментариями и объяснениями с последующим выполнением студентом сначала под контролем преподавателя, а затем самостоятельно и в группе данного упражнения на тренажере.

Специальные стоматологические навыки, в том числе относящиеся к области ортопедической стоматологии, изучаются студентами с 1 курса при освоении пропедевтики стоматологических заболеваний и материаловедения. Студенты приступают к работе со стоматологическим инструментарием и оборудованием [2].

Аудитория оснащена индивидуальными стоматологическими фантомами модулями в виде полноценного

рабочего места врача-стоматолога с фантомами головы и челюстей.

При изучении раздела «Материаловедение» наличие современных пломбировочных материалов позволяет грамотно выбрать надлежащий пломбировочный материал, выявить его положительные и отрицательные стороны.

Освоение навыков раскрытия полости различных групп зубов, подготовка канала корня для дальнейших терапевтических и ортопедических манипуляций осуществляется с помощью современных эндомоторов, апекс-локаторов.

При изучении дисциплины «ортопедическая стоматология» после демонстрации методики обследования пациентов в центре практических навыков студентами отрабатываются навыки снятия оттисков с фантомов челюстей различными оттискными массами (альгинатными, силиконовыми) с применением последних достижений в области материаловедения. Проводится самостоятельная отливка гипсовых моделей.

Студентами отрабатываются навыки препарирования зубов под различные виды зубных протезов: вкладки, культевые штифтовые вкладки, виниры, коронки металлические (штампованные и цельнолитые), эстетические (пластмассовые, комбинированные, фарфоровые, металлопластмассовые, металлокерамические).

Дальнейшая работа продолжается уже на фантомах головы человека с имитацией полости рта, что усложняет работу студента, приближая ее к реальным условиям.

На данных фантомах челюстей студентами отрабатываются прямые методы изготовления культевых штифтовых вкладок из воска и самотвердеющих пластмасс.

В последние годы преподаватели кафедры ортопедической стоматологии неоднократно проходили усовершенствование в центральных базах в г. Москве по последним разработкам в области ортопедической стоматологии и внедрении этих технологий в педагогический процесс. В частности, в центре практических навыков демонстрируется и студентами самостоятельно выполняется обучение технологии «CAD/CAM-диоксид циркония». В центре практических навыков имеется система Zircon Zahn, которая включает в себя фрезерный станок M5, оптический сканер S600, программное обеспечение. Эта система используется стоматологами-ортопедами для изготовления каркасов из диоксида циркония. Это самое современное решение, имеющееся на рынке CAD/CAM. Данное оборудование одно из лучших в России, позволяет изготавливать работы любой протяженности, а также работать с артикулятором. Основная работа по эстетике и физиологии будущих зубных протезов ведется непосредственно в программе 3D-моделирования. При применении данной технологии человеческий фактор минимален. В компьютерной программе фиксируется считанная лазерным сканнером форма будущей коронки. Этой же программой моделируется каркас необходимой формы. Затем согласно заданной программе из цельного блока диоксида циркония осуществляется фрезерование коронки специальным аппаратом, вследствие чего получается сверхточная конструкция коронок, которые отличаются безупречной эстетикой и высокой прочностью.

Данная технология изготовления эстетических конструкций несъемных зубных протезов сначала под контролем преподавателя, а затем самостоя-

тельно полностью осваивается студентами в центре практических навыков.

Кроме того, студентами самостоятельно осуществляется планирование конструкций съемных видов зубных протезов: бюгельных (с разметкой диагностических моделей в параллеломере), изготовление восковых базисов с прикусными валиками при изготовлении частичных и полных съемных протезов.

Таким образом, подготовка студента в Центре практических навыков, начинающаяся с 1-го года обучения и заканчивающаяся на 5 курсе, позволяет построить систему обучения с моделированием клинических ситуаций различной степени сложности. Преемственность обучения обеспечивается представителями всех профильных стоматологических кафедр. Это позволяет обеспечить возможность доклинического симуляционного обучения студентов-стоматологов, выработать у них первоначальные необходимые самостоятельные и командные навыки работы и в конечном итоге поднять обучение на качественно новый уровень.

Литература:

1. Процесс формирования мануальных навыков студентов стоматологического факультета на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России / В.В. Еричев, А.В. Арутюнов, Н.В. Лапина, Т.П. Старченко, И.Н. Пономаренко, В.И. Старченко // Международный журнал экспериментального образования: Материалы межвуз. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Современное профессиональное образование: проблемы, тенденции, перспективы». – М., 2014. – № 10. – С. 129-131.
2. А.А. Сухинин, А.В. Арутюнов Роль центра практических навыков в обучении студентов-стоматологов // Акту-

альные вопросы в теории и практике стоматологии: Сб. науч.тр. – Краснодар, 2013. – С. 24-31.

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
ИННОВАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ
КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ
КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ
СТУДЕНТОВ**

Лекаца А.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Интенсивное развитие инновационных технологий и внедрение их во все сферы нашей жизнедеятельности наложили определенный отпечаток на развитие личности современного молодого человека. Использование инновационных технологий связано с необходимостью подготовки специалиста высокого уровня в процессе педагогической деятельности. Инновационные технологии способствуют получению новых знаний; открывают возможности для овладения более высоким уровнем личной социальной активности; раскрытию творческих способностей студентов; приближают учебную деятельность к практической, формируя не только знания, умения и навыки по изучаемым предметам, но и активную жизненную позицию.

Инновационные технологии - набор методов, средств и мероприятий, обеспечивающих инновационную деятельность (Колосов В.Г.).

Педагогическая инновационная технология – это целостная и последовательная деятельность педагога, направленная на достижение необходимого результата, имеющая вероятностный прогнозируемый характер.

К основным целям современных педагогических технологий относят:

- на основе фундаментального образования выработать стремление студентов к самостоятельной работе, к обучению и самообучению;

- сформировать у студентов такие качества как креативность, рефлексивность, коммуникабельность, ответственность, проектное мышление и аналитические способности, необходимые успешного личностного, профессионального и карьерного роста студентов.

Студенческий возраст (юность) – период взросления, характеризуется как наиболее интенсивная фаза социализации личности. По мнению К.Д. Ушинского, студенческий возраст является «самым решительным», т. к. именно в этот период формируются ценностно-смысловые ориентиры, активно развиваются высшие психические функции, происходит становление характера. Это время самоопределения и активной самооценки, выбора жизненного пути.

Как «особая социальная категория, специфическая общность людей» - студенчество, по мнению И.А. Зимней, имеет свои, только ему присущие черты:

- высокий образовательный уровень;
- высокая познавательная мотивация;
- наивысшая социальная активность;
- гармоничное сочетание интеллектуальной и социальной зрелости.

В отличие от других возрастных категорий юношеский возраст характеризуется наивысшей скоростью оперативной памяти и переключения внимания, способностью решать вербально-логические задачи. Таким образом, главной особенностью студенческого возраста является достижение наивысших, «пиковых» результатов, которые

базируются на биологическом, психологическом и социальном развитии личности.

Согласно А.В. Толстых, в этом возрасте молодые люди обладают высокой работоспособностью, выдерживают большие физические и психические нагрузки, наиболее способны к приобретению всех необходимых знаний, умений и навыков, необходимых в предстоящей профессиональной деятельности. Студенческий возраст является наиболее благоприятным для развития специальных личностных и функциональных качеств (креативность, коммуникабельность, лидерство, упорство, настойчивость, трудолюбие, ответственность и т.д.), отвечающих требованиям современного общества.

Поэтому перед современным образованием стоит сложная задача. Во-первых, учитывая особенности юношеского возраста подготовить специалистов к будущей профессиональной деятельности. Во-вторых, используя педагогические методы и приемы, сохранить связь поколений на основе традиций и инноваций. В-третьих, основным подходом в современном образовании должен быть гуманистический.

Существенным изменением применения образовательных технологий является смена функциональной деятельности преподавателя и студента. Преподаватель выступает в качестве консультанта-координатора, а студенты, в свою очередь, обретают большую самостоятельность в выборе способов усвоения учебного материала.

Образовательные технологии дают широкие возможности дифференциации и индивидуализации учебной деятельности.

Для практического воплощения могут быть использованы следующие основные инновационные технологии:

- проблемное обучение;

- технология развития «критического мышления»;

- информационно-коммуникационные технологии;

- проектные и исследовательские методы в обучении;

- технология интенсификации обучения на основе схемных и знаковых моделей учебного материала (В. Ф. Шаталов).

В качестве дополнительных технологий в современной педагогике используют:

- игровые методы (ролевые, деловые и другие виды обучающих игр);

- метод кейсов;

- интерактивные методы.

Подводя итог выше сказанному, мы можем сказать, что использование педагогических технологий, учитывающих индивидуальные особенности учащихся, отражают развитие гуманистических тенденций в современном образовании. Современные образовательные технологии можно рассматривать как ключевое условие повышения качества образования, снижения нагрузки учащихся, более эффективного использования учебного времени.

Литература:

1. Гуслова М. Н. Инновационные педагогические технологии : учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования / М. Н. Гуслова. — 4-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2013. — 288 с.
2. Мухина С.А., Соловьева А.А. Современные инновационные технологии обучения. - М., 2008.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ
ВБИ В ЛПУ**

Лынова Е.Н., Хитайленко Ю.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность: труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях требует и больших физических усилий и выносливости, внимания и высокой трудоспособности в экстремальных условиях, зачастую из-за жесточайшего дефицита времени.

Защита медицинского персонала от заражения инфекционными болезнями в современных условиях развития здравоохранения становится важной и неотложной государственной задачей. Установлено, что инфекционная заболеваемость медицинских работников, связанная с профессиональной деятельностью, отличается высокими уровнями.

Целью исследования явилось изучение информированности медицинских сестер ЛПУ г. Краснодара о неблагоприятных факторах на своих рабочих местах и мерах профилактики профессионального инфицирования.

Задачи:

1. Выявить ведущий неблагоприятный фактор производственной среды.

2. Определить теоретические знания медицинских сестер ЛПУ г. Краснодара о мерах профилактики профессионального инфицирования.

Материалы и методы:

Методика исследования включила разработку анкеты и проведение тестирования. В опросе участвовали процедурные и постовые медицинские сестры, работающие в ЛПУ различного профиля г. Краснодара края и проходившие обучение в 2014 году на циклах повышения квалификации в

КММИВСО в количестве 100 человек. Стаж работы от 1 до 20 лет, средний возраст - 40 лет.

Определяли, насколько медицинские сестры знакомы с профессиональными факторами, угрожающими здоровью на рабочем месте, оценивались условия труда и знания по профилактике профессионального инфицирования.

Большая часть опрошенных (89%), среди профессиональных факторов, угрожающих здоровью выделила риск заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами В, С, Д, далее гриппом и ОРЗ (7%), и химическими агентами (4%). Анализируя ответы на вопросы об условиях труда, установлено, что 20% опрошенных медицинских сестер не соблюдают в полной мере предосторожности при работе с биологическими жидкостями из-за нехватки средств индивидуальной защиты (перчатки выдаются в ограниченном количестве, нет защитных очков и щитков). Безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл имеют возможность применять лишь 57% опрошенных медсестер.

Выявлено, что медицинские сестры недостаточно ориентируются в мерах профилактики при возникновении техаварий (укол или порез иглой, скальпелем, разбрызгивание крови и биологических жидкостей с попаданием на кожу и слизистые) в ЛПУ. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы. Так, среди медицинских сестер, стаж работы которых 1-5 лет уровень теоретических знаний по инфекционной безопасности и инфекционному контролю составляет 37%, стаж 5-10 лет - 49%, стаж 10-15 лет - 51%.

Выводы:

В результате проведенного исследования было подтверждено, что:

1. Ведущим вредным фактором, оказывающим влияние на здоровье медсестер, является биологический.

2. Выявлена недостаточность знаний о мерах профилактики профессиональных заражений. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы, что свидетельствует о необходимости подкрепления теоретических знаний практическим опытом.

3. Не все ЛПУ имеют возможность применять безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл.

Предложения:

Вопросы инфекционной безопасности и действий медицинской сестры по предупреждению профессионального инфицирования должны изучаться на всех курсах базового образования: перед выходом студентов на практику в ЛПУ они должны сдавать зачет по инфекционной безопасности и инфекционному контролю с демонстрацией практических навыков в учебном заведении при участии руководителей практики от ЛПУ, в существующей системе повышения квалификации медицинских работников шире применять проведение краткосрочных циклов в виде тематического усовершенствования, включающих тематику профилактики профессионального заражения медицинских работников в ЛПУ.

Литература:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. - Ростов н/Д: Феникс, 2012.
2. Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник доку-

ментов, комментарии, рекомендации. - Ростов: Феникс, 2011.

3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. - Ростов: Феникс, 2009.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ЛПУ

Лынова Е.Н., Шаповалов К.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях требует и больших физических усилий и выносливости, внимания и высокой трудоспособности в экстремальных условиях, зачастую из-за жесточайшего дефицита времени.

Защита медицинского персонала от заражения инфекционными болезнями в современных условиях развития здравоохранения становится важной и неотложной государственной задачей. Установлено, что инфекционная заболеваемость медицинских работников, связанная с профессиональной деятельностью, отличается высокими уровнями.

Показатели профессиональной заболеваемости медицинских работников в Российской Федерации более чем в 2 раза превышают показатели заболеваемости в других отраслях народного хозяйства. По данным выборочных исследований, уровень заболеваемости острыми и хроническими инфекционными заболеваниями превышает анало-

гичную заболеваемость населения более чем в 7 раз.

Профессиональные заболевания регистрируются, как правило, в трех профессиональных группах: средних медицинских работников (медицинские сестры - 43,0%, лаборанты - 2,5%, фельдшеры - 3,0%), санитарок - 10,0%. На долю врачей приходится 26,5%, работников судмедэкспертизы - 2,0%.

Инфицированию медицинского персонала способствуют своеобразие экологических условий ЛПУ (госпитальный микробный пейзаж, ускорение темпов эволюции возбудителей ВБИ, концентрация ослабленных лиц на ограниченной площади помещений), наличие большого числа источников инфекции (больных и носителей) среди пациентов, нарастающий объем инвазивных вмешательств, увеличивающих риск заражения персонала через кровь и другие биологические жидкости, осложнение эпидемиологической обстановки в стране по целому ряду инфекционных нозоформ.

Медицинские работники в своей деятельности могут подвергаться воздействию многих факторов, опасных для здоровья и способных вызывать профессиональные заболевания. Условно факторы можно поделить на пять групп:

- физические - ионизирующее и неионизирующее излучение, ультразвук, лазерное излучение, шум, вибрация и т.д.;

- химические - высокоактивные лекарственные препараты, химические вещества и дезинфицирующие средства;

- биологические - патогенные и условно-патогенные микроорганизмы;

- нервно-эмоциональные - интеллектуальное и эмоциональное напряжение, сменная работа, часто при дефиците времени и в экстремальных ситуациях;

- эргономические - работа в вынужденной позе и при эксплуатации эргономически неадекватного оборудования.

Очевидно, что воздействие на медицинский персонал названных факторов может отражаться на здоровье и вызывать профессиональные заболевания.

Основными факторами производственной среды, которые приводят к возникновению профессиональных заболеваний среди медработников в России, являются: биологический фактор, удельный вес которого составляет в среднем 73%, высокоактивные лекарственные препараты - 16% и химические вещества - 11%.

В структуре профессиональных заболеваний преобладают такие нозологические формы, как туберкулез органов дыхания (до 70%), парентеральные вирусные гепатиты (до 19%), астма бронхиальная (до 5%).

В последние годы на фоне стабильно высоких показателей заболеваемости туберкулезом среди населения, наблюдается повсеместный рост заболеваемости туберкулезом медицинских работников. Риск инфицирования среди персонала инфекционных и фтизиатрических стационаров особенно высок, поскольку частота контакта с инфекционным агентом у них наибольшая.

Заболеваемость инфекционными болезнями в процессе профессиональной деятельности приводит к потере их трудоспособности, инвалидизации, в ряде случаев, летальным исходам и сопровождается значительным социально-экономическим ущербом. Учитывая это, следует подчеркнуть важность организационных решений данной проблемы в современных условиях развития здравоохранения.

Внутрибольничным инфекциям свойственна множественность механизмов передачи.

К естественным механизмам передачи, обеспечивающим сохранение возбудителя как биологического вида относят воздушно-капельный, фекально-оральный, контактно-бытовой и трансмиссивный (гемотрансмиссивный.)

В современных условиях исключительно важное значение приобретает новый мощный искусственный (от лат. *artifitiale* - искусственный), созданный искусственно медициной механизм передачи. Именно интенсификация искусственного механизма создала остроту проблемы ВБИ, возникающих у медицинских работников и пациентов в связи с оказанием медицинской помощи в стационарах, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому. Искусственный механизм передачи включает широкий спектр вариантов, большей частью связанных с инвазивными диагностическими и инвазивными лечебными процедурами, реже - с неинвазивными манипуляциями (ингаляционные процедуры). Число инвазивных процедур и значимость искусственного механизма передачи в мире растет в связи с увеличением числа сложных диагностических и лечебных процедур и трудностью обеззараживания некоторых видов аппаратуры.

Заражение гепатитами В, С, ВИЧ-инфекцией возможно при таких манипуляциях как взятие крови, проведение инъекций, более сложных манипуляциях - венесекциях и катетеризации сосудов и таких ответственных процедурах как получение биоптатов органов и тканей, трансплантации тканей, органов, костного мозга. Опасность заражения существует при трансфузиях крови и ее компонентов, поскольку в современных условиях кровь проверяется лишь на ограниченное число инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, сифилис). На гепатит G, ретровирусный Т - клеточный лейкоз, герпетические ин-

фекции, токсоплазмоз, и другие заболевания проверка крови в условиях практической деятельности не осуществляется. Карантинизация крови, резко снижающая возможность инфицирования ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами, практикуется еще недостаточно широко.

Нарушение правил работы может приводить к возникновению ВБИ у персонала и пациентов при таких различных инвазивных вмешательствах как стоматологические манипуляции (лечение парадонтоза, экстракция зубов) и внутривенная лазерная терапия, иглоукалывание и искусственное оплодотворение, примерка мостов при протезировании зубов и протезирование суставов. Оперативные вмешательства способствуют, большей частью, экзогенному возникновению инфекции.

Эндоскопические методы обследования и лечения, несмотря на высокую информативность, эффективность и малую травматичность могут приводить к заражению хеликобактериозом, туберкулезом, гепатитами В, С, Д, О (скрытую кровь удавалось обнаруживать азопирамовой пробой на наружной поверхности эндоскопической техники при отсутствии видимой травматизации слизистых оболочек и контакта с кровью).

Использование аппарата искусственной вентиляции легких, подчас спасая жизнь, увеличивает число ВБИ, особенно пневмоний. Искусственный и естественный механизм передачи нередко сочетаются.

Целью исследования явилось изучение информированности медицинских сестер ЛПУ г. Краснодара о неблагоприятных факторах на своих рабочих местах и мерах профилактики профессионального инфицирования.

Задачи:

1. Выявить ведущий неблагоприятный фактор производственной среды.

2. Определить теоретические знания медицинских сестер ЛПУ г. Краснодара о мерах профилактики профессионального инфицирования.

Материалы и методы:

Методика исследования включила разработку анкеты и проведение тестирования. В опросе участвовали процедурные и постовые медицинские сестры, работающие в ЛПУ различного профиля г. Краснодара края и проходившие обучение в 2014 году на циклах повышения квалификации в КММИВСО в количестве 100 человек. Стаж работы от 1 до 20 лет, средний возраст - 45 лет.

Определяли, насколько медицинские сестры знакомы с профессиональными факторами, угрожающими здоровью на рабочем месте, оценивались условия труда и знания по профилактике профессионального инфицирования.

Большая часть опрошенных (89%), среди профессиональных факторов, угрожающих здоровью выделила риск заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами В, С, Д, далее - гриппом и ОРЗ (7%), и химическими агентами (4%). Анализируя ответы на вопросы об условиях труда, установлено, что 20% опрошенных медицинских сестер не соблюдают в полной мере предосторожности при работе с биологическими жидкостями из-за нехватки средств индивидуальной защиты (перчатки выдаются в ограниченном количестве, нет защитных очков и щитков). Безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл имеют возможность применять лишь 57% опрошенных медсестер.

Выявлено, что медицинские сестры недостаточно ориентируются в мерах профилактики при возникновении техаварий (укол или порез иглой, скальпелем, разбрызгивание крови и биологических жидкостей с попадани-

ем на кожу и слизистые) в ЛПУ. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы. Так, среди медицинских сестер, стаж работы которых 1-5 лет уровень теоретических знаний по инфекционной безопасности и инфекционному контролю составляет 37%, стаж 5-10 лет - 49%, стаж 10-15 лет - 51%.

Выводы:

В результате проведенного исследования было подтверждено, что:

1. Ведущим вредным фактором, оказывающим влияние на здоровье медсестер, является биологический.

2. Выявлены недостаточные знания о мерах профилактики профессиональных заражений. Причем уровень знаний медицинских сестер по инфекционной безопасности среди респондентов тем ниже, чем меньше стаж практической работы, что свидетельствует о необходимости подкрепления теоретических знаний практическим опытом.

3. Не все медицинские сестры обеспечены средствами индивидуальной защиты.

4. Не все ЛПУ имеют возможность применять безопасные современные системы забора крови (вакуумные) и устройства по отсоединению использованных игл.

Предложения:

Вопросы инфекционной безопасности и действий медицинской сестры по предупреждению профессионального инфицирования должны изучаться на всех курсах базового образования: перед выходом студентов на практику в ЛПУ они должны сдавать зачет по инфекционной безопасности и инфекционному контролю с демонстрацией практических навыков в учебном заведении при участии руководителей практики от ЛПУ, в существующей си-

стеме повышения квалификации медицинских работников шире применять проведение краткосрочных циклов в виде тематического усовершенствования, включающих тематику профилактики профессионального заражения медицинских работников в ЛПУ.

Литература:

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. — Ростов н/Д: Феникс, -2012.
2. Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации.— Ростов: Феникс, 2011.
3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. — Ростов: Феникс, 2009.
4. Аслоньянц, А.М., Ищенко, О.Ю. Международный журнал экспериментального образования. Использование модульно - компетентностной технологии преподавателем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение". Москва: Академия естествознания, 2014 (10), 41-45.
5. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала //Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) научно-методической конференции РИЦ БашГУ.- 2014.-С.75-77.
6. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе //Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014-С.160-162.

ПРОБЛЕМА РАЗВОДОВ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ

СЕМЬЕ

Мавриды Н.К., Коробская Н.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Семейные отношения возникли очень давно, и не случайно так сложилось, что в семье нужны и отец и мать. Но, к сожалению, семейная жизнь – не всегда источник радостей, она не может всегда протекать гладко, есть немало семейных трудностей. Как и в любой динамической системе в семье имеются периоды, называемые кризисными, во время которых обостряются те или иные проблемы, может быть, и не решенные раньше, возникают конфликты, ссоры. К сожалению не каждая семья может с ними справиться, «семейный корабль» дает трещину и идет ко дну.

Как сохранить брак? Вопрос не из простых. Кто-то надеется только лишь на свои собственные силы, кто-то обращается за помощью к родственникам и друзьям, а кто-то – к семейному консультанту психологу. К сожалению, бывает так, что даже помощь профессионалов не помогает сохранить семейные отношения. Тогда у многих людей возникают вопросы: а как же жить дальше? что будет с детьми? могут ли я рассчитывать на счастье в будущем? Эти вопросы без сомнения очень важны и требуют ответов.

Исследователи исходят из того, что отношения между супругами постоянно развиваются и меняются. Время от времени в отношениях супругов могут возникать некоторые «непредвиденные» изменения, однако существует и ряд закономерных, «нормативных», изменений, типичных для развития брака во времени. На смену романтической любви в период ухаживания и молодости приходит реалисти-

ческое понимание брака. Часто дело доходит до конфронтации идеалистических представлений о браке и партнере с реальными «мелочами» повседневного быта. После рождения детей появляются новые радости и заботы. Отдельные стадии развития супружеских отношений соответствуют периодам воспитания детей, их отделения от родителей и возможного ухода из дома. Наиболее известна система «стадий», где в качестве основного признака их разграничения используется наличие или отсутствие детей в семье и их возраст. Кризисная ситуация в семье может возникнуть и без влияния каких-либо внешних факторов, обуславливающих бытовое и экономическое положение супружеской пары, без вмешательства родителей, измены или каких-то патологических черт личности одного у супругов. Присутствие же этих факторов ускоряет создание кризисной ситуации и усугубляет ее. Нарастает чувство неудовлетворенности, обнаруживаются расхождения во взглядах, возникают молчаливый протест, ссоры, ощущение обмана и упрёки. Также не редко возникают конфликты.

Конфликты социально обусловлены и опосредствованы индивидуальными особенностями психики людей. Участники семейных конфликтов часто не являются противоборствующими сторонами, адекватно осознавшими свои цели, скорее они жертвы собственных неосознаваемых личностных особенностей и неправильного, не соответствующего реальности, видения ситуации и самих себя. Для семейных конфликтов характерны крайне неоднозначные и потому неадекватные ситуации, связанные с особенностями поведения людей в конфликтах. Демонстрируемое поведение часто маскирует истинные чувства и представления о конфликтной ситуации и друг

о друге. Так, за грубыми и шумными столкновениями супругов могут скрываться привязанность и любовь, а за подчеркнутой вежливостью – эмоциональный разрыв, хронический конфликт, иногда и ненависть. Классификация конфликтов на почве неудовлетворенных потребностей супругов:

Конфликты, размолвки, возникающие на основе неудовлетворенной потребности в ценности и значимости своего «я», нарушение чувства достоинства со стороны другого партнера, его пренебрежительное, неуважительное отношение.

Психические напряжения, депрессии, конфликты, ссоры из-за неудовлетворенной потребности одного или обоих супругов в положительных эмоциях: отсутствие ласки, заботы, внимания, понимания юмора, подарков.

Конфликты, ссоры, связанные с пристрастием одного из супругов к спиртным напиткам, азартным играм и другим гипертрофированным потребностям, приводящим к неэкономным и неэффективным, а порой и бесполезным затратам средств семьи.

Финансовые разногласия, возникающие на основе преувеличенных потребностей одного из супругов в распределении бюджета, содержания семьи, вклада каждого из партнеров в материальное обеспечение семьи.

Конфликты, ссоры, размолвки из-за неудовлетворения потребностей супругов в питании, одежде, в устройстве домашнего очага и т.д.

Конфликты в связи с потребностью во взаимопомощи, взаимоподдержке, в сотрудничестве по вопросам разделения труда в семье, ведения домашнего хозяйства, ухода за детьми.

Конфликты, размолвки, ссоры на почве разных потребностей и интересов в проведении отдыха и досуга, различных хобби.

При рассмотрении семейных кризисов и конфликтов косвенно был задет вопрос о причине разводов. В нашей стране, согласно новейшим исследованиям основными причинами разводов являются следующие: материальные бытовые проблемы, пьянство одного из супругов, ослабление ценности семьи для нынешнего поколения, супружеская неверность, психологическая несовместимость, однообразие и скука семейной жизни, новая любовь, отсутствие детей и другие

Исходя из приведенных данных, правомерно возникает вопрос, не является ли нежелание вступать в повторный брак после развода следствием более глубоких причин? Одной из них, например, может быть сохраняющаяся какое-то время после развода эмоциональная привязанность к бывшему брачному партнеру. Во всяком случае, едва ли такое явление, как рост числа людей, не желающих после развода вступать в повторный брак, можно объяснить только приобретенным или негативным опытом и неудачей первого брака.

Следующее направление влияния разводов на эффективность функционирования института брака состоит в том, что перспектива развода, вернее опасение, что муж (жена) воспользуется правом на развод при первом же более или менее серьезном конфликте, так или иначе, отражается на поведении каждого из супругов и их отношении к своим семейным ролям, на взаимных оценках и самооценках, на планировании семьи, по меньшей мере, до тех пор, пока и у мужа, и у жены не появляется чувство стабильности их семей, а, следовательно, и ориентации не только на сегодняшний и на завтрашний день, но и на относительно далекое будущее. Согласно верной гипотезе, разводы увеличивают число людей, не вступающих в повторный

брак, и, что самое главное, которые не хотят этого делать, хотя бы в ближайшие несколько лет... Развод выполняет по отношению к браку двойную роль. Он может выступать средством нравственного возвышения супружества, утверждением равноправия между мужчиной и женщиной, если направлен против пережитков прошлого в брачных отношениях, эксплуатации и морального унижения одного из супругов, но он может стать и своего рода антиподом брака, если является следствием этих пережитков, нравственной незрелости супругов...

Безусловно, вопрос о том, какое влияние на этот выбор имеет установка типа, «в крайнем случае, можно развестись», требует эмпирических доказательств. Однако тот факт, что треть разводов падает на семьи, существовавшие менее года, еще треть - от года до пяти, что развод стал проблемой молодых семей, в какой-то мере уже подтверждает сделанный вывод.

1) Последствия развода крайне отрицательно сказывается на здоровье обоих бывших супругов: разведенные болеют в среднем в два раза чаще, чем семейные, и живут меньше. После развода риск заболеваний у разведенных увеличивается на 30%, ухудшает психологическое состояние.

2) Однако, самое главное социальное последствие разводов - это дети. Бывшие супруги часто настраивают ребенка друг против друга, в результате чего у ребенка появляется агрессивность, недружелюбие, подавленность, обида, негативное поведение и т.д.

Итак, развод перестал быть исключительным и стал, к сожалению, обычным явлением в современном обществе.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ

НЕПРОХОДИМОСТИ

Малова Ю. Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к наиболее трудным для диагностики, отличается тяжелым клиническим течением, дает самую высокую летальность среди больных, оперированных по поводу «острого живота». Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм, как узлообразование, инвагинации, завороты, но возросла частота обтурационной непроходимости, обусловленной опухолью толстой кишки. По-прежнему наиболее частой формой является спаячная кишечная непроходимость. (Петров В. П., Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость) Своевременная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости, в том числе профилактика непроходимости путем эндоскопической установки стентов, позволяет сохранить высокое качество жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями органов брюшной полости, а в ряде случаев и спасти жизнь.

ОКН – заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно-кишечному тракту [3]. Для распознавания ОКН используют: лапароскопию, фиброэндоскопию, УЗИ, ангиографию, рентгенологические обследования [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей сестринского процесса при данной патологии.

За 2010 – 2013 гг. в клинической базе БСМП в хирургическом отделении находилось 50 пациентов с различными формами ОКН. Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: рассечения множественных спаек (72%); резекции измененной кишки (22%); устранения заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке (6%).

Данные диагностики органов брюшной полости позволили верифицировать различные формы ОКН. Спаечная непроходимость была диагностирована у 54%; обтурационная непроходимость у 6%; странгуляционная непроходимость у 40%. Основным фактором развития ОКН являлись спайки брюшной полости, а так же заворот кишок, инвагинация, узлообразование, закупорка просвета кишки сдавливающей опухолью.

Чтобы заподозрить ОКН у больного, мы уточняли из анамнеза, не было ли у него травм живота и операций, которые могли бы стать причиной спаек в брюшной полости. У женщин уточняли гинекологический анамнез. Обращали внимание на поведение больного и его жалобы. Примерно половина больных жаловались на тошноту и рвоту. При осмотре у большинства больных язык был сухой и обложенный. Тахикардия и тахипноэ отмечены у всех. При исследовании живота отмечалось его вздутие. При аускультации, у части больных выслушивались характерные для ОКН звуки. Из инструментальных методов обследования применялась обзорная рентгеноскопия и рентгенография, которые не требуют особой подготовки больного.

Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии и послеоперационной интенсивной терапии, результаты лечения больных с ОКН

нельзя признать удовлетворительными, так как летальность составляет 17-21%.

Анализируя послеоперационную летальность при ОКН ряд авторов установил, что поздняя обращаемость больных является причиной неблагоприятных исходов

В то же время как диагностические ошибки и, как следствие этого, запоздалая операция, являлись причиной смерти в 49,2% случаев, а тактические и технические ошибки во время операции - в 13,8% случаев.

Выводы:

После исследования необходимой литературы и историй болезни респондентов, мы пришли к выводу, что в настоящее время ОКН является одним из самых широко распространенным хирургическим заболеванием.

После проведения независимых, зависимых и взаимозависимых вмешательств была произведена оценка эффективности сестринского процесса. Было отмечено улучшение общего состояния больных. Знание всех этапов сестринского процесса позволят медсестре помочь пациенту справиться с данными состояниями: чувство тревоги, страха, помогает пациенту избежать стрессовых ситуаций, беспокойства перед операцией. Именно медицинская сестра помогает больному поверить в положительный исход лечения, вселить веру в положительный исход операции.

Литература:

1. Петров В.П., Ерюхин И. А. / Кишечная непроходимость – М.: Медицина, 2007. – 277с.
2. Дмитриева З. В., Теплова А. И. / Теоретические основы сестринского дела в хирургии – СПб.: СпецЛит., 2010. – 319 с.
3. Хирургические болезни /Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с.

4. Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Семенов Н. Н. / Сестринское дело – М: Медицина, 2008. – 544 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЛЬТРАТА

Мороз О.Н., Рупина А.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Увеличение объема медицинской помощи, оказываемой населению, повышение ее доступности, появление новых лекарственных препаратов, сопровождается постоянным увеличением количества выполняемых инъекций [1,2].

Параллельно с увеличением числа инъекций нарастает и число постинъекционных осложнений. Из всех постинъекционных осложнений выделена группа, безусловно доминирующая это постинъекционные инфильтраты. По данным статистики примерно каждые 10 лет в 2–2,5 раза увеличивается число больных с данной патологией [3].

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в профилактике постинъекционного инфильтрата и разработать методы комплексных мероприятий по профилактике возникновения постинъекционного инфильтрата.

Исследование проводилось на базе Негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО «РЖД». Были взяты респонденты в количестве 30 человек. Из них 10 (33%) мужчин, 20 (67%) женщин. Анализ результатов исследования (анкетирование, тестирование, наблюдение) показал, что постинъекционный ин-

фильтрат был обнаружен у 11 человек (37%) из 30. На вопрос «Обрабатывают ли медсестры руки перед манипуляцией?» респонденты ответили следующим образом: «да» 8 - человек (27%), «не всегда» - 17 человек (57%), «нет» - 5 человек (17%). А вот на вопрос «Всегда ли вы отмечаете наличие перчаток на руках медсестер во время манипуляции?» респонденты ответили так: «да» - 22 человека (73%), «нет» - 8 человек (27%). На вопрос «Проводят ли медицинские сестры беседы по профилактике осложнений?» респонденты ответили так: «да» - 12 человек (40%), «иногда» - 8 человек (27%), «нет» - 10 человек (33%). В результате исследования выяснили, что постинъекционный инфильтрат в большей степени возникает из-за нарушения медицинскими сестрами асептики (57%), а в меньшей - вопросов, касающихся техники выполнения манипуляции (73%).

В результате исследования был сделан вывод о том, что роль медицинской сестры в профилактике постинъекционного инфильтрата очень важна и необходима; это обусловлено тем, что именно от нее зависит качество подготовки и выполнения сестринских манипуляций.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю., Мороз О.Н., Савощенко И.В. Технология выполнения сестринских манипуляций в терапии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело». Издание 2-е перераб. и доп. – Краснодар: ООО «Компания Грейд-Принт». - 2015. - 90 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психология здоровья /Н. Е. Водопьянова. – СПб: СПбГУ, 2009.
3. Этиология и патогенез постинъекционных воспалительных осложнений / Л.И. Колб. – // Медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 14-19.

ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА ПОСРЕДСТВОМ БЫТОВОЙ СКАЗКИ

Мурзаева М.А., Лисицына В.О.
МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия

Современное общество сталкивается с множеством проблем. Изменной проблемой во все времена является недостаточное взаимопонимание между старшим и младшим поколениями. Обязательным компонентом успешного общества является нравственное развитие человечества, которое начинается с формирования основ морали и общечеловеческих признаков, представленных в качестве иерархии духовных ценностей. Процесс формирования человеческих убеждений, идеалов, ценностные ориентации определяется, с одной стороны, социально-экономическими, политическими, культурными условиями, а с другой, – условиями воспитания и образования человека.

Основная цель духовно-нравственного воспитания заключается в приобщении нового поколения к определенной системе общепринятых взглядов на мир и соответствующей системе морали в современном обществе.

Ключевыми категориями в формировании духовно-нравственных ценностей являются любовь, забота, сострадание и т.д. Основные, распространенные и необходимые ответы на бытийные вопросы сложились и существуют в исторически духовной культуре общества, которые нашли наиболее яркое отражение в бытовых сказках.

Сказка – это часть культурного народного наследия каждой из стран и

каждого народа. Сказки отличаются своими национальными особенностями, но вместе с тем носят интернациональное начало. Сказка – это народное творчество, передающееся из уст в уста из поколения в поколение; это то, что воспитывает нас с самого детства и представляет нам картину этого мира, как вымышленного, так и настоящего.

Обратимся к определению слова “сказка”. Согласно термину, который предложил Никифоров А.И. в 1930 году, «Сказки – это устные рассказы, бытующие в народе с целью развлечения, имеющие содержанием необычные в бытовом смысле события (фантастические, чудесные или житейские) и отличающиеся специальным композиционно-стилистическим построением» [1].

Сказки зачастую полезны не только детям, как призма любого общества, но и их родителям. К таким сказкам относятся сказки бытового жанра. Бытовая сказка – сказка, отражающая реальную действительность, где зачастую главными героями являются животные или люди.

В английском же языке слово “сказка” определяется как: «*Fairy tale is a story for children about fairies, or about magic and enchantment // a very improbable story // a lie.* (Волшебная сказка – это рассказ о феях, волшебстве и магии // очень неправдоподобная история // вымысел)» [3].

В бытовых сказках присутствует множество проблем, с которыми может столкнуться ребенок и взрослый в реальной жизни. Эти сказки воспитывают в людях нравственные и общечеловеческие ценности, такие как доброта, забота и любовь.

Примечательно, что бытовые сказки характерны для англоязычной культуры. Именно бытовые сказки Англии являются информационно насыщенными: на смену волшебству и ска-

зочности приходят факты, затрагиваются темы духовно-нравственного воспитания.

Герои английских сказок весьма инертны. Главная движущая сила, лежащая в основе поступков сказочных характеров – не прославиться и стать сильнее и мудрее, а избежать какой-либо неудачи, провала.

В сказке автора Деби Глиори “*No matter what*” (англ. “Не смотря ни на что”) создается проблемная ситуация, заключающаяся в том, что зачастую дети недостаточно чувствуют родительскую любовь, вследствие чего основные духовно-нравственные категории теряют свою значимость.

Именно проблемная ситуация между поколениями помогает вслушаться как в самого себя, так и в своего ребенка, осознать и понять необходимость духовно-нравственного воспитания детей.

С помощью языковых средств в этой сказке ярко подчеркивается неуверенность Малыша и наоборот уверенность Большого, который всеми силами старается донести до сына свою любовь и заботу.

Слова-маркеры “*always*”, “*of course*”, “*for ever*”, “*never*”, а главное “*no matter what*”, эти неоднократные повторения фраз Большого, которые дают понять, что он действительно любит своего сына. В переводе эти слова и фразы означают “Всегда”, “конечно”, “навсегда”, “никогда” и “несмотря ни на что”.

Особое внимание необходимо уделить звуковым эффектам, которые присутствуют в сказке. Используя аллитерацию, автор передает настроение Малыша. Намеренное многократное употребление звуков и их комбинаций в той или иной степени имитируют естественные звуки:

“*Playing toss and fling and squash,* (Играл, и бросался, кидал, и ломал,)

Yell and scream and bang and crash.
(Кричал очень громко, и с грохотом падал)

Break and snap and bash and batter..." (И гремел, и крушил, долбил, колотил)

Многие из этих слов рифмуются, создавая ощущение, что Малыш кидает всё и ломает и кричит прямо перед нами. Даже не зная английского языка, слушатель может понять то, что ощущает Малыш в тот момент. Таким образом и мы чувствуем то негодование, злость и обиду, что чувствует Малыш.

Ключевым языковым приемом мы считаем сравнение такого термина как "любовь" с сиянием звезд. В сказке Большой берет Малыша на руки и подносит к окну, говоря при этом:

"Small look at the stars – how they shine and glow, (Малыш, посмотри на звезды – как они светят и мерцают),

but some of those stars dies a long time ago". (хотя некоторые из них уже давно погасли).

"Still they shine in the evening skies, (Они все еще светят в ночном небе),

Love, like starlight, never dies" (Любовь, как и сияние звезд, не умрет никогда).

Сравнение любви со звездным сиянием четко объясняет Малышу, насколько сильно любит его отец, и что он будет любить его всегда, даже тогда, когда их уже не будет. Это укрепляет и усиливает уверенность Малыша в том, что Большой его любит.

По мнению Ушинского К.Д., сравнение есть основа всякого понимания и всякого мышления, всё в мире узнаётся через сравнение. "Если вы хотите, чтобы какой-нибудь предмет внешней природы был понят просто, то отличайте его от самых сходных с ним предметов и находите в них сходство с самыми отдалёнными предметами, тогда только вы выясните себе суще-

ственные признаки предмета, а это значит – поймёте предмет" [2].

Исходя из наших наблюдений, можно сделать вывод, что жанр бытовой сказки изображает картину реального мира юным читателям и их родителям, возвращая духовно-нравственные ценности и моральные категории. Подобный характер представлений о мире посредством бытовой сказки способствует постановке определенных целей, из обобщения которых образуется общий жизненный план, формируются идеалы, придающие духовно-нравственному воспитанию действительную силу. Усвоение высших человеческих ценностей необходимо для духовно-нравственного развития личности на протяжении всей жизни человека. Именно поэтому бытовые сказки являются неотъемлемой частью в процессе воспитания нового поколения и духовно-нравственного развития старшего поколения.

Литература:

1. Никифоров А.И. Сказка, ее бытование и носители. – М., 1930
2. Ушинский К. Д. Избранные педагогические сочинения. Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии. – М., 1945.
3. The New Lexicon Webster's Dictionary of the English Language Text. / Webster. New York: Lexicon Publications, 1992.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАЛЕЙ КАК ОБЪЕКТ ТЕОРЕТИКО-ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Мухамедов А.А., *Абдукаххоров З.

*Ташкентский государственный
технический университет
им. Абу Райхана Беруни*

**Наманганский инженерно-
технологический институт*

Узбекистан

Основные эксплуатационные и технологические свойства сталей определяются их легированием. Легирование позволяет достигать необходимую прокаливаемость, упрочнение твердого раствора, упрочнение за счет дисперсности второй фазы. Легирующие элементы в штамповой стали, для горячего деформирования обеспечивают устойчивость к коагуляции частиц второй фазы (карбидов). В частности, прочность, вязкость, теплостойкость, прямо зависят от количества и дисперсности карбидов, их устойчивости против коагуляции при нагреве, а также от элементов тонкого строения структуры: величины блоков, уровня микроискажений, плотности дислокаций и степени их закрепления.

Повышение износостойкости и уменьшение разупрочнения штамповой стали достигается введением 3 – 5% карбидообразующих элементов, для увеличения прокаливаемости и измельчения зерна вводят никель и хром. В этом случае в стали образуются не только карбиды типа M_3C , но и $M_{23}C_6$, M_7C_3 , M_6C , M_2C , MC . Так как коагуляция карбидов происходит после распада мартенсита, растворения мелких карбидов типа M_3C , то повышение устойчивости к коагуляции связывают с образованием карбидов MC (VC) и M_2C (Mo_2C или W_2C) [1]. Несколько меньше устойчивость карбидов типа M_6C (Fe_3Mo_3C). Еще менее устойчивы к коагуляции карбиды типа M_7C_3 и $M_{23}C_6$ (C_7C_3 и $C_{23}C_6$).

Теплостойчивые штамповые стали, комплексно-легированные хромом, молибденом, вольфрамом, ванадием склонны к вторичному твердению при отпуске. Максимальное упрочнение (пик вторичного твердения) достигается после отпуска при 500 – 550^oC. Более высокая температура отпуска приводит к разупрочнению. Наиболее интенсивно

возрастает твердость при вторичном твердении при увеличении в стали содержания углерода, хрома и кремния. Кроме образования специальных карбидов типа M_7C_3 и $M_{23}C_6$ хром растворяется в феррите, повышая прочность, и растворяется в карбидных фазах типа M_6C , MC и M_2C способствуя более полному растворению специальных карбидов аустените при нагреве под закалку.

Термическая предыстория, исходная структура стали, сильно сказываются на свойствах после окончательной термической обработки. Наиболее ярко влияние термической предыстории сказывается на явлении структурной наследственности. Структурная наследственность выражается в восстановлении исходного зерна по форме и ориентации после фазовой перекристаллизации. Многочисленные исследования в области структурного наследования были проведены акад. Садовским В.Д. с сотрудниками. В частности установлено, что формирование тонкой структуры при окончательной термической обработке происходит в условиях наследования элементов исходного субмикростроения [2].

Часто, в целью повышения служебных свойств готовых изделий, проводят предварительную термическую обработку, т.е. создают оптимальную термическую предысторию. К этим методам можно отнести все режимы термической обработки с многократной фазовой перекристаллизацией [3].

Такая термическая обработка включает первую фазовую перекристаллизацию с нагревом до экстремальных температур, ускоренное охлаждение, вторую фазовую перекристаллизацию с нагревом до обычно принятых для данной стали температур, закалку и окончательный отпуск.

Сущность метода термической обработки с двойной фазовой перекри-

сталлизацией по оптимальным режимам заключается в создании необходимой термической предыстории стали. При первой фазовой перекристаллизации нагрев производят до экстремальных температур 1100°C для углеродистых и малолегированных сталей. После ускоренного охлаждения с этих температур формируется структура с максимальным уровнем дефектности кристаллического строения. При высокотемпературном нагреве происходит диссоциация тугоплавких нитридных, карбонитридных и кислородосодержащих фаз и переход их в твердый раствор. Интенсивно этот процесс идет в районе температур нагрева 1100° С. Начало растворения этих фаз характерно химической микронеоднородностью твердого раствора. В этом случае, при охлаждении, при γ - α превращении формируется структура с повышенным уровнем дефектности кристаллического строения.

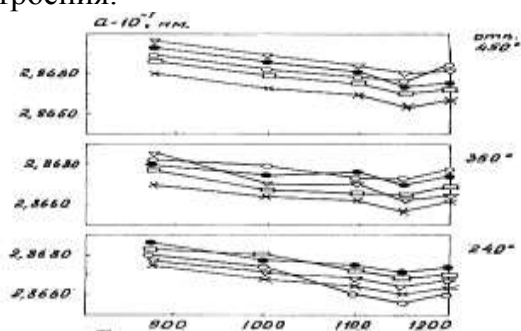


Рис. 1. Изменение периода решетки стали 5XNM в зависимости от температуры предварительной закалки промежуточный отпуска.

Происходит создание «зонных» структур, дробление областей когерентного рассеяния (ОКР) и рост микроискажений кристаллической решетки [4]. Дальнейшее повышение температуры в области за пределами экстремальных температур ведет к гомогенизации аустенита. После охлаждения и γ - α превращения дефектность решетки α - фазы получается ниже. В процессе закалки атомы углерода переходят на

дислокации, а тетрагональность решетки мартенсита уменьшается (рис.1).

Высокие температуры нагрева, использованные при первой фазовой перекристаллизации, способствуют растворению почти всех избыточных фаз, но ведут к резкому росту аустенитного зерна. При ускоренном охлаждении во время закалки фиксируется пересыщенный твердый раствор. При промежуточном отпуске происходит не только карбидовыделение, но и выделение тугоплавких примесных фаз в виде дисперсных частиц (нитридов, карбонитридов, оксидов) [5]. При нормализации выделение этих частиц происходит без промежуточного отпуска.

Повторная фазовая перекристаллизация, проведенная с температуры нагрева $A_{c1} + 30 - 50^{\circ}C$ или $A_{c3} + 30 - 50^{\circ}C$ проходит в условиях сильного влияния исходной микро и субмикроструктуры. Дисперсные частицы тугоплавких примесных фаз являются одновременно готовыми центрами кристаллизации и барьерами к росту аустенитного зерна.

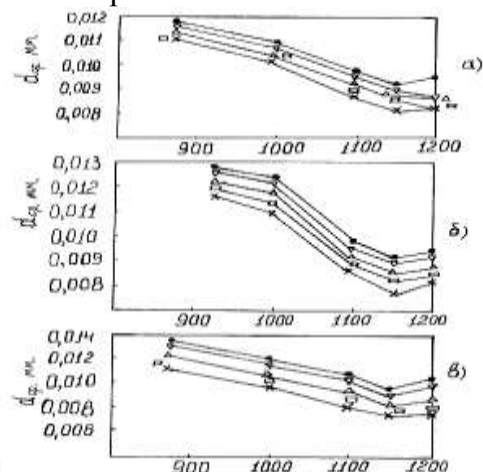


Рис. 2. Изменение периода решетки стали 5XNM в зависимости от температуры предварительной закалки и промежуточного отпуска

Поэтому после второй фазовой перекристаллизации формируется структура с мелким аустенитным зерном (рис.2).

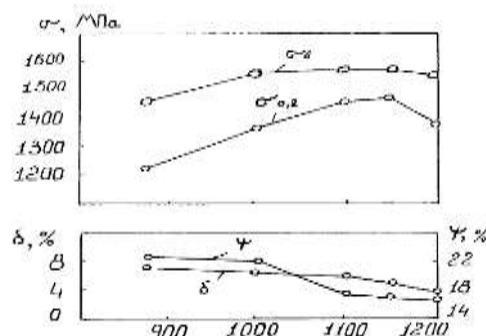


Рис.3. Механические свойства стали 5XNM в зависимости от температуры предварительной закалки и промежуточного отпуска.

Кроме того, повышенная плотность дислокаций, сформировавшаяся при первой фазовой перекристаллизации с нагревом до экстремальных температур, наследуется при новых $\alpha - \gamma - \alpha$ превращениях. Это наследование сопровождается, однако, значительным ростом плотности дислокаций в α - фазе. По данным работ [5] исходные дислокации в аустените играют важную роль при мартенситном превращении. Их определенные построения могут служить местами преимущественного зарождения мартенситных кристаллов. Столь значительные структурные различия после термической обработки с двойной фазовой перекристаллизацией провели по сравнению с термической обработкой по стандартной технологии где, к заметному росту износостойкости при трении качения с проскальзыванием, при скольжении по закаленному и незакрепленному абразиву, при скольжении металл по металлу (рис.3).

Можно сделать выводы, что после двойной фазовой перекристаллизации период решетки и величина аустенитного зерна принимает минимальное значение, если предварительная закалка была с 1100°C и промежуточный отпуск 550°C. Термическая обработка теплостойкой штамповой стали, проведенная по экстремальным режимам, по-

вышает статическую прочность (пределах текучести) от 11 % до 20%.

Литература:

1. Калитин, Ю.М., Садовский В.Д. Структурная наследственность в цементуемых легированных сталях. МиТОМ. - 1966. - № 2. - с. 7 -11.
2. Мухамедов, А.А. Исследование свойств после перекристаллизации стали. МиТОМ. - 1972. - № 12. - с. 14-20.
3. Пугачева, Т.М., Кенис, М.С., Трахтенберг, Б.Ф. Повышение работоспособности холодновысадочных матриц методом термоциклической обработки. В кн.: Термоциклическая обработка металлических материалов. - Л. 1980.
4. Меженный, Ю.О., Скоков, Ю.А., Ярославцева, Р.С. Некоторые структурные превращения в сплаве Fe – 24%, связанные с выделением азота из твердого раствора. В кн.: Взаимодействие между дислокациями и атомами примесей в металлах и сплавах. - Тула. ТПИ. 1969.
5. Кальнер, В.Д. Влияние предварительной обработки на прочность деталей. МиТОМ. - 1971. - № 4. - с. 41.

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКСИКИ С УЧЁТОМ ГРАММАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧАСТЕЙ РЕЧИ

Науменко Н.П.

*Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков им. А. Серова
Краснодар, Россия*

Одной из главных задач при обучении иностранному языку является систематическое накопление словарного запаса. Но и выучив множество слов, можно не суметь объяснить, либо понять смысл предложения или текста.

Главное в обучении лексике - добиться того, чтобы обучаемые овладе-

ли словоупотреблением. Эта задача решается в двух аспектах: необходимо научиться не только употреблять лексику в собственной речи, но и понимать её в речи других.

Но, оказывается, даже хорошо усвоенное слово часто трудно узнать, так как в тексте, а особенно в устной речи оно маскируется новым окружением, изменяя свое основное значение и внешний облик. Отсюда следует, что слова, входящие в словарный минимум обучаемых должны усваиваться ими довольно двояко: как в целях говорения, так и в целях чтения и слушания. Необходимо проводить работу по привитию обучаемым умений узнавать и понимать словарные единицы, встречающиеся впервые, но содержащие знакомые элементы, опора на которые, дает возможность достичь их понимания. Так, встретив при чтении или аудировании незнакомые слова, обучаемый может вывести значение слов из составляющих их основ и суффиксов, или по их подобию с аналогичными словами родного языка.

Исходя из свойств лексических единиц, как отмечает В.А.Бухбиндер, можно уточнить виды лексических знаний:

- фонетические, необходимые для развития произносительных навыков;
- знания в области орфографии для их распознавания в тексте;
- знания в области грамматики, связанные с образованием словоформ;
- знания семантики изучаемых лексических единиц, необходимые для образования осмысленных словосочетаний;
- знания, связанные с правилами сочетаемости данных слов в иностранном языке, которые часто не совпадают с их сочетаемостью в родном, что представляет собой главную трудность словоупотребления.

Ведущие методисты (П.К.Бабинская, Т.П.Леонтьева) выделяют ко-

личественные и качественные показатели трудностей усвоения лексики: трудности произношения, трудности написания, трудности семантики (многозначные слова труднее однозначных, абстрактные труднее конкретных, слова с переносным значением труднее слов, имеющих прямое значение), строевые слова труднее слов с ярко выраженным лексическим значением.

Более трудными можно считать лексические единицы:

- 1) самые короткие и самые длинные;
- 2) выражающие абстрактные понятия (в отличие от выражающих конкретные);
- 3) с ослабленной лексической семантикой;
- 4) строевые слова ("но", "этот" "здесь", "с", "такой" и т.п.);
- 5) многозначные;
- 6) сложные и производные;
- 7) фразеологические сочетания;
- 8) речевые клише, состоящие из нескольких слов.

Как отмечает В. А. Бухбиндер, в процессе обучения и подачи лексики в высшей школе главными принципами являются:

- а) принцип направленного предъявления лексических единиц: все Изучаемые лексические единицы должны приобретать при введении и Объяснении, а также в процессе тренировки и практики учебно-оперативный характер, то есть обучаемые сами должны производить с ними действия, наилучшим образом закрепляющие лексические операции в интересах развития лексических навыков. Это достигается правильным показом лексической единицы, демонстрирующей её взаимодействия с другими лексическими единицами в составе предложения речевого образца) на основе замен, подстановок, сочетаний;

б) принцип учёта дидактических особенностей обучения: каждая лексическая единица на всех ступенях обучения получает постепенное, последовательное и расширяющееся раскрытие своих особенностей в условиях систематической и интенсивной тренировки и речевой практики. Это требует достаточной повторяемости лексики в постоянно меняющихся сочетаниях и контекстах;

в) принцип расширения словарного запаса и развития лексической догадки;

г) принцип опоры на лексические правила: семантики, сочетаемости, стилистической дифференцированности;

д) принцип единства обучения лексики и речевой деятельности. Все вышеперечисленные принципы учитываются и при обучении лексике в вузе.

Однако, выполняя задачи по введению, закреплению и активации специальной лексики по профилю высшего учебного заведения преподаватель часто сталкивается с проблемой у обучающихся не просто усвоить лексические единицы, а употребить их в связном предложении и в 1 устной речи.

Трудность в употреблении возникает при выборе формы лексической единицы в зависимости от того, каким членом предложения является лексическая единица в высказывании, её связь с другими предложениями при помощи служебных слов.

При введении новых глаголов, например, преодолеть данную трудность поможет опора на знание значений основных форм английского глагола, их образование.

Например, *to move* (двигаться), *moved* (двигался), *moved* (подвинутый кем-то), *moving* (двигающийся, двигаюсь). Во время предъявления глаголов преподаватель тут же активизирует их в предлагаемых для перевода словосочетаниях, использующих различные

глагольные формы: «двигаюсь к...», «продвинулись на юг», «войска, продвигающиеся к: роду...» и т.п.

При переводе же предложенного на слух или написанного: предложения «*The military academy moved to another city*», обучаемые самостоятельно выводят другое значение данной логической единицы - «переехать». Таким образом, используя формы вводимого глагола и многократное проговаривание, обучаемые легко усвоят данную лексическую единицу.

Практика введения глаголов движения вместе с предлогами также с успехом оправдала себя, расширив возможность скорейшего выхода в устную речь. Подбирая предлоги, отражающие тематическую направленность занятия, преподаватель может ввести словосочетания (и движения + предлог) иллюстративным, беспереводным методом, подчёркивая смысловую разницу в употреблении.

Например, предлог, вызывающий затруднения в усвоении, «через» *to move: over* (поверх), *across* (дорогу), *through* (сквозь), *in* (2 часа) и т.п.

Подчеркивая, что мы переводим не слова, а мысль, преподаватель последовательно проводит работу по дифференциации значений предлогов, возможно, отведя особое место в тетрадах обучаемых для записи подобных лексических единиц. Например, значение русского предлога «с», *with* (вместе с ...), *from* (откуда-то), *against* (против кого-то), *since* (с какого-то времени).

Значение служебных слов, дифференциация их и выбор нужного играет огромную роль в обучении устной речи, но и вызывает большие трудности, поэтому постоянная и последовательная работа с ними на каждом занятии даёт неплохие результаты.

При введении и усвоении существительных служебные слова также имеют неограниченное значение для акти-

визации их в речи, например, предлогом падежных отношений, вызывающие определенные затруднения и часто игнорируемые обучаемыми. И этому следует уделять особое внимание.

Обучаемые должны чётко усвоить, что при отсутствии падежных окончаний в английском языке (в отличие от русского языка) отношение в предложении регулируются предлогами (of - кого - чего, to - кому - чему, куда, by - кем, with - чем, about - о ком, о чём), и при активизации вводимых лексических единиц (существительных или существительных с прилагательными) преподаватель постоянно использует примеры с данными предлогами, подчёркивая таким образом должную связь слов в предложении.

Постоянная и последовательная работа со служебными словами поможет обучаемым не только справиться с переводом иноязычного предложения, воспринять его на слух, но и правильно построить устное высказывание.

Большое внимание при обучении лексики в вузе следует уделить антонимам и антонимам, которые в изобилии встречаются в текстах по специальности и дифференцировке в их значениях. Например, значения слова "цель" (aim, objective, purpose, target) также можно вывести иллюстративно, предложив несколько примеров:

The aim of the lesson is ...

The main objective of the operation is...

The purpose of the device is...

The target was destroyed ...

Тексты по специальности (технические, военные) изобилуют такими лексическими единицами как сложные предлоги (as well as, in order to), глаголами с послелогом (carry out), такими словами как the only, the very и т.п.

В этих случаях при постоянных затруднениях с запоминанием преподаватель может также предложить

обучаемым отвести в тетрадях специальное место (своего рода справочник, или ссылки), куда будут заноситься лексические единицы, вызывающие иногда путаницу или затруднения (fast - least, some - the same, very - the very, only - the only, to carry - to carry out и т.п.)

Все вышеописанные особенности введения и активизации тематически направленного лексического материала в высшем учебном заведении наряду с последовательным обучением работе со словарём и словарной статьёй, лексическому и грамматическому анализу, построению предложения, позволит обучаемым не только справиться с иноязычным текстом, но и быстрее выйти в самостоятельное монологическое высказывание и устную речь.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Носиков Д.В., Городин В.Н.,
Зотов С.В., Дитрих Л.И., Кулик О.А.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»;
ГБУЗ «Специализированная
клиническая инфекционная больница»
министерства здравоохранения
Краснодарского края
Краснодар, Россия*

Стратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды [2,3,5].

В настоящее время проблема инфекционной безопасности пациентов и персонала медицинских организаций, особенно инфекционных стационаров, приобретает первостепенное значение. Это объясняется наличием многих пу-

тей передачи инфекционных (паразитарных) заболеваний: контактно-бытового, воздушно-капельного, искусственного (гемоконтактного) и др. Дополнительные риски возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), среди медицинского персонала создают такие факторы как оказание экстренной неотложной помощи, одномоментное поступление большого количества пациентов (массовый характер заболевания, эпидемический подъем и др.), большое количество проводимых лабораторных исследований, человеческий фактор. Отдельная группа рисков для медицинского персонала возникает в результате контакта с пациентами, инфицированными возбудителями инфекций, способных вызвать чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения («ООИ»), возбудителями природно-очаговых и социально-значимых инфекционных заболеваний.

Стационары инфекционного профиля (инфекционные отделения) имеют ряд особенностей, связанных с нахождением в одной медицинской организации (отделении) разнопрофильных по этиологическому признаку пациентов. За пределами лечебных структурных подразделений потоки пациентов потенциально могут пересекаться: во время приема пациентов (госпитализация в инфекционный стационар или при амбулаторно-поликлиническом приеме), при проведении диагностических исследований в отдельных структурных подразделениях и кабинетах (рентгенография, УЗИ, эндоскопические исследования и др.), пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

При воздействии ряда факторов увеличивается вероятность нарушения требований санитарно-эпидемиологического режима, несоблюдения правил

асептики и антисептики, нарушения санитарно-гигиенических условий пребывания пациентов, нарушения поточности, возникновения нештатных ситуаций и технических аварий, усиления вирулентности патогенных биологических агентов, возникновения госпитальных штаммов микроорганизмов, недостаточного объема и своевременности проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий, что в результате может привести к ИСМП среди пациентов и медицинского персонала [4].

Одно из приоритетных мест в эффективности медицинской помощи населению при возникновении инфекционных заболеваний, в том числе ИСМП, занимает все более возрастающая частота возникновения поли-, экстремально- и панрезистентных штаммов микроорганизмов к воздействию противомикробных препаратов. В последнее время, в различных публикациях освещается проблема роста развития возбудителей ИСМП не только к антибиотикам, но и к дезинфектантам.

Использование антибактериальных препаратов и антисептиков, приводит к постоянной селекции резистентных к данным факторам штаммов микроорганизмов, формирующих микробный пейзаж медицинской организации. Это диктует необходимость его мониторинга в динамике, что позволяет разработать стратегию адекватного применения антимикробных препаратов. Регулярный микробиологический мониторинг устойчивости микроорганизмов, выделяемых от пациентов и с предметов внутрибольничной среды, к дезинфицирующим средствам позволяет оценить долю наиболее важных с эпидемиологической точки зрения микроорганизмов, уровень их резистентности и правильно осуществлять выбор и своевременную ротацию дезинфектантов [5].

Следующим фактором возникновения ИСМП в медицинских организациях является оборудование, контактирующее непосредственно с пациентом, его биологическими средами и персоналом. Обработка оборудования (в т. ч. эндоскопического), инструментария и вспомогательного инвентаря достаточно трудоемка и сложна, при этом некачественная очистка, дезинфекция и стерилизация, а также ограниченный временной ресурс на проведение дезинфекционных мероприятий (в связи с увеличенным потоком пациентов) создают риск возникновения у пациентов и персонала ВБИ. Решением данной проблемы является использование для дезинфекции (в т. ч. совмещенной с ПСО), ДВУ и стерилизации современных дезинфектантов, не фиксирующих органические соединения, не портящих обрабатываемые поверхности, а также посуду, изделия медицинского назначения (ИМН) и предметы ухода за больными из коррозионно-стойких металлов, стекла, резины и пластмасс, полимерных материалов, и экономически эффективные. В качестве метода экспресс-контроля дезинфекционных мероприятий (контроля концентрации активного действующего вещества в рабочих растворах), оправдано использование химических индикаторных полосок.

Поддержание эпидемически безопасной внутрибольничной среды в медицинских организациях является важнейшим направлением в обеспечении профилактики ИСМП.

В последнее время все большую актуальность приобретает использование в медицинских организациях новейших технологий, в проведении уборочных мероприятий (клининг). Это обосновано обеспечением безопасности внутрибольничной среды и существенным экономическим эффектом. Одним из наиболее эффективных является

способ уборки специализированным уборочным инвентарем. Наиболее активно применяются системы уборки, основанные на mop-методе. Однако внедрение указанного направления в инфекционные стационары должно обеспечивать соблюдение требований инфекционной безопасности, что требует дополнительной проработки и внедрение на территории Российской Федерации утвержденных методик, а также локальных алгоритмов в соответствии со спецификой организации.

Одним из перспективных способов реализации дезинфекционных мероприятий является применение аэрозольного метода дезинфекции, основанного на преобразовании дезинфицирующего средства в мелкодисперсное состояние с помощью специальной аппаратуры, и введения аэрозоля в воздушную среду помещений. Аэрозольный метод обладает рядом преимуществ. Это высокая эффективность обработки помещений, в т. ч. труднодоступных и удаленных мест; одновременное обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях, систем вентиляции и кондиционирования воздуха; минимизация человеческого фактора (проведение обработки в отсутствие людей). Целесообразность применения данного метода в инфекционных стационарах, продиктовано необходимостью проведения заключительной очаговой дезинфекции, в т. ч. после выписки пациентов с «ОИИ».

Отдельной группой факторов влияющих на ИСМП являются выполнение медицинских манипуляций, в т. ч. манипуляций по уходу за пациентом. Указанные манипуляции предупреждают, значительно сокращают или отдаляют инфекционные осложнения у пациентов. Особое значение в инфекционных стационарах вопросы сестринского ухода и применения соответствующих ИМН для ухода за тяжелыми пациентами приоб-

ретают в ОРИТ, в связи со значительной длительностью пребывания в данных отделениях пациентов с некоторыми нозологиями (ботулизм, ГЛПС, лептоспироз, сепсис) [1,6].

Не маловажное значение имеет организационно-методическая работа с медицинскими работниками по соблюдению правил гигиенической обработки рук персонала как наиболее вероятного фактора передачи ВБИ во время проведения различного рода манипуляций и операционных процессов.

Все это свидетельствует о необходимости внедрения в практику здравоохранения современных действенных методов инфекционного контроля, что позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить риск возникновения внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

Литература:

1. Бахтина В.А., Городин В.Н., Носиков Д.В. Заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в Краснодарском крае, связанная с профессиональной деятельностью / Бахтина В.А. // Инфекционные болезни. Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. - Москва, 2014. - Т.12, прил. №1. - С.32.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году».
3. Долгов И.М., Зотов С.В., Городин В.Н. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в инфекционном стационаре. / Долгов И.М. // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Краснодар-2013. – С. 42.
4. «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»: утв.

Главным государственным санитарным врачом РФ от 6 ноября 2011 г.

5. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И. Пути совершенствования лабораторной диагностики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / В.И. Покровский // Медицинский альманах. – 2012. - № 2. – С. 12-16.

6. Прусаков Ю.А., Ковтун С.И., Городин В.Н., Дорошенко М.В., Пронин М.Г., Зотов С.В. Ботулизм в Краснодарском крае: заболеваемость и тактика ведения больных с тяжелой формой ботулизма / Прусаков Ю.А. // Инфекционные болезни. Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. - Москва, 2014. - Т.12, прил. №1. - С. 257.

7. Шаханина И.Л., Игонина Е. П., Брико Н.И. Смертность от инфекционных болезней в различных регионах мира. / Шаханина И.Л. // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2006. - № 3. - С. 59-61.

ТЕОРИЯ АГРЕССИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА ПРИ ИЗУЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Прищеп Л.В., Алексеева Е.Б.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Цель исследования: провести сравнительный анализ теорий происхождения и мотивации агрессивных состояний человека, обосновать необходимость интегрированного подхода при изучении состояний агрессии.

Анализ психологической литературы свидетельствует, что основными теоретическими концепциями проявления агрессивности являются теория

влечения (инстинкта), фрустрационная, теория социального научения и мотивационная, в которых нашли свое отражение взгляды представителей разного направления: этологического, психоаналитического, бихевиористского, необихевиористского и гуманистического.

Представители первых двух направлений понимают агрессию как инстинкт. Основатели этологического (К. Лоренц) и психоаналитического (З. Фрейд) подходов следуют так называемой гидравлической модели агрессивности, согласно которой агрессия имеет внутренний источник, а для того чтобы не произошло неконтролируемого насилия, нужно, чтобы агрессивная энергия постоянно разряжалась.

З. Фрейд связывает агрессивность с влечением к смерти. Агрессивность, по его мнению, представляет собой некий постоянно присутствующий в организме подвижный импульс, обусловленный самой природой человека. Это инстинкт либо саморазрушения, либо разрушения другого индивида.

В работе «Невротическая личность нашего времени» К. Хорни видит основы тревожности не в сексуальных влечениях как таковых, а во враждебных импульсах, связанных с ними. Причина агрессивности, по ее мнению, содержится в современном ей обществе, которое вызывает конкуренцию между людьми, а следовательно, и враждебность.

К. Лоренц соединил в своей теории два элемента. Первый состоит в том, что человеческая агрессивность является врожденной и, как у животных, способствует выживанию вида и особи. Второй элемент (тезис о гидравлическом характере накопившейся энергии) помогает К. Лоренцу объяснить жестокость и разрушительные тенденции человека.

Дж. Доллрд и его коллеги положили начало интенсивным эксперимен-

тальным исследованиям агрессии. Основные положения заключаются в следующем: фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме; агрессия всегда результат фрустрации.

Х. Хекхаузен, напротив, утверждает, что оба этих положения не подтверждаются практикой. Во-первых, не всякая агрессия возникает вследствие фрустрации. Во-вторых, далеко не всякая фрустрация и не во всех случаях жизни обязательно ведет к агрессии. Аналогичного мнения придерживается и К. Левин, считая агрессию необязательной, а вовсе лишь одной из возможных реакций человека на фрустрацию. Пересмотру подлежало и второе положение, выдвинутое Дж. Доллардом о том, что агрессия всегда является следствием фрустрации. Так Р. Берон и Д. Ричардсон в своей монографии «Агрессия» рассматривают поведение наемного убийцы, убивающего людей, которых он раньше никогда не видел и, следовательно, которые не могли его фрустрировать. А. Бандура понимает агрессию как обучаемую форму поведения, то и способ ее ослабления он предлагает как ряд процедур по удалению условий, направленных на подкрепление агрессии.

Существенную роль в развитии агрессивности играют сверстники, которые могут являться образцом как социально положительно, так и агрессивного поведения. В обществе сверстников дети учатся тому, что им не могут дать взрослые: отношению к сверстникам, способности отвечать на проявления враждебности и насилия. В этом плане заслуживает внимание специальная работа Р.С. Сирса, Е.Е. Маккоби и К. Левина, посвященная вопросу социализации агрессии. В ней указывается, что в социализации агрессии присутствуют два фактора, важных и отчетливо различающихся между собой. Первый - снисходительность (сте-

пень готовности родителей прощать своих детей). Второй - строгость наказания родителей ребенка за агрессивное поведение. На основе комбинации этих факторов Р.С. Сире и соавторы выделили четыре стиля родительского реагирования на подобное поведение и соответствующее им число агрессивных детей. При этом родителями наименее агрессивных детей оказались те, кто не был ни снисходительным, не склонным к применению наказаний. Их позиция заключалась в осуждении агрессии и доведения этого до сведения ребенка, но без строгих наказаний в случае проступка. Согласно мотивационной теории, отмечает Р.С.Немов, у человека есть различные мотивационные тенденции, связанные с агрессивным поведением. Мотив торможения агрессивных действий, по мнению ряда авторов, оказывается решающим в актуализации определенных поведенческих тенденций. Источники торможения при этом могут быть как внешними, так и внутренними.

Анализ проблем агрессии и агрессивного поведения в перечисленных выше теориях и взглядах отдельных ученых позволяет заметить, что по ряду принципиальных позиций их сторонники имеют достаточно близкие точки зрения. Не случайно концепции агрессивности, разработанные рядом исследователей, представляют собой синтез позиций той или иной теории, что свидетельствует о перспективности интегративного подхода к изучению агрессивности на основе использования достижений проанализированных концепций. Именно интегративный подход дает возможность более широко, целостно и многогранно подойти к вопросу понимания агрессивного поведения человека.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ

БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю.,
Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г.,
Егорова Н.А., Рудеева О.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Развитие здравоохранения, медицинской науки и технологий постоянно повышают требования к подготовке высококвалифицированных кадров в отрасли. Единственным способом, позволяющим удовлетворять эти потребности, является расширение спектра и вариативности образовательных программ на всех уровнях подготовки медицинских работников и их преемственность. Важная роль в этом отводится самой многочисленной категории работников здравоохранения – специалистам, имеющим среднее и высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело».

На современном этапе вопрос о необходимости высшего сестринского образования на общемировом уровне давно решен однозначно положительно, причем, в соответствии с рекомендациями комитета экспертов ВОЗ, доля медсестер с высшим образованием должна составлять не менее 10% от общего числа медсестер. С начала XX века оно существует в странах Северной Америки, а более 50 лет как успешно внедрено во всех странах Европы, Австралии, Японии.

Как известно, основными направлениями высшего сестринского образования в соответствии с мировой практикой являются:

1. Подготовка медсестры-организатора для управления сестринскими службами всех уровней.

Постулат о том, что в XXI веке руководить любым коллективом должен человек с высшим образованием и специальной подготовкой ни у кого не вызывает сомнения. При этом эффективность любого процесса напрямую зависит от эффективности управления им. Это в полной мере касается и сестринских служб.

2. Подготовка медсестры-преподавателя.

В настоящее время во всем мире действует парадигма: "медсестру учит медсестра". Совершенно очевидно, что врачебное образование имеет совершенно иную направленность и выпускники специальности «Лечебное дело» не обладают достаточными компетенциями по организации ухода за больными и выполнением сестринских манипуляций ввиду несопоставимо малого количества часов, выделяемого на изучение общего ухода за больным.

3. Подготовка клинической медицинской сестры.

Клиническая медицинская сестра должна быть наделена правом принятия самостоятельных решений по планированию и организации ухода за больным, наблюдению за его состоянием в рамках сестринского процесса, обучению здоровому образу жизни, самоуходу, адаптации пациента к его заболеванию, психологической поддержке пациента и его близких. Такой подход практикуется во всех цивилизованных странах и его внедрение, несомненно, позволит существенно повысить качество медицинской помощи при минимальных расходах. Эту должность должны занимать медицинские сестры с высшим образованием, обладающие всеми необходимыми компетенциями.

4. Подготовка медсестры-исследователя.

Во всем мире широко разворачиваются научно-исследовательские работы в области сестринского дела - без проведения научных исследований невозможен прогресс в области сестринской деятельности, совершенствование сестринского ухода. За рубежом медицинские сестры уже давно успешно защищают докторские диссертации, а в США даже существует Академия сестринских наук.

5. Подготовка медсестер для высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, где требуются особые знания и навыки.

В России первый факультет высшего сестринского образования (ВСО) был открыт в 1991 году в МГМУ им. И.М. Сеченова. В 1992 году при Кубанской государственной медицинской академии был открыт Краснодарский городской медицинский факультет высшего сестринского образования. В 1996 году факультет реорганизован в Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования.

В последующем факультеты ВСО были открыты практически во всех медицинских вузах страны.

К освоению основной образовательной программы высшего профессионального образования по специальности 040600 Сестринское дело допускались лица, имеющие среднее профессиональное образование (базового и/или повышенного уровня) по специальностям: 0401-Лечебное дело; 0402 - Акушерское дело; 0406 - Сестринское дело.

Выпускника готовили к организационно-управленческой, информационно-аналитической, маркетинговой, инновационной, клинической, медико-профилактической, воспитательно-педагогической, методической, консультативной и научно-исследовательской деятельности.

Выпускник был подготовлен для продолжения образования в интернатуре, ординатуре и других послевузовских профессионально-образовательных программах в соответствии с перечнем, утвержденным Минздравом РФ для специальности 040600 Сестринское дело и для продолжения образования в аспирантуре.

Согласно ныне действующему приказу Минздравсоцразвития от 7 июля 2009 года № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения», обладатели дипломов о высшем сестринском образовании, после интернатуры по специальности «Управление сестринской деятельностью», могут занимать должности заместителя главного врача, директора или заведующего медицинской организацией, главной медсестры, главной акушерки, главного фельдшера, директора хосписа, директора дома сестринского ухода, руководителя структурного подразделения, врача-статистика и врача-методиста.

Созданная в стране система высшего сестринского образования складывалась из нескольких этапов и имела ряд существенных недостатков: дублирование преподавания дисциплин на разных уровнях образования и значительное увеличение длительности обучения (7-8 лет), и в конечном итоге, несопоставимость временных, социальных и экономических затрат конечной цели обучения.

Мы неоднократно выступали и на уровне Министерства образования и науки РФ, и на уровне Министерства здравоохранения и социального развития РФ, о необходимости реорганизации структуры подготовки медицинских кадров по специальности «Сестринское дело» [1,2,3,4,5].

Присоединение России к Болонской декларации о транснациональных образовательных стандартах и утверждении в 2011 году Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки Сестринское дело, квалификация (степень) "бакалавр" мы рассматриваем как новый этап в развитии высшего сестринского образования у нас в стране.

В 2011 году первых бакалавров сестринского дела стали готовить Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования и Российский государственный университет дружбы народов, входящие в систему Министерства образования и науки РФ. Вузы, подведомственные Министерству здравоохранения и социального развития РФ, включились в обновленную программу в 2012–2013 учебном году.

Сейчас на получение степени бакалавра сестринского дела могут претендовать выпускники общеобразовательных школ, а также уже работающие фельдшеры, медсестры и акушерки в 20 профильных вузах страны, к числу которых после прохождения лицензирования присоединятся другие вузы. Возможность реализации образовательной программы по вечерней и заочной формам обучения и перспективы последующего карьерного роста устраняет основные причины оттока специалистов сестринского дела из отрасли. Дефицит медицинских сестер сейчас и в ближайшей перспективе связан в целом с непопулярностью среднего профессионального образования в условиях инновационного развития экономики, демографической ситуацией и отсутствием престижа данной специальности.

Профессиональная деятельность бакалавров заключается в сохранении и обеспечении здоровья населения, улучшении качества его жизни путем оказа-

ния квалифицированной сестринской помощи, проведении профилактической работы с населением, обеспечении организации работы сестринского персонала. Объектами профессиональной деятельности бакалавров являются пациент и его окружение, население, сестринский персонал.

Обобщенную характеристику квалификации можно представить в форме описания основных видов профессиональной деятельности и обеспечивающих их профессиональных компетенций (ПК):

- лечебно-диагностическая деятельность;
- реабилитационная деятельность;
- медико-профилактическая деятельность;
- организационно-управленческая деятельность;
- исследовательская деятельность.

Сравнив уровень квалификации бакалавров сестринского дела с дескрипторами шестого уровня Национальной рамки квалификаций в части общих компетенций можно расценивать ее как интегрированную: прикладного и академического уровня.

В странах западной Европы, США и многих странах постсоветского пространства бакалавры сестринского дела свою трудовую деятельность начинают рядовыми медицинскими сестрами. В США для получения степени магистра, медицинской сестре – бакалавру, требуется стаж практической работы в качестве рядовой специализированной медицинской сестры не менее двух лет.

В настоящее время в России сложилось несоответствие между системой подготовки сестринских кадров и реальной сестринской практикой. Государственные образовательные стандарты среднего и высшего профессионального образования по направлению подготовки "Сестринское дело" второго поколения и, особенно ФГОС третьего поколе-

ния, ориентированы на изучение сестринского процесса, предполагающего работу медицинской сестры с правом принятия самостоятельных решений в рамках планирования, реализации и эффективности мероприятий по уходу за больным. Как известно, сестринский процесс как система ухода за больными является общепринятой мировой практикой.

По окончании учебных заведений медицинские сестры со средним и высшим образованием, которых готовили к самостоятельной работе с больным в рамках сестринского процесса, попадают в лечебные учреждения, где становятся бесправными исполнителями распоряжений врачей. Таким образом, компетенции, полученные в учебном заведении, остаются невостребованными.

Указанный дисбаланс может и должен быть устранен введением в штатное расписание лечебных учреждений страны должностей для медицинских сестер – бакалавров. Бакалавры сестринского дела должны быть наделены правом принятия самостоятельных решений по планированию и организации ухода за больным, наблюдению за его состоянием в рамках сестринского процесса, обучению здоровому образу жизни, самоуходу, адаптации пациента к его заболеванию, психологической поддержке пациента и его близких [6,7]. Такой подход практикуется во всех цивилизованных странах и его внедрение, несомненно, позволит существенно повысить качество медицинской помощи при минимальных расходах.

Исходя из общемирового опыта организации практической деятельности медицинских сестер с высшим образованием, и по представлению совещания деканов и заместителей деканов факультетов, реализующих образовательную программу высшего образования по направлению подготовки «Сестринское дело», Министерство здравоохранения и

социального развития РФ готовит дополнения и изменения в указы: Об утверждении квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки высшего образования – бакалавриата «Сестринское дело»; О номенклатуре специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации; «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»; «Об утверждении положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала», что создаст нормативно-правовые условия для применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении и дальнейшего развития высшего сестринского образования в Российской Федерации.

Литература:

1. Киргуев П.Д., Рамонова Л.П., Крылов В.П. Сестринское дело // Высшее образование в России. 2000. № 6. С. 95-97.
2. Киргуев П.Д., Рамонова Л.П., Шадрин С.А., Крылов В.П., Журавлева Е.А., Мороховец И.И., Борисов Ю.Ю. Проблемы непрерывного многоуровневого профессионального образования в здравоохранении//Здравоохранение Российской Федерации.2002. № 3. С. 39-40.
3. Рамонова, Л. П. Организация многоуровневого медицинского образования на основе информационно-содер-

жательной преемственности // Вестник Университета Российской Академии Образования. 2006. № 2. С. 26-31.

4. Рамонова Л.П. Преемственность как аспект теории развития образования // Кубанский научный медицинский вестник. 2006. № 1-2. С. 88-92.

5. Рамонова Л.П. Многоуровневое медицинское образование как потребность времени // Вестник Университета Российской академии образования. 2007. № 1. С. 72-79.

6. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю. Проблемы и перспективы высшего сестринского образования в России. // Международный журнал экспериментального образования. 2014. №10. С. 241-246.

7. Рамонова Л.П. Беркун А.В. Шаповалов К.В. Сокол В.А. Сестринское образование в Краснодаре: достижения и перспективы // Медицинская сестра. 2009. №4. С.27-29.

**ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Ревенко И. М., *Редько М. Г.
 МАОУ ВПО «Краснодарский
 муниципальный медицинский институт
 высшего сестринского образования»,
 *ФГБОУ ВПО «Кубанский
 государственный технологический
 университет»,
 Краснодар, Россия

Старение – это процесс накопления возрастных изменений, проявляющихся на всех уровнях целостного организма.

Средняя продолжительность жизни населения России на сегодняшний день увеличилась на полтора года и составила 70,3 года. По прогнозам ООН численность возрастной группы людей пожилого возраста к 2025 г. составит на всей планете около 1 млрд. человек, что свидетельствует о резком старении населения и возникновении проблемы сохранения людьми пожи-

лого и преклонного возраста здоровья, активности и долголетия.

В наступившем втором десятилетии XXI века на демографическое развитие России и Краснодарского края будет влиять созданная в 80-90-е годы прошлого столетия демографическая волна. Ее впадина частично уже доказана до нашего времени и в ближайшие годы станет существенно воздействовать на геополитическое, экономическое и социальное развитие, как всей страны, так и Краснодарского края. Так, в 1983-1987 гг. рождалось в год более 70 тыс. новорожденных, а в 1996-2001 гг. их число сократилось до 43-48 тыс., что определило на будущее динамику различных возрастных контингентов населения нашего края.

Все это выдвигает перед человечеством, органами здравоохранения и правительствами стран ряд важных практических задач. Среди этих задач одна из наиболее важных и трудных для практической реализации – задача продления активной жизни людей пожилого и преклонного возраста. Важное значение в решении рассматриваемой проблемы подтверждается разработкой в соответствии с поручением Правительства РФ «Концепции государственной политики в области здорового питания населения России на период до 2020 года», целью которой является проведение мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение потребностей различных групп населения в оптимальном, здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения, в соответствии с требованиями медицинской науки [3].

В течение последних 10-15 лет отмечается постоянное ухудшение структуры питания населения России. До 90% населения имеют дефицит аскорбиновой кислоты, 30-40% - вита-

минов группы В и Е, в ряде регионов отмечается практически 100% дефицит селена и йода, более 50% населения получают недостаточное количество клетчатки. По данным Государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ за последние десятилетия произошло резкое снижение потребления основных продуктов, таких как мясо, молочные продукты, фрукты и овощи. Важное место в решении данной проблемы отводится мясной и молочной промышленности, так как мясо, молоко и их компоненты являются основным источником белка, витаминов и микроэлементов. По рекомендациям ВОЗ, жиры должны составлять в рационе 30% от общей калорийности питания. Большую часть должны составлять ненасыщенные растительные жиры: полиненасыщенные – 6-10% и мононенасыщенные – 10%. Количество насыщенных животных жиров должно быть менее 10%, поскольку их избыток приводит к атеросклерозу и его последствиям: инфаркту и инсульту [2].

Старение организма – это наследственно запрограммированное явление. Преждевременное старение может наблюдаться при воздействии комплекса неблагоприятных факторов, таких как избыточные длительные психо-эмоциональные перегрузки, ограничения физической активности, сложная экологическая ситуация в стране, неправильное питание.

Неправильное питание – частая причина не только раннего старения организма, но и фактор, влияющий на развитие нарушений в деятельности многих органов и систем у пожилых людей, особенно тогда, когда остро протекающая болезнь возникает на фоне уже имеющегося хронического заболевания или какого-либо расстройства. Неправильное питание самым неблагоприятным образом влияет

на организм пожилого человека. В связи с этим главным принципом сохранения активности в пожилом и преклонном возрасте является рациональное питание, принципы которого основаны на многолетнем труде академика А.А. Покровского.

Понятие рационального питания включает соблюдение трех основных принципов:

- 1) обеспечение баланса энергии, поступающей с пищей и расходуемой человеком в процессе жизнедеятельности;
- 2) удовлетворение потребности организма в определенных пищевых веществах;
- 3) соблюдение режима питания.

На основании вышеизложенного материала и руководствуясь рекомендациям справочника по лечебному питанию, необходимо ограничить количество пищи, съедаемое за один прием; предпочтительнее рекомендовать частое и дробное питание, такой режим позволит учесть и компенсировать возрастные изменения органов пищеварения. Следует вводить в рацион продукты богатые клетчаткой для нормализации микрофлоры кишечника, стимулирования перистальтики кишечника и процессов желчеотделения, что в свою очередь ведет к выведению избытков холестерина и повышению иммунной защиты организма. Для стимуляции отделения желудочного сока необходимо соблюдать время приема пищи. Интервалы

между приемами не должны превышать четырех часов. Пример распределения калорийности по приемам пищи: первый завтрак – 25%, второй завтрак – 15%, обед – 35%, ужин – 25%. При таком распределении калорий организм получает достаточно энергии для того, чтобы хорошо функционировать в течение дня, не перегружая при этом органы пищеварения.

Большое значение имеет подбор и вид кулинарной обработки продуктов. Выбранный вид кулинарной обработки должен обеспечить совокупность свойств продукта, при которых будут учитываться потенциальные проблемы жевательного аппарата пожилых людей, биодоступность питательных веществ в процессе пищеварения и стимуляция секреторной активности. Следует ограничить введение в рацион хлебобулочных изделий, жирных сортов мяса и рыбы, молочных продуктов с высокой жирностью, солений, копчений, сахара и шоколада. В таблице представлен рекомендуемый среднесуточный набор пищевых продуктов для лиц пожилого и преклонного возраста [1].

Исходя из вышесказанного, при разработке рациона питания людей пожилого и преклонного возраста необходимо руководствоваться принципами рационального питания, которые учитывают изменения органов пищеварения и потребности стареющего организма.

Таблица

Рекомендуемый среднесуточный набор пищевых продуктов для лиц пожилого и преклонного возраста

№	Пищевые продукты	Масса, г (брутто)
1.	хлеб ржаной	150
2.	хлеб пшеничный	75
3.	мука пшеничная	20
4.	макаронные изделия	10
5.	Крупы	40

6.	сахар, конфеты	30
7.	мед натуральный	15
8.	Картофель	320
9.	овощи – всего в том числе:	690
	Свекла	120
	Морковь	90
	Капуста	240
	Лук	60
	Горошек	20
	Прочие	160
10.	Фрукты	400
11.	соки с мякотью	100
12.	фрукты сушеные	15
13.	мясо и мясопродукты	100
14.	рыба и рыбопродукты	55
15.	Морепродукты	25
16.	Молоко	100
17.	кисломолочные напитки	200
18.	творог нежирный, сыры	30
19.	Сметана	30
20.	масло сливочное, сало свиное	15
21.	масло растительное	20
22.	Яйца	14

Литература:

1. Касьянов Г.И., Запорожский А.А., Юдина С.Б. Технология продуктов питания для людей пожилого и преклонного возраста. – Ростов-на-Дону: изд-во «Март», 2001. – 192 с.
2. Позняковский В.М. Гигиенические основы питания, безопасность и экспертиза продовольственных товаров. – Новосибирск: Изд-во Новосибирского университета. – 1999. – 448 с.
3. Шаззо Р.И., Касьянов Г.И. Функциональные продукты питания. – М.: Колос, 2000. – 248 с.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЧЕБНОГО КАБИНЕТА

Рудеева О.А., Егорова Н.А.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
 муниципальный медицинский институт
 высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия*

Реализация содержания образования по акушерству и гинекологии

предполагает фундаментализацию образования. Методическое обеспечение кабинета согласно паспорту включает не только рабочие программы дисциплин, учебно-методические комплексы, различный дидактический материал, но и правовое оснащение в виде инструкции по охране труда, ряда законодательных актов, направленных на защиту прав беременных, матерей и их детей; Уголовный кодекс РФ, отдельные статьи которого изучаются на занятиях, что обеспечивает правовое воспитание студентов.

Каждое занятие сопровождается демонстрацией видеофильмов, слайдов; учебных фильмов, значительно облегчающих реализацию целей данных дисциплин.

Практические занятия, включающие разнообразные формы работы, предполагают обращение к материалам, находящимся в кабинете: стационарные стенды с изображением основных фрагментов изучения тем акушерства и гинекологии; фантомы, муляжи, инструменты, фармакологические средства, необходимые для оказания помощи жен-

щине, находящейся в период беременности, родов и после родов.

Особую роль играют таблицы, к которым преподаватель обращается при объяснении нового материала, а студенты - на этапе фронтальной проверки и во время практических занятий для подтверждения теоретических знаний.

Существуют определенные правила технологического и методического обеспечения учебного процесса. Выполнение данных правил воспитывает профессионально значимые качества студентов и способствует глубокому усвоению данных дисциплин.

В кабинете акушерства и гинекологии в строгой последовательности расположены настенные демонстрационные материалы, содержание и оформление которых отвечает стандартным требованиям. Студенты приучены перед каждым занятием обращаться к материалам данных стендов для повторения изученного ранее. Методически правильно во время занятий вывешиваются таблицы, которые находятся в поле зрения студентов то время, в течение которого есть необходимость работы с ними.

Материалы, представленные в медицинском шкафу, строго классифицированные и расположенные в определенном порядке, используются в соответствии с планированием занятия и формируют у студентов аккуратность, требовательность, столь необходимые в работе акушерки.

В кабинете представлены инструменты, которыми пользуются как в акушерстве, так и в гинекологии, но преподаватель конкретизирует их назначение, что способствует воспитанию пунктуальности и наблюдательности в работе с ними.

Использование фантомов, муляжей и инструментов на практических занятиях позволяет отрабатывать необходимые для практического здравоохранения навыки в спокойной, не требующей

больших эмоциональных затрат обстановке. Студенты имеют возможность многократной отработки необходимых навыков и право сдать их после закрепления, что формирует профессиональные компетенции.

С целью эксперимента были проведены два занятия, одно из которых проводилось в кабинете доклинической подготовки, второе - в условиях отделения патологии беременных МБУЗ Родильного дома г.Краснодара у студентов 3 курса отделения «Акушерское дело» по теме «Диагностика беременности». Занятие с использованием кабинетной системы показало более высокие результаты: из 12 студентов «отлично» получили 5 человек, «хорошо» - 6 человек, «удовлетворительно» - 1 человек. Результаты занятия на клинической базе были ниже: из 12 студентов «отлично» получили 3 человека, «хорошо» - 5 человек, «удовлетворительно» - 4 человека. При анкетировании после занятия студенты указали основные причины, повлиявшие на результаты. Среди них на первый план выступают причины психологического характера во взаимоотношениях с беременными и медицинским персоналом отделения, эмоциональное напряжение, отсутствие возможности для должной отработки манипуляций, что доказывает необходимость подготовки студентов, в первую очередь, в условиях кабинетной системы с целью устранения страха и напряжения при работе с пациентками.

Выполнение санитарно-гигиенических требований к содержанию кабинета вызывают уважительное отношение студентов к изучаемым дисциплинам и к преподавателям, реализующим содержание данных дисциплин.

Методически правильное использование возможностей кабинета воспитывает у студентов профессиональные и лично значимые качества, которые

впоследствии становятся профессиональной культурой.

**КРЕАТИВНОСТЬ
ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ
ШКОЛЫ В ФОРМИРОВАНИИ
ИННОВАЦИОННОГО
МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТА**

Рудеева О.А., Егорова Н.А.
*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Высшее профессиональное образование, претерпевающее революционные изменения (компетентностный подход в подготовке состоятельного на рынке труда специалиста, международные стандарты, международное сотрудничество, коммерциализация и автономизация образовательных учреждений; информатизация учебного процесса для создания системного мониторинга; создание исследовательских университетов; переход на бакалавриат и магистратуру; формирование «полезного знания» и подготовка «полезного преподавателя»), сегодня еще работает на уходящее время.

Качество профессионального образования обеспечивает креативный преподаватель, осуществляющий социальную функцию связи времен и преемственности поколений, что возможно при условии способности проявлять социально значимую творческую активность. Принципиально разведение понятий «творчество» и «креативность»: (процессуально-результативный - для обозначения творчества; субъективно-обуславливающий - для обозначения креативности).

Детерминантами творческого сознания личности (по А.М. Матюш-

кину) являются познавательная мотивация, исследовательская творческая активность, возможности достижения оригинальных решений, способность к созданию идеальных эталонов и возможности прогнозирования и предвосхищения, а это область креативных возможностей преподавателя высшей школы, чей портфолио должен соответствовать ожиданиям студента: возможность быть педагогическим технологом, организатором инновационной деятельности студента; замена роли преподавателя на роль тьютора-консультанта; использование технологий формирования креативного мышления, предполагающего поисково-исследовательский уровень преподавания, управление самообразованием и саморазвитием творчески ориентированного студента, открытого к участию в научных конференциях, конкурсах на лучший инновационный проект, в межвузовских и международных грантах; способного к созданию инновационных продуктов в профессиональной деятельности.

Инновационная педагогическая деятельность преподавателя реализуется в условиях новой, неклассической парадигмы образования:

- обеспечения условий для самоопределения и самореализации личности студента;
- формирования дивергентного мышления и способности получать полезную информацию;
- обеспечения субъект - субъектного, партнерского взаимодействия преподавателя и студента;
- организации совместной творческой деятельности субъектов образовательного процесса.

Реалии современности таковы, что обществу и государству нужны творческие личности, способные изменять мир и себя в меняющемся ми-

ре, а это связано с определенной психологией и философией творческого развития и саморазвития преподавателя, определяющего культуру студента.

В вузе разработана методика создания портфолио студента и портфолио преподавателя, характеризующих творческий портрет субъектов профессионального образовательного учреждения:

- способность ставить цели и успешно их достигать;
- способность вести научно-исследовательскую работу;
- способность анализировать, синтезировать, классифицировать, обобщать и систематизировать;
- способность решать научно-исследовательские задачи, производственные проблемы;
- способность создавать инновационный проект;
- способность участвовать в инновационных конкурсах, международных грантах;
- способность работать в мастер-классах, тренингах;
- способность осуществлять рефлексивную инновационную и традиционную деятельность;
- способность разрабатывать собственную траекторию развития и саморазвития;
- способность создавать собственную систему ценностей, среди которых нравственная чистота, духовное богатство и физическое совершенство.

Цель современного профессионального образования – развитие всех способностей, личностно и профессионально значимых в обществе и государстве.

Литература:

1. Морозов А.В., Чернилевский Д.В. Креативная педагогика и психология. – М., 2004.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ
С ПАЦИЕНТАМИ
РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

Савункина А.А., Богданова Т.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Основными условиями эффективности профессионального общения медработника являются: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса, профессиональной компетентности. Необходимо знать особенности психологического отражения своего состояния пациентами разного возраста и осуществлять соответственно по отношению к ним деонтологическую тактику общения.

Изначально деонтология (от греч. δέον — должное) являлась учением о проблемах морали и нравственности, разделом этики. Этот термин был введен Бенхамом в своей работе «Деонтология, или наука о морали» для обозначения теории нравственности как науки о морали. Основы деонтологии в отечественной медицине заложил заслуженный советский онколог Н.Н.Петров. Впоследствии наука сузилась до характеристики проблем человеческого долга, рассматривая долг как внутреннее переживание принуждения, задающегося этическими ценностями. В ещё более узком смысле деонтология была обозначена, как наука, изучающая конкретно медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия медицинского работника с коллегами и пациентом.

Работа с маленькими пациентами – это дело чрезвычайно сложное и ответственное. Установление психологического контакта с пациентом–ребенком имеет зачастую не меньшее значение, чем лечебные процедуры. Для детей характерны такие психологические особенности как отсутствие осознания болезни в целом, неумение формулировать жалобы, сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни, восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих мероприятий, усиление дефектов характера и воспитания ребенка в период болезни, чувство страха, тоски, одиночества в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей.

Деонтологической тактикой в работе с детьми будет эмоциональное теплое отношение, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами. А также немаловажным является профессиональное обращение с родственниками больного ребенка.

Специфика ухода зависит от возрастной категории ребенка, характера и тяжести его заболевания. Медицинский работник, выполняя свой профессиональный долг, обязан обеспечить оказание, ему необходимой медицинской помощи, используя все достижения современной медицины и всеми мерами избежать нанесения своими действиями какого-либо вреда его физическому состоянию и психике.

Психологические особенности работы с подростками зависят от индивидуальных особенностей личности – характера, темперамента, индивидуального опыта. Психологическими особенностями подростков являются: преобладание психологической доминанты возраста – «притязание на взрослость», бравада как форма самозащиты при внутренней психологиче-

ской ранимости, пренебрежительное отношение к болезни факторам риска.

Подростки в подавляющем большинстве случаев, осознавая свое болезненное состояние, угрожающую им опасность и необходимость лечения, мобилизуют свою волю на активное противодействие болезни, подавляют свой страх и отрицательные эмоции, связанные с предстоящим лечением. Деонтологической тактикой при работе с подростками является общение с учетом возрастных психологических особенностей, опоры на самостоятельность и взрослость подростка.

Психологические особенности работы с пациентами работоспособного возраста, как и с подростками, зависят от индивидуальных особенностей личности. Медицинскому работнику необходимо, прежде всего, выяснить отношение к болезни, медперсоналу, позицию на взаимодействие пациента с медперсоналом.

Ориентация на трудовую и социальную реабилитацию будет лучшей деонтологической тактикой. Кроме того, выбор тактики общения лучше проводить в зависимости от внутренней картины болезни, а также корректировать неадекватные установки тревожно-мнительных пациентов.

Установление психологического контакта с пациентами пожилого и старческого возраста является делом довольно сложным и ответственным, требующим специальных навыков, большого внимания и терпения. Для пациентов пожилого и старческого возраста характерна такая психологическая доминанта возраста, как «уходящая жизнь», «приближение смерти», чувство тоски, одиночества, нарастающая беспомощность; такие неприятные возрастные изменения как снижение слуха, зрения, памяти, сужение интересов, повышенная обидчивость, ранимость, а также снижение возможно-

сти самообслуживания; интерпретация болезни только через возраст, отсутствие мотивации к лечению и выздоровлению.

Деонтологическая тактика при работе с пожилыми пациентами будет поддержание у последнего ощущения собственной значимости, подчеркнута уважительное, тактичное, деликатное отношение без фамильярности и нравоучений; ориентация на двигательную активность и мотивация на выздоровление.

Общение медицинского работника с пациентом – важнейший элемент процесса лечения. Одним из значимых условий для установления взаимопонимания между медицинским работником и пациентом является ощущение поддержки. Если пациент осознает, что медперсонал намерен помогать, а не заставлять, то и он активнее участвует в лечебном процессе. Когда медперсонал проявляет *понимание*, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании медицинского работника, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда медицинский работник говорит: “Я Вас слышу и понимаю” – или выражает это взглядом или кивком головы. *Уважение* подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапах сбора анамнеза, когда медицинский работник знакомится с обстоятельствами жизни пациента. *Сочувствие* – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах. При хорошем контакте с медицинским работником пациент

скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект.

Очень важным моментом в работе медицинского работника является умение понять пациента, поддержать его, настроить на выздоровление независимо от возраста пациента. Это является основой лечебной деятельности медицинского работника.

Литература:

1. Веселова Е.К. Психологическая деонтология: мировоззрение и нравственность. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2002г.
2. Руденко А.М. Психология для медицинских специальностей Учебное пособие. Ростов-н/Д:ИЦ Феникс.2009г.
3. Полянцева О.И. Психология для средних медицинских учреждений : учебное пособие / О.И. Полянцева. – Изд. 4-е, испр. – Ростов н/Д: Феникс, 2008.

ЗНАЧЕНИЕ НЕВЕРБАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Савункина А.А., Латышев В.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В профессиях, связанных с взаимодействием «человек–человек», огромное значение имеет ориентация на другого как равноправного участника взаимодействия. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности медицинского работника. Поскольку объектом и одновременно субъектом взаимодействия является человек, а характер знаний – прикладной, то от медработников требуется

высокая мера личной ответственности за результаты своей деятельности.

Основы психологического знания необходимы медицинским работникам в связи с тем, что они способствуют внимательному и заинтересованному отношению людей друг к другу в лечебно-профилактической деятельности, возникающему на этой основе взаимному доверию, способности к соучастию, сопереживанию, эмпатии и, следовательно, взаимопониманию. Последнее необходимо еще и потому, что медицинский работник и пациент вместе решают одну и ту же задачу – сохранения здоровья, предупреждения и лечения заболеваний, что предполагает их сотрудничество и взаимодействие, то есть активное общение.

Грамотно установленный психологический контакт с пациентом помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о пациенте. Это значительно повышает эффективность в решении поставленных задач медицинского работника. В системе межличностного общения очень важна невербальная коммуникация, которая связана с психическими состояниями человека и служит средством их выражения.

Невербальному сопровождению речи уделяется больше половины внимания. Исследования А.Мейерабиана показали, что в ежедневном акте коммуникации человека слова составляют 7%, звуки и интонации 38%, неречевое взаимодействие 55%. Ситуация, когда умение «читать» невербальное сообщение собеседника может рассматриваться как профессионально значимое качество медика и позволяет осуществлять более точную диагностику, особенно в поведении диссимуляции, при котором пациент сознательно скрывает симптомы своего заболевания. Анализ невербального поведения позволяет выделить характерные ми-

мические реакции на боль, сдержанные жесты, статичные позы – признаки, свидетельствующие о наличии «охранительного» стиля поведения: минимальное количество движений позволяет ограничивать воздействие болевых раздражителей.

Наличие невербальных коммуникативных навыков медицинскому работнику необходимо при «языковом барьере», когда медик и пациент, говоря на разных языках, не понимают друг друга. В этой ситуации они дополняют вербальную коммуникацию невербальной с помощью жестов, мимических реакций, интонаций голоса. Развитие коммуникативных навыков требует и ситуация экспресс-диагностики, когда за небольшой промежуток времени врач должен обследовать большое количество пациентов. Подобная ситуация складывается во время стихийных бедствий и социальных катаклизмов (война, революция, массовая миграция беженцев).

Навыки невербального взаимодействия могут быть полезны и при профессиональном взаимодействии врача с маленькими детьми. Ребенок, не обладая развитыми навыками интроспекции, часто испытывает затруднения при описании характера боли, не может определить ее («колющая», «режущая», «давящая», «распирающая»).

Невербальное поведение может оцениваться по следующим основным параметрам: собственно невербальное поведение (межличностная дистанция, взаимное расположение собеседников, позы, жесты, мимика и взгляд) и паралингвистические компоненты общения (вздохи, стоны, зевота, покашливание) – все звуки, которые произносит человек, но не речь, а также такие характеристики речи, как громкость голоса, ее темп и ритм, паузы.

Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского

работника был эффективным, необходимо изучать психологические аспекты их взаимодействия. Для медицинской психологии интересны мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также определённые ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения медицинского работника. При хорошем контакте с медицинскими работниками пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений. Одной из основ лечебной деятельности является умение медработника понять больного человека. В процессе лечебной деятельности важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования контакта между ним и медработником. Умение выслушать больного человека не только помогает определить или диагностировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт.

Кроме того, необходимо учитывать и особенности (профильность) заболевания при контакте с пациентом, поскольку в распространённых в клинической медицине терапевтических отделениях находятся больные самого различного профиля. Это, например, пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, органов дыхания, почек и др. И нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения, что оказывает влияние и на процесс взаимоотношений медработника и больного. Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций.

Однако не только эти факторы сказываются на психологической атмосфере и состоянии пациента. В результате психогений может усложняться течение основного соматического заболевания, что, в свою очередь, ухудшает психическое состояние больных. И, кроме того, довольно часто на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

Таким образом, профессиональная деятельность медицинского работника неразрывно связана с общением как процессом обмена информации, восприятием и пониманием людей друг друга. Более того, в своей практике медицинские работники соприкасаются с различными сферами жизни человека и общества – сферой здоровья (физического, психического, социального), прав, системой образования и здравоохранения, с профилактической работой, административными вопросами и другими. Поэтому для достижения максимальной эффективности в своей профессиональной деятельности медик должен хорошо знать закономерности и особенности процесса общения, а также причины возникновения барьеров в процессе межличностного взаимодействия.

Литература:

1. Болучевская, В.В., Повлюкова, А.М., Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация (лекция).
- 2) [электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. научн. журнал 2011. №2 URL: <http://medpsy.ru>.

ОПЫТ НАРОДНЫХ ТРАДИЦИЙ ПРИ ОБЩЕНИИ С БЕРЕМЕННОЙ

И ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ПЛОДА, ОТРАЖЕННАЯ В НАРОДНЫХ ТРАДИЦИЯХ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

Савункина А.А., Мысс С.Г.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В основе традиционного отношения к беременным женщинам и маленьким детям лежали представления о продолжении рода, формирование которых проходило в соответствии с мифологическими мировоззрениями. Традиции опирались не на произвольный вымысел, а на тонкое знание природы и психологии человека, в том числе младенца, как до рождения, так и в первые годы жизни.

Здоровье матери и ребенка было необходимым условием выживания народностей средней полосы России и русского севера, ведущих натуральное хозяйство. Чтобы выжить здесь, человек должен был обладать не только крепким здоровьем и выносливостью, но и очень спокойным, уравновешенным характером, исключая раздражительность, злобливость, взбалмошность, скандальность и упрямство – словом все то, что могло бы поставить под угрозу возможность выживания. Многие из традиционных правил ухода за беременной были продиктованы заботой о формировании психического и физического здоровья будущего ребенка, развитию у него необходимых положительных черт характера.

Основой заботливого отношения к беременным женщинам являлись древние религиозно-магические представления о перевоплощении души. Поэтому забота о беременной женщины и выражалась в двух ракурсах: рациональном и магическом. Беременную женщину старались освободить от тя-

желой работы по хозяйству, запрещали ей волноваться, переохладиться, совершать резкие движения. Не менее важное значение имели магические приемы защиты роженицы и ребенка от воздействия злых духов: запрещалось заранее шить одежду для ожидаемого ребенка, так как об этом могли узнать злые духи и погубить его. Лишь после рождения младенца мать могла сшить заранее приготовленные заготовки детской одежды. Беременной женщине запрещалось шить в последние месяцы и резать материю – это могло привести к выкидышу. В обществе беременную старались оградить от возможного воздействия духов, даже добрых, и души умершего человека.

По верованиям поронайских нивхов, беременной нельзя было принимать участие в ритуалах, и особенно в похоронном ритуале, даже если умирали родители. Различные запреты распространялась не только на роженицу, но и на ее семью, и особенно мужа. Валовские эвенки и ульта считали, что если при разделке туши животного муж порежет себе палец, то ребенок родится без пальца, если сломает кость животного, то могут поломаться кости и у ребенка, ребенок может родиться калекой или психически неполноценным, которых в традиционной культуре убивали. В традиционном обществе мужу беременной запрещалось на последних неделях беременности забивать гвозди и точить ножи, чтобы роженица не изошла кровью.

Следует отметить отличия охранительных приемов разных нижнеамурских этносов. Так, в обществе нанайцев, нивхов и ульчей перед родами было запрещено использовать ловушки давящего типа, закрывать замки, привязывать сети и вообще делать что-либо основанное на завязывании узлов. Нарушение этого запрета могло плохо сказаться на предстоящих родах. Хун-

гарийские орочи применяли противоположные приемы.

С рациональными и магическими причинами заботы об удачном исходе охотничьего промысла был связан обычай рожать в отдельном помещении. В культуре удэгейцев при рождении ребенка его пуповину перерезали обожженной на огне стрелой на выдру или соболя и перевязывали конопляными нитками. После ритуала стрелу насто- раживали в самостреле, и она всегда попадала в зверя. Таким образом, рождение ребенка становилось особым случаем, позволяющим нарушить древний промысловый запрет.

В основном же в традиционном обществе народов региона роженицу на время отселяли из общего жилища в отдельное помещение. У удэгейцев муж строил отдельный балаган, заготавливал дрова и оставлял роженицу одну. При родах ей помогали мать или бабушка, которые изготавливали и колыбель для ребенка. В случае тяжелых родов, если ребенок долго не появлялся на свет, удэгейцы считали, что роженица имела половое общение с мужчиной запрещенного класса. Если у женщины часто умирали новорожденные, то нанайцы совершали охранительный магический ритуал: люди нарушали целостность тела с тем, чтобы оно уже никогда не возродилось, так как считалось, что тело является причиной смерти души. Детоубийство в раннем возрасте не считалось грехом и преступлением, так как душа еще не окончательно вселилась в тело ребенка. Поэтому старухи относили в лес только тело, душа же могла вернуться обратно в соответствующую часть Вселенной и повторить детородный процесс.

В традиционном обществе родители с нежностью относились к младенцам. Когда ребенка впервые вносили в общее помещение из родильного шалаша, то его обязательно «очищали»

над огнем очага. В традиционном обществе амурских этносов можно отметить общее представление по отношению к роженице, которая некоторое время после родов считалась «нечистой»; ей запрещалось употреблять в пищу дичь и совокупляться с мужем.

Рождение близнецов считается сверхнормальным явлением в жизни всего социума и связывается со сверхъестественными существами, чаще всего духами животных-предков. У орочей, удэгейцев и ульчей рождение близнецов считалось хорошим событием для всего коллектива. Считалось, что близнецы будут помогать сородичам во всех хороших делах и прежде всего в промыслах. По мнению иманских удэгейцев, близнецы рождались от доброго духа, но мать близнецов после их рождения долго не жила, коль она избраница духов. Эвенки считали рождение близнецов нехорошим событием: нередко при рождении разнополых близнецов девочка признавалась нагулянной. Чаще всего ее отдавали соседям. Если рождались близнецы – мальчик и девочка, то тогда нивхи считали, что мальчик «привел» с собой свою будущую жену, и когда они подрастали, то обязательно должны были пожениться – инцестом этот брак не считался. То есть, налицо представлен один из древнейших механизмов социальных отношений, позволяющий вступать в брак даже кровным родственникам.

Таким образом, в большинстве случаев рождение близнецов в традиционной культуре коренных народов региона считалось хорошим признаком и связывалось с деятельностью добрых духов. Общими в своей основе у амурских этносов были ритуалы защиты ребенка от злых духов при помощи различных амулетов. Это были части тела животных и птиц: зубы и когти, кончики носа выдры, рыси, медведя, соболя и других животных, которые подвешива-

ли над колыбелью. Удэгейцы и орочи верили, что в костях животных находится их душа. Над колыбелью мальчика подвешивали талисманы из костей, так как считалось, что когда он вырастет, то сможет добывать зверей, кости которых висели над его колыбелью. Якуты после рождения ребенка устраивали обряд благодарения богине деторождения Айсыт и сжигали ей в жертву берестяные фигурки лося, лошади и собаки. Женщины смазывали себе лицо, волосы и руки маслом и громким хохотом старались привлечь внимание богини, чтобы она способствовала обильному деторождению. На третий день после родов нивхи прокалывали мочки ушей новорожденной девочке и вдевали в отверстие ниточку из крапивы для того, чтобы дырочка не зарастала. Нужно было опередить злого духа и не дать ему возможности отметить девочку для себя.

Таким образом, можно отметить сходные для всех коренных народов Севера верования, обычаи и ритуалы, направленные на сохранение жизни роженице и новорожденному. Несмотря на некоторые особенности у отдельных народов, в целом представления и ритуалы являются единым комплексом.

Литература:

1. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т., Т. 1: учеб. пособие для студ. учреждений высш. мед. проф. образования / [Н. Н. Володин и др.]; под ред. Н. Н. Володиной, П.И. Сидорова. — М.: Издательский центр «Академия», 2009. — 304 с.
2. Березницкий, С.В. Этнические компоненты верований и ритуалов коренных народов амуро-сахалинского региона / С. В. Березницкий. Владивосток: Дальнаука, 2003. - 486 с.
3. Цареградская, Ж. В. Ребенок от зачатия до года / Ж.В. Цареградская. -М.: Астрель: АСТ, 2005.- 281 с.

ИМИДЖ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Савункина А.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Сегодня вся сфера образования тяготеет к универсальности и культурной открытости, ориентации на ценности личности и свободы, к переносу центра управления образованием на полюс самого обучающегося (образующегося), что является следствием как системной трансформации всего общественного строя в России, так и качественными изменениями, происходящими в развитии профессионального образования во всем мире. Эти изменения играют определяющую роль в глубине и степени качественных преобразований во всем общественном строе. Образование может сделать человека готовым и способным участвовать в модернизации жизни, но может произвести и обратное действие.

В настоящее время, когда образование воспринимается обществом как одна из высоких ценностей жизни, возрастает значимость профессиональной деятельности, а также имидж самого преподавателя, педагога, который является объективным фактором, во многом определяющим эффективность деятельности любого носителя статусной социальной роли.

Современные отечественные и зарубежные исследования говорят о значимости личностного имиджа педагога, о необходимости понимания педагогом того, что его положительный образ играет важную роль во всем педагогическом процессе, поскольку процессы трансформации содержания и формы образовательного взаимодействия в учебных образованиях вызывают необходимость изменений в ра-

боте преподавателей, как по ее содержанию, так и по характеру взаимодействия со студентами.

С одной стороны, имидж – есть вершина айсберга, которую преподаватель намеренно демонстрирует студентам. С другой же стороны, имидж – это образ социально-профессиональной роли, который конструируется личностью, представляется в процессе взаимодействия партнерам и контролируется исполнителем и общественностью. Это образ роли, в котором исполнитель стремится предстать перед партнерами и быть принятым ими.

Формирование имиджа преподавателя проходит через три этапа: личностный, социальный (профессиональный), репутационный. Личностный этап характеризуется желанием стать носителем роли преподавателя, занять ведущее место в социальном взаимодействии: учить и передавать знания другим. Личностный этап может перерасти в социальный (профессионально-накопительный), на котором имидж педагога переходит в стадию институционального формирования. Он начинается в период выбора профессии и вуза, при получении профессиональных знаний. Репутационный имидж формируется в процессе непосредственной работы в учебном заведении за счет имиджевой (личностной) доминанты преподавателя. Развитие имиджа на этом этапе мотивировано социальной и личностной ситуацией, в нем формируется и трансформируется репутация преподавателя как профессионала.

Одновременно, отношение к имиджу у самих педагогов разное. Отрицательно относятся к нему те представители старшего поколения, которые его понимают как маску. Они убеждены в приоритете внутреннего содержания над внешним и считают, что главное быть, а не казаться. Однако сторонники такой позиции забывают о том, что

одним из результатов восприятия преподавателя студентом является формирование образа самого преподавателя. Имидж есть у каждого педагога вне зависимости от его личных взглядов на эту тему. Процесс построения имиджа зависит как от самого учителя, так и от индивидуальных особенностей ученика, его пола, возраста, а также от опыта, знаний, национальности и других факторов. В формировании имиджа велика роль театральной педагогики и риторики.

В связи с этим все более актуальным становится исследование имиджа преподавателя, особенностей восприятия имиджа преподавателя студентами. При этом, как показывают психологические исследования, имидж преподавателя отнюдь не сводится к его внешности, хотя практически все учащиеся и студенты обращают внимание на внешний вид и поведение педагога и предъявляют к ним высокие требования. От того, насколько адекватно ситуации "подаёт" себя педагог и насколько точно воспринимают его студенты, зависит эффективность учебного процесса.

Исследования показывают, что во многом определяющими в формировании характера взаимодействия студентов и преподавателя являются именно социально-перцептивные процессы. Однако, проблема формирования образа преподавателя в сознании студента остается недостаточно изученной. В частности, остаются недостаточно освещенным соотношение механизмов межгруппового и межличностного восприятия в процессе общения, причины решающего воздействия первого впечатления на последующее сотрудничество, влияние внешности и стереотипов образа преподавателя.

В связи с этим было проведено исследование структуры имиджа преподавателя КММИВСО. Анализ полу-

ченных в ходе исследования результатов, позволяет сделать ряд следующих выводов.

При первой встрече с новым преподавателем студенты в первую очередь обращают внимание на его внешний вид (52%), манеру общения и поведения (18%), умение читать лекцию (4%). Таким образом, первое впечатление о преподавателе формируется на основе восприятия визуальных характеристик (внешний вид), коммуникативных - мимика, пантомимика, жесты), а также профессиональной составляющей - умения читать лекцию. Среди основных качеств идеального преподавателя студенты выделяют: компетентность; умение заинтересовать своим предметом; доброжелательность; объективность оценивания; владение предметом; доступность в изложении материала; умение найти индивидуальный подход.

Особую роль в восприятии студентами имиджа преподавателя играют характеристики его речи. Речь преподавателя должна быть не только четкой, внятной, грамотной, но и эмоционально окрашенной, выразительной.

Что касается внешнего облика преподавателя, то положительное значение имеют соблюдение делового стиля в одежде, аккуратность, присутствие вкуса.

Согласно полученным данным, такая составляющая, как возраст, не имеет для студентов значения.

Во внешнем облике преподавателя опрошенные студенты в первую очередь обращают внимание на одежду (28%), причёску (26%), лицо (21%). Важными составляющими во внешнем облике преподавателя являются также опрятность и чувство стиля.

Кроме требований студентов к внешнему облику преподавателя, были исследованы индикаторы профессионализма. На вопрос о том, что высту-

пает главным критерием профессионализма преподавателя, подавляющее большинство опрошенных студентов - 76% отметили знание материала, умение интересно его излагать.

В оценке качеств, которыми должен обладать преподаватель вуза, особое значение, согласно полученным результатам приобретают качества профессиональные (отличное знание предмета, эрудиция доступное изложение материала).

Таким образом, в структуре имиджа преподавателя можно выделить следующие компоненты: визуальные характеристики (внешность: одежда, причёска, лицо и т.д.), коммуникативные (манеру общения и поведения), профессиональные (умение читать лекцию, компетентность, умение заинтересовать своим предметом, объективность оценивания, владение предметом), а также личные (доброжелательность, открытость, уравновешенность и т.п.).

Литература:

1. Андриенко, Е.В. Социальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /Под ред. В.А. Сластенина. — М.: ИЦ «Академия», 2000.
2. Белялова, М.А., Валюхова, В.А. Педагогическая риторика в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело. – Краснодар, 2007.
3. Белялова, М.А., Валюхова, В.А. Роль театральной педагогики в профессиональном становлении менеджера специальности 060109.65 «Сестринское дело». – Краснодар, 2007.
4. Горчакова, В.Г. Прикладная имиджология: учеб. пособие.- М.: Академический Проект, 2007.
5. Морева, Н.А. Основы педагогического мастерства: учеб. пособие для вузов. — М: Просвещение, 2006.

6. Черепанова, В.Н. Курс лекций по имиджологии: учеб. пособие. Ч. 1. — Тюмень: ТюмГНГУ, 2002.
7. Булатова, О. Имидж педагога - мода или необходимость? // Директор школы, 2003, №2.

РОЛЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Салалыкина Е.В, *Аракелова К.А.
 МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия
 *ГБУЗ СПК №7 Сочи, Россия

Актуальность исследования определена ростом значимости сестринского персонала в обеспечении эффективности работы и отсутствием научно обоснованных подходов к управлению сестринской службой учреждения в новых социально-экономических условиях. Нелегкая задача для службы крови – обеспечить стабильную сдачу крови донорами, необходимо совершенствование организационной структуры и системы управления службой крови, контроль и повышение безопасности трансфузионной терапии.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Станция переливания крови №7» г. Сочи. Вышестоящий орган – министерство здравоохранения Краснодарского края. Станция имеет в своем составе 9 подразделений. Выборка состоит из 29 работников среднего медицинского персонала, 213 доноров [2].

Методом анкетирования изучена социально-психологическая характеристика среднего медицинского персонала, их личная

оценка своей работе и предложения по оптимизации.

Нами проанкетированы медицинские сестры и лаборанты. Им было предложено ответить на ряд вопросов, позволяющих выяснить личные и профессиональные данные респондентов, дать оценку своей работе и высказать предложения по оптимизации [3]. Все 29 человек разделены на возрастные группы. Основной возрастной состав медицинских сестер отделений 30-50 лет, 76% со средним образованием, повышенную нагрузку отметили 53%, удовлетворены работой - 51%, удовлетворены заработной платой - 83%, могут проявить умения и навыки - 76%, 58% отметили ответственность и результативность в работе. В процессе исследования удалось выявить факторы, которые, по мнению анкетруемых, негативно влияют на них на рабочем месте.

Чаще всего отмечались: нервно-эмоциональная нагрузка (48,1%), несоблюдение режима сна и отдыха в домашних условиях (50,0%), низкая физическая активность (10,0%), нерегулярное и несбалансированное питание

По мнению среднего медицинского персонала необходимо:

- увеличить размер заработной платы, рационально распределить нагрузку-необходимы нормативные документы, регламентирующие работу м/с;
- провести исследование, целью которого является разработка мероприятий по оптимизации работы среднего медицинского персонала (хронометраж, выявление проблем, внедрение документации, работа по алгоритмам).

Руководители подразделений оценили профессиональные и личные качества среднего медицинского персонала по пятибалльной си-

стеме. Баллы суммированы, затем количество баллов разделено на количество полученных оценок, найдено среднее арифметическое значение. Значимыми негативными факторами, влияющими на работу персонала, были признаны повышенная нагрузка, неумение рационально распределить рабочее время и нечеткое соблюдение санэпидрежима [4].

Анкетирование доноров проводилось анонимно, выясняли степень удовлетворенности донорами качеством работы медицинских сестер и лаборантов. Всего в первичном анкетировании приняли участие 213 человек в возрасте от 22 до 76 лет. Удовлетворены работой среднего медицинского персонала - 97%. Под качеством работы чаще всего подразумевают выполнение манипуляций, консультирование по подготовке к процедуре, оказание помощи, своевременность реагирования на просьбы, безболезненность выполнения процедуры.

Коммуникативные качества, опрятный вид и профессионализм на 5 баллов оценили в среднем 85% доноров, на 4 балла - в среднем 15% опрошенных. Профессиональные качества оценены высоко, является важным микроклимат, многие оценивают желаемые для себя характеристики, не понимая, что труд персонала не складывается только из общения и внимания [5]. К недостаткам доноры отнесли иногда молчаливый ответ и несвоевременное реагирование на просьбы. Предложили повысить заработную плату среднему медицинскому персоналу, повысить престиж профессии.

Комплексный анализ результатов исследования дал возможность разработать мероприятия по оптимизации работы среднего медицинского персо-

нала. В качестве меры по изменению ситуации целесообразно:

- разработать и внедрить инструкции для среднего медицинского персонала по комплексному подходу к ведению документации;

- ввести карты пациента, провести обучение медицинских сестер и лаборантов по правильности ведения и отчету;

- проводить регулярную экспертную оценку работы среднего медицинского персонала;

- ввести в использование "Журнал учета ошибок среднего медицинского персонала", для фиксирования недочетов в работе;

Рекомендации по оптимизации деятельности среднего медицинского персонала:

1. В работе со средним медицинским персоналом учесть предложенные мероприятия по оптимизации труда.

2. Для повышения производительности труда на каждом рабочем месте необходимо выявить и устранить факторы, приводящие к потерям времени, вскрыть и реализовать существующие резервы.

3. Привлечение медицинской сестры с высшим образованием, обладающей психологическими знаниями, владеющей современными теориями управления, для изучения проблем, а также разработки путей их решения, способно обеспечить эффективную работу подразделений и учреждения в целом.

4. Внедрить разработанную программу по обучению медицинского персонала на ГБУЗ СПК № 7.

Литература:

1. Васильева А. З. Инновационные методы подготовки специалистов здравоохранения среднего звена для обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи // Главная

- медицинская сестра. – 2010. – № 9. – С. 139.
2. Воробьева, П. А. Стандартизация сестринских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - № 12. - С. 7-15.
3. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.75-77.
4. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия персонала в коллективе // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.160-162.
5. Габоян Я. С. Экспертная оценка деятельности медицинских сестер // Медицинская помощь. - 2010. - № 3. - С. 41-43.

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

Салалыкина Е.В., *Дзоценидзе Е.И.
 МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия
 *МБУЗ ГКБ №3
 Краснодар, Россия

Оценка эффективности работы медицинского персонала - неотъемлемая часть комплексной системы работы учреждения. В связи с этим контроль качества работы среднего медицинского персонала приобретает актуальное значение. Учитывая контингент боль-

ных с широким спектром заболеваний травматологического профиля, имеющих разную степень дефицита самоухода, весьма важным исследовательским компонентом было определение степени готовности медицинских сестер к проведению качественного ухода [2]. Исследование проводилось на базе МБУЗ ГКБ №3 г. Краснодара. Отделение травматологии и ортопедии рассчитано на 60 коек. По штатному расписанию отделение укомплектовано врачами, средним и младшим медицинским персоналом. В отделении оказывается экстренная помощь и проводится лечение пострадавших с последствиями травм и ортопедическая помощь в плановом порядке. В отделении работают молодые кадры. Основная часть - 60% среднего медицинского персонала - это сотрудники от 20 до 29 лет, 20% - сотрудники от 30 до 45 лет. Этот факт положительно влияет на качество работы. Основная часть младшего медицинского персонала – 30% сотрудники в возрасте до 45 лет, 10% - до 55 лет.

Имеется тенденция к стабильному показателю выполнения плана койко-дней в течение исследуемого периода, к стабильности показателя «средний койко-день» с 8,1 в 2013г. до 8,0 дней в 2014г. в основном за счет применения современных методов лечения. Сокращение предоперационного койко-дня происходит в основном за счет догоспитального обследования больных. Хирургическая активность отделения сохраняется на одном уровне, в среднем 77%. По нозологиям на первом месте переломы верхних и нижних конечностей -35%, на втором - ревматоидные заболевания, остеоартрозы-27%, на третьем-последствия травм-12%. Также немалозначимые заболевания как перелом таза, остеомиелит и другие заболевания, являются значимыми в самоуходе больных и требуют дополнительного объема ухода за ними. Увеличива-

ется поток больных травматологического и сочетанного профиля, что предполагает высокую степень хирургической активности, и как следствие, увеличивается нагрузка на средний медицинский персонал в работе.

Контроль качества работы постовых медицинских сестер проводили по 16 элементам. Старшая медицинская сестра контролировала процесс в отделении на рабочем месте (посту) 2 раза в месяц в течение 6 месяцев, обращая внимание на качество процесса. Каждый дефект фиксировался. По результатам контроля заполнялась карта экспертной оценки, выставлялась балловая оценка по конкретному процессу. Контрольная карта заводилась персонально на каждую медицинскую сестру. Учитывая контингент больных с широким спектром заболеваний травматологического профиля, имеющих разную степень дефицита самоухода, основной задачей было определение степени подготовки постовых медицинских сестер к проведению качественного ухода [4]. Нами проанализированы снятые баллы за дефекты в работе постовых медицинских сестер. Результаты анализа показали, что больше всего дефектов в работе допускали медсестры за нарушение санэпидрежима (14,7%), за жалобы от больных (13,3%), за нарушение ухода (8,8%), медицинской этики и деонтологии (9,7%), которые определили основные направления работы по повышению квалификации обслуживающего персонала отделения.

На количество дефектов влияли также эмоциональный фон медсестры, стаж работы и возраст. Мы поставили перед собой задачу проанализировать, как оценивают пациенты качество сестринской помощи. Разработанная нами анкета «Качество оказываемой медицинской помощи глазами пациента» сдержала 17 вопросов с ответами. В анкетировании участвовали как мужчины,

так и женщины в количестве 50 человек. Больше половины опрошенных отметили, что довольны отношением персонала к больным - их число составило 65%, удовлетворены отношением 35%.

Качество выполнения манипуляций оценили как лучшее и остались довольны – 71,7% и удовлетворены - 28,3%. Почти все больные ответили, что работа медсестер их устраивает – 95 %. 87% отметили, что медицинские сестры внимательны, 80% больных отметили, что медсестра не дает больным сведений о состоянии их заболевания. Больше половины из опрошенных ответили, что довольны организацией работы медицинских сестер в отделении – 75%, лишь 25% считают, что организацию труда нужно пересмотреть, 91% больных отметили профессионализм, заинтересованность, доброжелательность медицинского персонала [3].

В результате полученных ответов на поставленный вопрос, из таблицы видно, что 98% пациентов высказали удовлетворенность от получаемой медицинской помощи. Больные считают, что работа в отделении налажена, сестринскую помощь в процедурном кабинете больные получают квалифицированную. По результатам проведения оценки контроля качества работы среднего медицинского персонала разработаны темы занятий со средним медицинским персоналом.

Рекомендации:

1. В программе повышения квалификации медицинских сестер уделить большое внимание разделам межличностных отношений, санэпидрежиму, уходу за больными.

2. Особую роль необходимо отводить организации труда на основе научно-рациональной (регламентационной) деятельности, основными направлениями которой являются: четкое и оптимальное нормирование труда, установление системы оплаты и

стимулирования работников, ориентированного на качество и результат трудовой деятельности.

3. Медицинский персонал должен активно принимать участие в повышении санитарной грамотности населения по проблеме травматизма: организовывать выпуск санбюллетеней, использовать средства массовой информации (обучение соблюдению правил дорожного движения, само и взаимопомощи, воспитание культуры поведения на улице, ношение удобной обуви, профилактика остеопороза, пропаганда здорового образа жизни).

Таким образом, целенаправленная работа по повышению квалификации среднего медицинского персонала травматологического отделения позволит улучшить качество ухода за пациентами, снизить уровень нарушений санэпидрежима и жалоб от больных. При регулярно проводимых занятиях с медицинским персоналом, с привлечением врачей не всегда медицинские сестры с ответственностью относятся к проблемам.

Литература:

1. Зинчук Ю.Ю. Роль врачебных ассоциаций в обеспечении качества медицинской помощи // *Здравоохранение Российской Федерации*. – М.: «Медицина», 2004, №5, с. 6-8.
2. Казарезов М. В., Бауэр И.В., Королева А.М. Травматология, ортопедия и восстановительная хирургия. – Новосибирск, 2004, 280с.
3. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // *Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.75-77.*
4. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия

персонала в коллективе // *Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.160-162.*

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Салалыкина Е.В., *Алексеева Л.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия
*МБУЗ ЦРБ ст. Выселки,
Краснодарский край, Россия*

Ориентирами в деле успешного предупреждения инфекционных заболеваний в России служат рекомендации ВОЗ. В связи с этим приобретает актуальность работа в области санитарного просвещения населения и роли медицинского персонала в организации и проведении вакцинопрофилактики [1]. Особое место в этом процессе принадлежит деятельности сестринского персонала. Исследование проводилось на базе поликлиники ЦРБ Выселковского района.

Кадровый состав представлен 44 врачами общей практики и 50 медицинскими сестрами. Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала физическими лицами 100%, как у медицинских сестер, так и у врачей. За последние два года имеет место тенденция роста числа специалистов, получивших сертификаты [2].

За период 2013-2014 гг. охват прививками населения, обслуживаемого поликлиникой, несколько увеличился. Проведен анализ не выполнения плана прививок на педиатрических участках по АКДС, АДС.

В 2013 году не охвачено по вакцинации АКДС 9 человек, по ревакцинации - 29 человек. В 2014 году не охвачено по вакцинации АКДС 7 человек, по ревакцинации - 25 человек.

Причины: По вакцинации - отказ родителей, в анамнезе временный медицинский отвод, имеют постоянный медицинский отвод по ревакцинации - были из поликлиники, имеют временный медицинский отвод и в анамнезе постоянный медицинский отвод. В течение двух лет вакцинация была выполнена на 99,0%, ревакцинация на 97%.

По результатам проведенного анализа причин отказа родителей от постановки прививок их детям мы разработали и внедрили памятку для родителей по вакцинопрофилактике. Средний медицинский персонал педиатрических участков принимает активное участие в ознакомлении родителей [3].

С целью анализа деятельности сестринского персонала по организации вакцинопрофилактики было изучено мнение среднего медицинского персонала о важности проведения вакцинопрофилактики и вопросов организации. Анкетирование проводилось анонимно, участвовали все медицинские сестры.

По итогам анкетирования 85% среднего медицинского персонала ответили правильно на поставленные вопросы.

В анкетировании приняли участие 50 респондентов терапевтических участков. Анкеты раздавались медицинскими сестрами на приеме [4].

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что 65% респондентов ответили правильно на поставленные вопросы. В большинстве случаев причинами отказа от вакцинации является недостаточная информированность населения по данному вопросу, что влечет за собой формирование у них ошибочных мнений и суждений как относительно целей и эффек-

тивности вакцинации, так и по поводу возможных рисков. Одной из основных причин сложившейся ситуации является недостаточная разъяснительная работа со стороны сестринского персонала.

Рекомендации:

1. Старшей медицинской сестре разработать банк тестовых вопросов, для регулярного контроля знаний медсестер по вопросам вакцинопрофилактики.

2. Необходимо регулярно организовывать внутрибольничные семинары и конференции по проблемам вакцинопрофилактики для медицинских сестер

3. Наладить взаимосвязи с поликлиниками других районов с целью обмена опытом по организации вакцинопрофилактики и заимствования положительного опыта.

4. Для эффективности проведения санпросветработы рекомендуется разработать в поликлинике ряд брошюр для пациентов

5. Организовать в поликлинике школу пациента, в которой будут освещаться наиболее актуальные вопросы и проблемы, в том числе и вопросы вакцинации.

6. На сайте следует разместить информацию, аналогичную той, которая обсуждается на занятиях в школе пациента.

Литература:

1. Зверев, В.В., Юминова, Н.В. Вакцинопрофилактика вирусных инфекций от Э. Дженнера, до настоящего времени // Вопросы вирусологии. – Прил. 1. – 2012. – С. 33–43.

2. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Современные коммуникационные процессы в организации деятельности медицинского персонала // Сборник материалов 1 международной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.75-77.

3. Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н. Профессиональное выгорание – как причина ухудшения взаимодействия

персонала в коллективе //Сборник материалов 1 междуна-родной (X Всероссийской) НМК РИЦ БашГУ – 2014.-С.160-162.

4. Кржечковская, В.В. Лекарственные средства и иммунная система. Вакцины – Ростов-на-Дону, 2006. – С. 3–10.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТИ ИНТЕРНЕТ В ПРЕПОДАВАНИИ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ И МАТЕМАТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Саломатина Е.А., Ковалева В.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

С ростом пользователей сети Интернет в настоящее время преподаватели получают новую возможность удаленного индивидуального обучения. Такие популярные программы как Skype, ICQ и социальные сети «В контакте», «Instagram» предоставляют возможность общаться с учениками и студентами в режиме реального времени.

Очевидные преимущества этого способа обучения таковы:

- возможность преподавания предметов учащимся из других регионов, включая «дальнее» зарубежье;
- обучение учащихся, имеющих проблемы со здоровьем;
- обучение учащихся-спортсменов во время их выезда на спортивные сборы или соревнования;
- обучение учащихся-экстернов;
- обучение студентов на практических занятиях
- возможность принятия «отработок» пропущенных занятий у студентов по сети Интернет.

Использование мощного информационного инструментария Интернета позволяет:

- предоставлять учащимся в процессе обучения полезные ссылки;
- рассылать учащимся слайды, презентации, тесты и демонстрационные решения типовых задач, а также быстрое сохранение учащимися предоставленных преподавателем материалов и домашних заданий как на компьютере, так и на мобильных устройствах.

Эта методика обучения создает комфортные условия для обучающегося и преподавателя, исключает традиционные отвлекающие моменты, которые возникают в обычном процессе обучения; позволяет выбор наиболее удобного времени для занятий и расширяет знания, закрепляет навыки в пользовании компьютерными программами и Интернетом. Это позволит в будущем быструю социализацию студентов в профессиональной деятельности.

Простота пользования Skype, ICQ и социальных сетей «В контакте», «Instagram» – еще один плюс удаленного обучения, причем эти программы на уровне общения внутри инфраструктуры предоставляются бесплатно. При необходимости в программе Skype возможен визуальный контакт с собеседником с помощью WEB-камеры.

Опыт дистанционного обучения с помощью компьютера доказывает безусловную перспективность такой методики. Так, в прошлые годы успешно сдали ЕГЭ Бабенко Арсений (домашнее обучение, инвалидность 1 группа), Ильичева Виктория (мастер спорта международного класса, член сборной России по акробатике), Глушенко Валентин (экстернат). Сегодня в режиме on-line преподается математика слушателям подготовительных курсов Западно-Чешского университета (город Пльзень), регионов России и членам

сборной России по спортивной гимнастике с достаточно высокой результативностью.

Преподаватели, взявшие на вооружение метод удаленного обучения, со временем смогут выстраивать свои занятия в формате интерактивной конференции с несколькими учащимися одновременно – современные версии Skype это предоставляют. Живое общение, грамотно добавляемое полезными информационными материалами – это наилучший способ подачи материала любой сложности.

Даже не имея никакого опыта в работе с компьютером, сегодня очень легко изучить простейшие коммуникационные программы и начать работать, как говорится, «в ногу со временем». Такая постановка вопроса выводит профессионализм преподавателя на принципиально новый уровень.

Эти технологии эффективны, так как с развитием интернета к нему растёт интерес молодёжи. Задача преподавателя - использовать этот интерес в целях обучения и воспитания гармонично развитой личности. Вовремя воспользоваться тягой учащегося к компьютеру и интерактивному общению, предложив новые, интересные формы обучения, означает позитивные результаты обучения.

Потенциал этой методики трудно переоценить – развитие всемирной сети позволит российским преподавателям успешно делиться своими знаниями с учащимися в любых местах планеты.

Литература:

1. Теория и практика дистанционного обучения: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева под ред. Е.С. Полат // М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 416 с. - 17

2. Полат Е.С. Педагогические технологии дистанционного обучения / Е.С. Полат, М.В. Моисеева, А.Е. Петров; под ред. Е.С. Полат. — М.: Академия, 2006.

3. Приказ 137 Министерства образования и науки РФ от 06.05.2005 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»

4. Новый уровень эффективности образовательных процессов / Саломатина Е.А. Матвеева Т.В. // Научный журнал основан в 2007 г.

ДЖИНИРОВАНИЕ КАК АСПЕКТ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Саримсаков А., Каримов А.,
Марданов Б.

*Наманганский инженерно-
технологический институт
Наманган, Узбекистан*

В представленной работе описывается процесс джинирования, где происходит механическое отделение волокна от семян при помощи зубьев пил. Данный процесс описывается в зоне взаимодействия пил с сырцовым валиком и колосниками в рабочей камере.

В процессе джинирования происходит механическое отделение волокна от семян при помощи зубьев пил, которое происходит в зоне их взаимодействия с сырцовым валиком и колосниками в рабочей камере. Механизм съема волокна с поверхности сырцового валика достаточно сложный и в настоящее время мало изученный [1-2]. В работе [2] определена величина силы трения между волокнами и зубьями пил, установлено, что эта сила переменная вдоль дуги взаимодействия и играет существенную роль в динамике отделения волокна от семян. В этой работе не анализировали закон распре-

деления контактной силы взаимодействия сырцового валика с зубьями пильного цилиндра, которая влияет на величину силы отрыва. В работе [3] предложена «пружинная» модель для описания распределения давления в зоне контакта, где зависимость величиной углубления зубья пилы в сырцовом валике и нормальной силы принята по линейному закону. В этой работе не рассматриваются вопросы возникновения зоны скольжения в области контакта и оценка ее влияние на величину силы отрыва. В ней изучено качество абсолютно жесткого катка по релаксирующей среде и возникновение силы трения. При этом объяснено несимметричное распределение силы давления катка на среду по поверхности контакта. В данной работе изучено влияние скорости вращения валика и угла отклонения линии, соединяющей центры валика и пильного цилиндра от вертикали, на контактную силу взаимодействия сырцового валика с пильным цилиндром. Пусть сырцовый валик, моделируемый деформируемым цилиндрическим телом радиуса R_c , катится без скольжения с постоянной линейной скоростью v_c по вращающемуся пильному цилиндру. Радиус и линейную скорость цилиндра обозначим соответственно R_b и $v_b > v_c$. В стационарном состоянии процесса взаимодействия сырцового валика с цилиндром, все силы, действующие на сырцовый валик, уравниваются. Перечислим эти силы (рис.1):

1. Силы, извне приложенные к валику (включая силу тяжести), которые, будучи, приведенные к геометрическому центру валика, образуют пару моментом L , горизонтальную силу F и вертикальную силу Q .

2. Сила сцепления сырцового валика с цилиндром, удерживающая валик от скольжения и обусловленная в

зоне контакта внедрением зубьев пильного цилиндра в сырцовый валик и отрывом волокон от семян.

3. Распределенная по поверхности нормальная сила контакта. Удельное давление p , производимое этими силами, будем считать постоянным вдоль образующих цилиндрической поверхности сырцового валика.

Направим ось ξ вдоль линии контакта, обозначим через $\xi_2 > 0$ и $\xi_1 < 0$ соответственно координаты начала и конца соприкосновения пильного цилиндра с сырцовым валиком. Условия равновесия сил, приложенных к пильному цилиндру (ведомое колесо), имеют вид

$$F - P \sin \alpha = 0 \tag{1}$$

$$Q - b \int_{\xi_1}^{\xi_2} p(\xi) d\xi + P \cos \alpha = 0 \tag{2}$$

$$F(R_b - u_0) - b \int_{\xi_1}^{\xi_2} \xi p(\xi) d\xi = 0 \tag{3}$$

где $P = mg$ сила веса сырцового валика, b - ширина валика, $u_0 = BB_0$ - величина приближения центров пильчатого барабана и сырцового валика

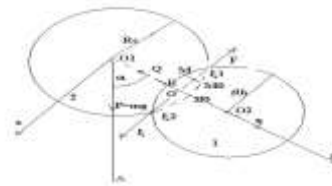


Рис.1 Схема распределения сил в зоне контакта $-\xi_2 < \xi < \xi_1$ пильного цилиндра 1 с сырцовым валиком 2.

Для осуществления контакта сырцового валика с пильным цилиндром без проскальзывания необходимо потребовать выполнения неравенства

$$F < fQ$$

где f - коэффициент трения скольжения поверхности пильного цилиндра по поверхности сырцового валика. Иначе возникает проскальзывание, и эффективность отделения волокон от семян снижается. При вдавливании пильного цилиндра в сырцовый валик его самая отдаленная точка B внедряется в деформируемый валик на глубину $BB_0 = u_0$. Найдем величину углубления пильного цилиндра в некоторой другой точке M_0 валика. Запишем в системе координат xO_1y уравнения окружностей с центрами в точках $O_1(0, u_0)$ и $O_2(0, R_b + R_c)$

$$(y_2 - u_0)^2 + x^2 = R_c^2,$$

$$(y_1 - R_c - R_b)^2 + x^2 = R_b^2$$

Величина углубления пильного цилиндра будет равна

$$u = y_2 - y_1 = u_0 + \sqrt{R_c^2 - x^2} + \sqrt{R_b^2 - x^2} - R_c - R_b \quad (4)$$

С точностью до малых четвертого

порядка ($\frac{x^4}{R_c^4} \approx 0$, $\frac{x^4}{R_b^4} \approx 0$) имеем

$$u \approx u_0 - \frac{x^2}{2R_c} - \frac{x^2}{2R_b} \quad \text{или полагая } x = \xi,$$

получаем

$$u \approx u_0 - \frac{\xi^2}{2R_c} - \frac{\xi^2}{2R_b} \quad (5)$$

Вводим подвижную систему координат $\xi O\eta$. Эта система координат перемещается с линейной скоростью v_c вправо, абсцисса точки M с течением времени уменьшается и поэтому $\frac{d\xi}{dt} = -v_c$. В начале соприкосновения пильного цилиндра с валиком ($\xi = \xi_2 > 0$) величина углубления равна нулю, и, следовательно, согласно (5) имеем

$$u_0 = \xi_2^2 \frac{R_c + R_b}{2R_c R_b} \quad (6)$$

Откуда ξ_2 можно выразить через u_0 ($\beta = R_c R_b / (R_c + R_b)$), $\xi_2 = \sqrt{2\beta u_0}$

Для определения удельного давления используем «пружинную» модель [3] согласно которой давление в зоне контакта пропорционально величине углубления, т.е.

$$p = Ku = K[u_0 - \xi^2 (R_b + R_c) / 2R_c R_b]$$

Равнодействующая сила давления на сырцовый валик и момент трения согласно (2) и (3) определяются формулами

$$Q_0 = \int_{\xi_1}^{\xi_2} bp(\xi) d\xi = bK(u_0(\sqrt{2\beta u_0} - \xi_1) - (2\beta u_0 \sqrt{2\beta u_0} - \xi_1^3) / 6\beta)$$

$$M_0 = \int_{\xi_1}^{\xi_2} b\xi p(\xi) d\xi = bK \frac{(2\beta u_0 - \xi_1^2)^2}{8\beta^2}$$

Подставляя выражения для Q_0 и M_0 в формулах (2) и (3), получаем

$$Q + P \cos \alpha = bK(u_0(\sqrt{2\beta u_0} - \xi_1) - (2\beta u_0 \sqrt{2\beta u_0} - \xi_1^3) / 6\beta) \quad (7)$$

$$P(R_b - u_0) \sin \alpha = bK \frac{(2\beta u_0 - \xi_1^2)^2}{8\beta} \quad (8)$$

Уравнения (7) и (8) при заданных величинах сил Q , P и угла α образуют систему нелинейных уравнений для определения перемещения u_0 и координаты ξ_1 . Исключив ξ_1 из этой системы, установлено трансцендентное уравнение для определения перемещения u_0 .

Кроме того составлено выражение кинетической энергии сырцового валика при контакте с пильным цилин-

дром, где учитывается сила давления и сила трения. По принципу Лагранжа составлена динамическая система уравнения, описывающая характер взаимодействия сырцового валика с пильным цилиндром. В результате решения системы уравнений получены зависимости силы контакта между сырцовым валиком и пильным цилиндром.

Литература:

1. Мирошниченко, Г.И. Основы проектирования машин первичной обработки хлопка. - М.: Машиностроение, 1972.
2. Тиллаев, М.Т. Ходжиев М.Е. Особенности процесса пильного джинирования хлопка сырца. – Ташкент: Фан, 2005.
3. Джонсон, К. Механика контактного взаимодействия. - М.: Мир, 1989.

**СПОРТ И ФИЗИЧЕСКОЕ
ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ**

Саруханян Л.А., Давудов Т.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В настоящее время невозможно не признать важнейшей роли образа жизни человека в сохранении и укреплении здоровья, где ведущее место занимает физическая культура. В возрастном развитии человека очень важная роль принадлежит физическому воспитанию. Это касается не только содействия нормальному физическому развитию растущего организма и его совершенствованию, укрепления здоровья, но и формирования духовных качеств личности. Все это становится возможным и реальным при правильной постановке физического воспитания, осуществлении его в органической связи с другими видами воспитания: умственным, нравственным, трудовым, эстетическим .

Воспитание - целенаправленное формирование личности в целях подготовки её к участию в общественной и культурной жизни в соответствии с социокультурными нормативными моделями.

Цели воспитания - ожидаемые изменения в человеке, осуществленные под воздействием специально подготовленных и планомерно проведённых воспитательных акций и действий.

Физическая культура это деятельность человека, направленная на укрепление здоровья и развитие физических способностей. Она развивает организм гармонично и сохраняет отличное физическое состояние на долгие годы. Физкультура является частью общей культуры человека, а также частью культуры общества и представляет собой совокупность - ценностей, знаний и норм, которые используются обществом для развития физических и интеллектуальных способностей человека.

Физическое воспитание - это педагогический процесс, направленный на совершенствование формы и функций организма человека, формирования двигательных умений, навыков, связанных с ними знаний и развития физических качеств.

Физическая культура является важным средством «воспитания нового человека, гармонически сочетающего в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство». Она способствует повышению социальной и трудовой активности людей, экономической эффективности производства. Физкультура удовлетворяет социальные потребности в общении, игре, развлечении, в некоторых формах самовыражения личности через социально активную полезную деятельность.[1]

Целью физического воспитания студентов является формирование физической культуры личности и способности направленного использования

разнообразных средств физической культуры, спорта и туризма для сохранения и укрепления здоровья, психофизической подготовки и самоподготовки к будущей профессиональной деятельности.

Воспитание физических качеств основывается на постоянном стремлении сделать сверхвозможное для себя, удивить окружающих своими возможностями. Но для этого со времени рождения нужно постоянно и регулярно выполнять правила правильного физического воспитания. Основным этапом в воспитании этих качеств является образовательный период в жизни человека (7-25 лет), в течение которого происходит закрепление нужного учебного материала для его дальнейшего применения в жизни (высокопроизводительному труду).

Средства физического воспитания

Основными средствами физического воспитания являются физические упражнения.

Физическое упражнение - это двигательное действие, специально организованное для решения задач физического воспитания. Содержание физического упражнения составляют входящие в него действия и те основные процессы, которые происходят в организме по ходу выполнения упражнения, определяя величину его воздействия.

Оздоровительные силы природной среды и гигиенические факторы также являются средствами физического воспитания.

Такие природные факторы, как солнечная радиация, свойства воздушной и водной среды, служат средствами укрепления здоровья, закаливания и повышения работоспособности человека.

Оздоровительные силы природы используются в процессе физического воспитания в двух направлениях:

- как сопутствующие условия (занятия на открытом воздухе, в условиях

горного климата), усиливающие воздействие физических упражнений;

- при организации специальных дозированных процедур (сеансы закаливания, воздушные, солнечные и водные ванны).

Физические упражнения в сочетании с естественными факторами закаливания помогают повысить общую устойчивость организма к ряду неблагоприятных воздействий внешней среды.

Соблюдение гигиенических правил в процессе физического воспитания усиливает положительный эффект физических упражнений. Требования гигиены к режиму нагрузок и отдыха, питания и внешних условий занятий (чистота, освещённость, вентиляция мест занятий) способствуют эффективности проводимых физических упражнений.

Методы физического воспитания

В процессе физического воспитания применяются как общепедагогические методы, так и специфические, основанные на активной двигательной деятельности:

- метод регламентированного упражнения предусматривает:

- твёрдо предписанную программу движений (заранее обусловленный состав движений, порядок повторений);

- создание или использование внешних условий, которые облегчали бы управление действиями занимающихся (применение вспомогательных снарядов, тренажеров, срочного контроля за воздействием нагрузки).

Этот метод в физкультурно-спортивной практике имеет множество вариантов при общем, едином, целевом назначении: обеспечить оптимальные условия для усвоения новых двигательных умений, навыков или направленное воздействие на развитие определённых физических качеств, способностей.

- игровой метод может быть применён на основе любых физических

упражнений и не обязательно связан с какими-либо играми – футбол, волейбол и т.д.

-соревновательный метод используется как в относительно элементарных формах, так и в самостоятельном виде в качестве контрольно-зачетных или официальных спортивных соревнований. Основная черта соревновательного метода – сопоставление сил занимающихся в условиях упорядоченного соперничества за первенство или высокое достижение.

- словесные и сенсорные методы предполагают широкое использование слова и чувственной информации.

Благодаря слову можно сообщать необходимые знания, активизировать и углубить восприятие, поставить задание и сформулировать отношение к нему учащихся, можно руководить процессом выполнения, анализировать и оценивать результаты, корректировать поведение занимающихся.

Физическими качествами принято называть те функциональные свойства организма, которые определяют двигательные возможности человека. В отечественной спортивной теории принято различать пять физических качеств: силу, быстроту, выносливость, гибкость, ловкость. Их проявление зависит от возможностей функциональных систем организма, от их подготовленности к двигательным действиям.

Воспитание силы. Силой (или силовыми способностями) в физическом воспитании называют способность человека преодолевать внешнее сопротивление или противодействовать ему посредством мышечных напряжений.

Воспитание быстроты. Под быстротой понимают комплекс функциональных свойств человека, непосредственно и по преимуществу определяющих скоростные характеристики движений, а также двигательной реакции.

Воспитание выносливости. Выносливость как физическое качество связана с утомлением, поэтому в самом общем смысле её можно определить так: выносливость – это способность противостоять утомлению.

Воспитание ловкости (координационные способности). Ловкостью принято способность быстро, точно, целесообразно, экономно решать двигательные задачи. Ловкость выражается в умениях быстро овладевать новыми движениями, точно дифференцировать различные характеристики движений и управлять ими, импровизировать в процессе двигательной деятельности в соответствии с изменяющейся обстановкой.

Воспитание гибкости. Гибкость – способность выполнять движения с большой амплитудой. Наличие гибкости связано с фактором наследственности, однако не её влияют и возраст, и регулярные физические упражнения. Различные виды спорта по-разному воздействуют на воспитание гибкости.

Спорт – составная часть физической культуры, средство и метод физического воспитания, основанный на использовании соревновательной деятельности и подготовке к ней, в процессе которой сравниваются и оцениваются потенциальные возможности человека.

Спорт оказывает огромное влияние на физическое и духовное развитие человека. Более того, активные занятия спортом способствуют здоровому образу жизни молодежи. Так, большинство студентов, занимающихся спортом, высказывают отрицательное отношение к наркотикам и к курению. Кроме того, молодые спортсмены изредка употребляют спиртные напитки. Именно поэтому во всех вузах страны целесообразно усилить пропаганду спортивного стиля, здорового образа жизни. К сожалению, в настоящее время не все сту-

денты понимают значимость спортивного образа жизни. Исходя из этого, преподаватели физической культуры вузов на занятиях обязаны настойчиво разъяснять студентам теоретические положения здорового образа жизни и побуждать их включать основные его положения в повседневную жизнь.

За период обучения в вузе, где происходит становление личности будущего специалиста, у студентов формируется убежденность в необходимости постоянной работы над собой, изучения особенностей организма, рационального питания, оптимального использования своего физического потенциала, ведения здорового образа жизни. Исследование факторов здорового образа жизни показало, что динамика отношений к нему неуклонно ползет вниз; это снижение обусловлено изменениями в социальной среде и общим снижением уровня жизни.

Задачи спорта в физическом воспитании студента направлены на:

- преимущественное и специальное развитие физических качеств, особенно важных для данной профессиональной деятельности;
- формирование и совершенствование двигательных навыков, помогающих успешно овладевать профессиональной деятельностью;
- подготовку к работе в специфических условиях труда, характерных для будущей деятельности учащихся;
- содействовать повышению производительности труда работающих;
- способствовать ускоренному обучению профессии и подготовке человека к высокопроизводительному труду;
- создавать условия для активного отдыха трудящихся, обеспечивать профилактику производственного травматизма и бороться с производственным утомлением работающих средствами физической культуры и спорта.

В ходе данной работы, мною был проведен социологический опрос среди студентов КММИВСО (краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования). Студенты должны были ответить на вопрос: «Вы спортивный человек?»

Ниже представлены варианты ответов, которые они должны были выбрать:

1. Нет, к сожалению
2. Нет, спорт - это ерунда
3. Да, я иногда посещаю бассейн, тренажёрный зал или стадион
4. Да, я регулярно тренируюсь, обычно несколько раз в неделю, не прерываясь на значительное время
5. Да, спорт - моя жизнь, стараюсь всё свободное время посвящать любимому делу
6. Я серьёзный спортсмен, тренирующийся и выступающий на соревнованиях
7. Я профессиональный спортсмен.

Результаты опроса:

- 1.-19%; 2.-3%; 3.-25%; 4.-27%; 5.-12%; 6.-7%; 7.-6%

Таким образом, навыки спорта в процессе физического воспитания, преследуют задачи, которые состоят в том, чтобы сформировать и довести до определенной степени совершенства необходимые двигательные умения, навыки и связанные с ними знания.

Спорт в физическом воспитании студента представляет собой одно из основных направлений системы физического воспитания, которое должно формировать прикладные знания, физические и специальные качества, умения и навыки, способствующие достижению готовности человека к успешной деятельности.

Литература:

1. Физическая культура студента: Учебник. М.: Гардарики, 2005

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Сотникова Н.В., Круглая Я.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Пиелонефрит – неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почки и ее чашечно-лоханочной системы, вызванный бактериальной инфекцией [1]. По данным ВОЗ пиелонефрит по частоте занимает второе место после острых респираторных заболеваний и лидирующее место среди почечных заболеваний и является одной из основных причин уремии [3].

Следует подчеркнуть, что пиелонефрит чаще встречается у женщин из-за особенностей анатомического строения мочеполовой системы: короткой уретры и ее близкого расположения к прямой кишке. В 75% случаев заболевание у женщин возникает в возрасте до 40 лет, у большинства во время беременности [4].

Хронический пиелонефрит, согласно последним данным, оценивается как самое частое заболевание почек во всех возрастных группах. Число заболевших за последние годы составляет от 8 до 20 процентов на 1000 человек. Также отмечается учащение случаев заболеваемости пиелонефритом и часто атипичное его течение. Это обусловлено как улучшением диагностики, так и возросшей вирулентностью микроорганизмов, изменением течения инфекционного процесса в почке вследствие подавления иммунных реакций при антибактериальной терапии. В настоящее время имеется достаточно много сведе-

ний об этиологии и патогенезе заболевания, исследований о патоморфологических изменениях в мочевыделительной системе у больных. На этом фоне результаты лечения и реабилитации не являются достаточно эффективными [2,4]. Поэтому особую актуальность приобретают всевозможные попытки улучшить исходы лечения, расширить диапазон помощи больным. Для повышения уровня обслуживания пациентов, приведения его в соответствие с современными требованиями необходимо внедрение сестринского процесса в деятельность медицинских сестер.

Цель исследования: выявление и анализ проблем пациента с хроническим пиелонефритом для обеспечения качественной сестринской помощи.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ "Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского". Обследовано 18 пациентов нефрологического отделения.

По результатам данных анамнеза было отмечено, что у больных имелись следующие предрасполагающие факторы: беременность – 17%, переохлаждение – 50%, сахарный диабет – 11%, воспалительные процессы в женских половых органах – 39%, нарушение уродинамики (несвоевременное мочеиспускание) – 83%.

Мы выявили, что из физиологических проблем у больных наиболее часто имеют место: тянущие боли в поясничной области – у 89% (16 человек); дизурия – у 100%; повышение температуры тела – 22% (4 исследуемых); общая слабость, головная боль – 50%; отсутствие аппетита – у 17% (3 человека).

Из психологических проблем у пациентов преимущественно встречаются: дефицит знаний об особенностях питания и образа жизни при своем заболевании (44 %); беспокойство по поводу исхода заболевания (100%); страх

перед диагностическими исследованиями (39%).

Также были выявлены следующие потенциальные проблемы: хроническая почечная недостаточность – 11% (2 человека); анемия – 61% (11 человек); абсцесс почки – 5,5 % (1 человек); осложнения, связанные с артериальной гипертензией – 17% (3 человека); без осложнений – 28% (5 человек).

Таким образом, проведя эмпирическое исследование, мы пришли к выводу, что у пациентов с хроническим пиелонефритом имеется достаточное количество проблем как физиологических, так и психологических, но приоритетной проблемой все же остается дизурия, т.е. расстройство мочеиспускания и, как правило, многие обеспокоены по поводу исхода заболевания. Также нами были выявлены такие потенциальные проблемы, как: хроническая почечная недостаточность, анемия, абсцесс почки и осложнения, связанные с артериальной гипертензией.

На основании этих данных нами были разработаны принципы сестринского ухода, а также особенности профилактики обострения хронического пиелонефрита:

1. Соблюдение гигиенических правил ухода (особенно женщины).
2. Предупреждение острых респираторных и кишечных заболеваний.
3. Профилактика и своевременное лечение глистной инвазии.
4. Обязательная санация очагов хронической инфекции.
5. Проведение общеукрепляющих мероприятий (закаливание, массаж, лечебная физкультура, рациональное питание, режим).
6. Проведение анализов мочи после любого инфекционного заболевания.
7. Диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими пиелоне-

фрит, в течение 5 лет от начала клинико-лабораторной ремиссии.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Краснодар: Компания Грэйд-Принт, - Издание 6-е. - 2013. - 256 с.
2. Борисов Ю.Ю., Мороз О.Н., Савощенко И.В. Технология выполнения сестринских манипуляций в терапии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело». Издание 2-е перераб. и доп. – Краснодар: ООО «Компания Грэйд-Принт». - 2015. - 90 с.
3. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / под ред. Б.В. Карабухина. Ростов н/Д: Феникс, 2014.
4. Вьюшкова Н.В. Хронический пиелонефрит у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани: клинико-морфологические особенности / Н.В. Вьюшкова. – Саратов, 2010. – 56 с.

ПРОБЛЕМА НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В СФЕРЕ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Сотникова Н.В., Пелипенко А.А.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В настоящее время отмечают неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья молодежи, что в полной мере относится и к студенческой среде. Профилактика заболеваемости студентов требует расширения пропаганды здорового образа жизни, в частности такого его составляющего, как рациональное питание. Однако студенчество остается несведущим в этих вопросах

[3]. Незнание этих законов и несоблюдение норм физиологических потребностей в пищевых веществах, отсутствие представлений о сбалансированном питании, приводит в итоге к формированию выраженных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1,2]. Различные нарушения питания особенно ярко проявляются в студенческие годы, что обусловлено режимом труда, неуклонно увеличивающейся учебной нагрузкой, образом и стилем жизни студентов, материальным положением [4].

Целью работы явилось изучение проблемы нерационального питания студентов и ее влияние на развитие патологии ЖКТ.

Задачи исследования:

1. Провести анкетирование студентов КММИВСО по вопросам их питания.

2. Провести анализ этиологических причин в сфере патологии ЖКТ.

3. Выявить у студентов основные симптомы, характерные для заболеваний органов пищеварения.

4. Сопоставить полученные данные и сделать выводы.

Нами было проведено исследование среди студентов 3 и 4 курса факультета «Сестринское дело» на базе МАОУ ВПО КММИВСО. В исследовании приняли участие 70 респондентов, среди которых 29% в анамнезе имели патологию ЖКТ, а именно: у 13 человек хронический гастрит, у 4 – язвенная болезнь желудка, у 2 – хронический панкреатит, у 1 – хронический энтероколит; а 71% студентов считают себя здоровыми. Однако в ходе исследования не выявлено абсолютно здоровых респондентов. Такой симптом как изжога, определен у 60% опрошенных, отрыжка – у 27%, тошноту часто ощущают около 30% учащихся, наличие боли и неприятных ощущений в эпигастральной области отмечают все исследуемые.

Причем, многие из опрошенных стали ощущать эти диспептические расстройства приблизительно на 2 курсе.

Мы провели опрос студентов по проблемам питания в связи с их образом жизни. 20% из всех опрошенных стараются придерживаться режима питания, остальные 80% его не соблюдают. Более трех раз в день питаются 5% молодых людей, три раза в день питаются 26% учащихся, два раза в день – 62%, один раз – 7%. Завтрак у 96% студентов составляют чай и бутерброды, только 4% по утрам питаются ежедневно горячей пищей. Полноценный обед из трех блюд употребляют 30% студентов, и то по выходным. У 37% опрошенных основной прием пищи приходится на ужин, причем после 21.00. Главной причиной своего нерегулярного питания 74% студентов считают недостаток денежных средств, 26% обучающихся связывают нарушения в режиме питания с напряженной учебной нагрузкой и отсутствием времени. По времени прием пищи занимает у студентов в среднем 5-10 минут, очень многие из них (84%) занимаются посторонними делами во время еды, например, читают или разговаривают.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о невыполнении студентами элементарных гигиенических требований в вопросах питания, что связано с низким уровнем знаний о рациональном сбалансированном и адекватном питании, плохим материальным положением и недостаточно серьезным отношением студентов к своему здоровью. Вследствие этого имеется тенденция к росту патологии органов пищеварения среди студентов.

Рекомендации:

1. При составлении учебных расписаний учитывать органическую потребность организма человека в обязательном приеме горячей пищи в обеденное время, в связи, с чем необходи-

мо всем студентам иметь 30-минутный перерыв.

2. В целях выработки у студентов более ответственного отношения к своему здоровью, в частности к соблюдению правил рационального питания, усилить систему учебно-просветительской работы, которая повышала бы мотивацию студентов в соблюдении режима и улучшении качества питания для сохранения своего здоровья: приглашение для бесед со студентами специалистов по проблемам питания, показ научно-популярных фильмов.

Однако, несмотря на внедрение этих мероприятий, нельзя забывать о существовании студентов, не имеющих достаточной материальной базы, что позволяет считать эту проблему социально значимой во всех отношениях.

Литература:

1. Баранов Л.В. Школа рационального питания / Л.В. Баранов. – М.: Здоровье, 2008. – 167 с.
2. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. Краснодар: Компания Грэйд-Принт, - Издание 6-е. - 2013. - 256 с.
3. Пашкевич С.А. Анализ питания студенческой молодежи во взаимосвязи с особенностями здоровья / С.А. Пашкевич // Физическое воспитание студентов. – 2012. - №6. – С.84-88.
4. Подригало Л.В. Питание студентов / Л.В. Подригало, К. Прусик // Физическое воспитание студентов. – 2012. - №6. – С.84-88.

**ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ:
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ,
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО
ПРОЦЕССА.**

Ступникова О.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»*

Краснодар, Россия

Актуальность темы. Воспаление - одна из древнейших и универсальных форм ответной реакции макроорганизма, на действие повреждающего фактора (механического, химического, термического, ишемического и др.). Участие микроорганизмов придает воспалению характер инфекционного процесса, в котором воплощается диалектическая сложность взаимодействия факторов жизнеобеспечения макроорганизма с различными экологическими факторами. С древних времен и по настоящее время перитонит является наиболее актуальной проблемой в медицине. Достижения в хирургии и научно-технический прогресс не могут решить проблему этого тяжёлого и частого заболевания в абдоминальной хирургии. Разлитой перитонит - одно из наиболее грозных осложнений острых воспалительных заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. Летальность при перитоните является высокой. По данным различных авторов, летальность составляет от 18,3 до 62,8%. Самая высокая летальность наблюдается при послеоперационном перитоните - от 45 до 92,3%.

Актуальность проблемы определяется несколькими факторами, такими как:

1. Широкая распространённость данного заболевания.

2. Высокая летальность при перитоните. Несмотря на то, что при лечении перитонита применяются антибиотики широко спектра действия, иммуномодуляторы нового поколения, гипербарическая оксигенация, экстракорпоральные методы детоксикации организма, лапаростомии и т.д., значительного снижения летальности не наблюдается.

3. Сложность и многочисленность нарушений гомеостаза при перитоните, недостаточно изученным патогенезом этого заболевания.

Цель работы - изучение особенностей сестринского процесса при перитоните.

Задачи работы – оценка сестринского процесса при перитоните у 30 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях больницы скорой помощи на период прохождения производственной практики, анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в разные периоды, оценка результатов лечения путём анкетирования части выздоравливающих пациентов.

Материалы и методы. Возраст пациентов составлял от 10 до 73 лет. Результаты лечения оценивались по объективным критериям состояния пациентов и по результатам анкетирования выздоравливающих пациентов. Анкета составлена для изучения больных, находящихся на лечении. Для проведения исследования была разработана анкета, состоящая из 26 вопросов. В исследовании принимали участие 30 респондентов.

Полученные результаты и обсуждение. Анализ респондентов анкеты показал, что на вопрос анкеты: Устраивает ли Вас порядок работы стационара? получили ответы: 25 человек ответили «да» (83%), 5 человек ответили «нет» (17%). По качеству оказываемых медицинских услуг ответы разделились на: 93% ответили полностью устраивает (28 человек), 7% ответили частично устраивает (2 человека). На вопрос: В медицинских услугах, оказываемых специалистами нашей больницы, Вас не устраивает? ответили отношение медицинского персонала 30%(9 человек), результат лечения 33% (10 человек), всё устраивает 20%(6 человек), расписание работы специалистов 17% (5 че-

ловек). На вопрос: Если Вам во время данного пребывания в медицинской организации проводились процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?, ответили отлично 50% (15 человек), хорошо 33% (10 человек), удовлетворительно 17% (5 человек). По оценке уделённого внимания врача пациенту, ответы разошлись: 93% ответили отлично(28 человек), 7% ответили удовлетворительно (2 человека). На вопрос как медицинские сестры уделяют вам внимание, получили ответы : отлично -83% (25 человек), хорошо -10% (3 человека), плохо -7% (2 человека). По вопросу о питании все респонденты ответили полностью удовлетворён, что составляет 100% (30 человек). На вопрос: Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медсестер или другого персонала больницы по уходу, то оцените действия персонала?, респонденты ответили отлично- 83% (25 человек), хорошо- 7% (2 человека), плохо 7% (2 человека), удовлетворительно - 3% (1 человек). На вопрос: Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения?, респонденты ответили, всегда выявлял -85% (25 человек), не знаю -15% (5 человек). Анализ и выборка историй болезней показала, что чаще всего у больных, поступивших с перитонитом, выявляли местный перитонит 33% (10 человек), общий -40% (12 человек), диффузный -27% (8 человек).

Выводы: Изучив необходимую литературу и проведя исследования, можно сделать выводы, что знание этиологии и сопутствующих факторов возникновения острого перитонита, клинической картины и особенности профилактики, поможет осуществлять этапы лечения и ухода больных острым перитонитом. Медицинская сестра

должна знать, не только все правила ухода, но и умело выполнять все учебные процедуры, ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывает на организм больного. Профилактика острого перитонита главным образом зависит от тщательного правильного подбора методов, соблюдение режима и диеты, в связи с этим возраст роль медицинской сестры в эффективности проводимых мероприятий.

ПЕРЕРАБОТКА ХЛОПКА-СЫРЦА: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Тадаева Е., Каримов А., Исманов М.

*Наманганский инженерно-технологический институт
Наманган, Узбекистан*

При переработке хлопка сырца основным показателем является выход хлопковых волокон. На пильном джине практически невозможно добиться пильного снятия волокна. Так как различные сорные примеси располагаются как на поверхности хлопка сырца, так и внутри его и имеют степени сцепления с волокном. Известно, что сорные примеси разделяются на крупные и мелкие. Крупные, сорные примеси находятся на поверхности хлопка сырца и имеют с ним слабое сцепление, а мелкие сорные примеси глубоко внедряются в массу хлопка сырца. Для их отделения, требуются различные внешние воздействия на волокно и сам хлопок сырец. Для очистки мелких сорных примесей хлопка сырца, используются горизонтальные, вертикальные и различные установки. В отличие от них авторами данной статьи предлагается установка (рис.1), имеющая наклонную сетчатую поверхность. После сушильного барабана, хлопок сырец с помощью сетчатой поверхности очищается от мелких сорных примесей. Сетчатые поверхности установлены перпендикулярно друг

другу, имея определённый угол наклона от вертикали. В технологическом процессе хлопкозаводов, после сушильного барабана в составе хлопка сырца значительная часть мелкого сора остаётся. С помощью предложенной установки, часть мелкого сора и различных примесей очищается от хлопка сырца.

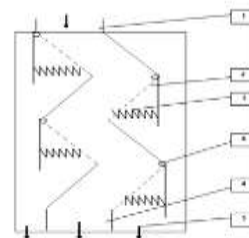


Рис.1

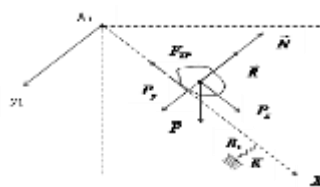


Рис.2

Физико-математическая модель рассматриваемой задачи показана на Рис.2

При изучении динамики взаимодействия хлопка сырца с поверхностью сетки АВ – приняты следующие допущения:

1. Трение хлопка сырца с сетчатой поверхностью подчиняется сухому закону Кулона.

2. При движении на хлопок сырец по сетчатой поверхности на оси АУ₁ действуют упругие реакции.

3. Хлопок сырец рассматривается в виде шара с радиусом – r; Силы, действующие на хлопок сырец: $P=mg$ - сила тяжести; $R=$ -ку-реакции сетчатой поверхности; $F_{тр}$ -сила трения скольжения между хлопком и сетчатой поверхностью; N -нормальная реакция; K -коэффициент упругости пружины. (1)

Уравнение движения системы хлопка-сырца и сетчатой поверхности, составляем по принципу Даламбера, спроектированное на оси X_1 и Y_1 : (1, 2):

$$\left. \begin{aligned} m\ddot{x}_c &= mg \cos \alpha - F_{TP} \\ m\ddot{y}_c &= -ky \\ mr^2\ddot{\varphi} &= -mg \cos \alpha r \\ N &= p \cos \alpha \\ F_{TP} &= mg \sin \alpha f_{TP} + ky \end{aligned} \right\} \text{(1) или}$$

$$\left. \begin{aligned} \ddot{x} &= g(\cos \alpha - f_{TP} \sin \alpha) + f_{TP} \omega y \\ \ddot{y} &= -\frac{k}{m} y = -\omega^2 y \\ \ddot{\varphi} &= -\frac{g}{r} \cos \alpha \end{aligned} \right\} \text{(2)}$$

Здесь: $x(t)$ -перемещение хлопка по оси A_1X_1 ; $y(t)$ -перемещение хлопка по оси A_1Y_1 ;

φ -угловое перемещение хлопка вокруг оси OZ_1 , перпендикулярное к плоскости X_1Y_1 ;

$$\omega = \sqrt{\frac{k}{m}}$$

g -скорость свободного падения; m -масса хлопка сырца; A_1B_1 - длина первой секции сетчатой поверхности; ω - угловая скорость хлопка-сырца; Начальные условия: При $t=0$;

$$x(0) = 0; y(0) = 0.02m; \varphi(0) = 0$$

$$\dot{x}(0) = 0; \dot{y}(0) = 0; \dot{\varphi}(0) = 0$$

Система (2)- описывает дифференциальные уравнения сложного движения хлопка сырца по первой секции сетчатой поверхности вертикального очистителя хлопка, которая при заданных начальных условиях решена по программе МАРЛЕ-(9,5). Из первой секции в точке $-B_1$, найдены значения скорости $V_{Bx}(t_B), V_{By}(t_B), \omega_B(t_B)$ были приняты как начальные условия для второй секции $A_2 B_2$. Для скорости в точке B_2 - будет

принято начальное условие для секции $A_3 B_3$. И так повторяется для всех секций сетчатых поверхностей. Численно решая систему (2) для всех секций сетчатых поверхностей получены графики, характеризующие перемещение $x(t), y(t)$, угла поворота $\omega(t)$, скорости соответственно $V_x(t), V_y(t)$ и угловой скорости $\omega(t)$ хлопка сырца по секциям сетчатой поверхности. Анализы результатов показывают, что (таблица-1) на первой и второй секции, угловая скорость до одного поворота увеличивается, далее до двух поворотов в секунду увеличивается, что означает отделение мелкого сора от хлопка происходит эффективно. В третьей и четвертой секции движение или вибрация происходит быстрее чем в 1 и 2 –секции сетчатой поверхности, т.е. достижение хлопка сырца конца сетчатой поверхности (в точке В) в два раза быстрее, чем в первой и во второй секции. Это объясняется тем, что более очищенный хлопок сырец вибрируется быстрее относительно неочищенного хлопка сырца. В таблице 1 приведены значения перемещений хлопка-сырца: по оси $-x(t), y(t)$, угла поворота $\varphi(t)$, скорости V_x, V_y, ω в точках В-конце каждой секции сетчатой поверхности.

Анализы результатов показывают, что перемещения хлопка сырца по сетчатой поверхности подчиняются параболическому закону по оси-Х, гармоническому закону по оси - у, линейному закону угол поворота- φ .

Таблица 1

	t_B [сек]	X_B [м]	Y_B [м]	φ_B [рад]	ω_B [1/с]	V_{xy} [м/с]	V_{yB} [м/с]
1-секция	0.42	0.5	0.001	0.18	0.67	2	0.3
2-секция	0.20	0.5	0.015	0.18	1.1	3.3	0.28

3-секция	0.16	0.5	0.02	0.18	1.56	3.6	0.22
4-секция	0.13	0.5	0.04	0.18	1.87	4.4	0

За счет упругой связи сетчатой поверхности по направлению оси u , происходит гармонические колебания, что помогает углам поворота хлопка относительно своей оси, также сила трения скольжения способствует отделению различного сора и очистке хлопка.

Литература:

1. Пановка, Я.Г. Введение в теорию механических колебаний. – Москва, 1971.
2. Тимошенко, С.П. Колебания в инженерном деле. – Москва: «Наука», 1967.

ПРОБЛЕМА «ОТЦОВ» И «ДЕТЕЙ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Тарасенко Д.Н., Лекаца А.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Тема проблемы «отцов и детей» актуальна и по сей день. Во многих семьях всего мира встречается данная проблема. Однако в разные периоды развития человеческой истории она проявлялась с различной степенью остроты. Например, во время существования традиционного и индустриального типов общества, молодые люди, как правило, не могли беспрепятственно выражать свои мысли и поступать в какой-либо ситуации, как считают нужным. При переходе в постиндустриальное общество меняются и внутрисемейные отношения. В настоящее время конфликты между двумя поколениями случаются намного чаще.

Такая проблема возникает, потому что все поколения живут в свое время и у каждого есть своя система принципов и ценностей, очень важная для него, и эту систему каждое поколение готово отстаивать. Взгляды на жизнь старшего поколения когда-то считались основой человеческого бытия. Достаточно часто дети, перенимая жизненный опыт своей семьи, в то же время стремятся освободиться от давления взрослых, отринуть все, что было до них, думая, что свою жизнь они устроят по-другому.

Советский и российский социолог В.Т. Лисовский в своей статье «Отцы» и «дети»: за диалог в отношениях» описывает проведенные им социологические исследования на примере советского и российского общества, рассматривая проблему диалога отношений между «отцами» и «детьми». По данным его исследований 80% общества считают, что данная тема актуальна и должна быть рассмотрена. Также в статье описана причина конфликта: «Суть проблемы - в резком надломе в преемственности поколений, вызванном переходом из одного состояния (советского периода) в другое (современное) и социально-экономическим кризисом.». По мнению В. Т. Лисовского, решение проблемы лежит в воспитании и нравственности молодого поколения. В вопросах воспитания основное внимание должно уделяться, в первую очередь, формированию самостоятельности, способности осознанно принимать решения и отвечать за них, развитию стремления к познанию мира и самопознанию. Особого внимания заслуживают вопросы нравственного просвещения, решение которых долж-

но способствовать преодолению широко распространенного невежества в молодежной среде, а, следовательно, повышению уровня культуры всего общества и страны. К сожалению, в настоящее время у нового поколения совершенно иные представления о ценностях жизни, а поэтому решение должно занимать и социальную сферу. К примеру, вступающее во взрослую жизнь молодое поколение, неизбежно сталкивается с современными проблемами общества, такими как, коррупция, социальная справедливость, упадок культурно-нравственного развития.

Но помимо так называемого «разрыва эпох» существует еще несколько причин проблемы «отцов» и «детей», и они стоят скорее на психологическом уровне. Данные причины будут существовать во все времена вне зависимости от смены исторических эпох, развития социальных сфер и общества. Эти причины- «раннее взросление» молодых людей и конфликт интересов между детьми и родителями. Молодые люди считают себя достаточно взрослыми, чтобы решать какие-либо проблемы самостоятельно, но для родителей их дети будут всегда оставаться маленькими неопытными детьми, которых как прежде нужно защищать от дурного влияния, существующего в обществе. Для естественной защиты присущей родителям, они проводят различного рода беседы, которые нередко преподносятся как наставлений, и дети обычно отвергают данное решение конфликта, так как они считают, что уже достаточно взрослые. Молодые люди желают сами решать проблемы самостоятельно и нести за них ответственность. Конечно, они могут принять неверное решение, но необходимо понимать, что во многом благодаря ошибкам молодые люди приобретают

жизненный опыт. Поэтому решение проблемы на психологическом уровне должно исходить от обоих поколений. По-моему мнению, родители должны изменить форму беседы и своё отношение к своему ребенку, показать, что они не намерены преграждать ему путь в его делах, а наоборот готовы поддержать, помочь в чем-либо. А со стороны ребенка должно прийти понимание того, что родители в первую очередь заботятся о его благополучии, а не так уж и нарушают его личное пространство.

Как писал французский писатель и член Французской Академии А. Моруа: «Искусство старения заключается в том, чтобы быть для молодых опорой, а не препятствием, учителем, а не соперником, понимающим, а не равнодушным».

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что проблема «отцов» и «детей» всегда рождала не только массу споров и противоречий, но и множество способов ее решения. Тема внутрисемейных отношений была, остается и будет актуальной во все времена.

Литература:

1. Бойко В.В. Любовь, семья, общество / В.В. Бойко. – М.: 2001. – 295 с.
2. Кравченко А.И. Социология: учебник / А.И. Кравченко.–М.: ТК Велби, Издательство Проспект, 2005. – 536 с.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ И ФЬЮЧЕРСНЫЙ АНАЛИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Ткаченко А. В., Калинина В.А.,
Слинькова Т.А.Аслоньянц А.М.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В 1793 году черноморскими казаками был основан город Екатеринодар (ныне Краснодар). В конце XI - начале XX века нагрузка на экологию была незначительной: в Екатеринодаре в 1988 году было 43,5 тыс. жителей, 80 заводов, 4 артели, 3 типографии, 1 табачная фабрика, 8 церквей и 1 собор.

Развитие тяжелой промышленности началось в XX веке: в 1911 году построен металлообрабатывающий завод «Кубаноль», в 1915 – чугунолитейный завод и другие, работающие на донецком угле. Основной транспорт в те годы – извозчики плюс трамвай.

Выгодное географическое положение, богатые природные ресурсы, экономическая активность населения обусловили динамичное развитие города и рост численности его населения. По официальным данным, число жителей Краснодара – более восьмисот тысяч, фактически – намного больше за счет гастарбайтеров из соседних стран, Адыгеи, ближнего и дальнего зарубежья.

Ныне Краснодар – это мегаполис с почти миллионным населением, столица Кубани, административный центр Краснодарского края. В городе действуют промышленные предприятия, крупные ТЭЦ, котельные, автотранспорт. Некогда чистый воздух предгорий Кавказа теперь дополняют тяжелые металлы, оксиды углерода, азота, серы, метан.

Реальность настоящего времени омрачена тем, что практически все экосистемы Земли претерпели глубокие изменения в результате деятельности человека. Особенно напряженной является экологическая обстановка в мегаполисах [1-4].

Изучение экологической специфики каждого крупного города – задача крайне важная, но в высшей степени трудоемкая. Тем не менее, уже сегодня необходимо проведение исследований и накопление данных по экологии города с целью их последующего анализа, систематизации, выводов и рекомендаций, с помощью которых «среду выживания» можно опять превратить в «среду обитания».

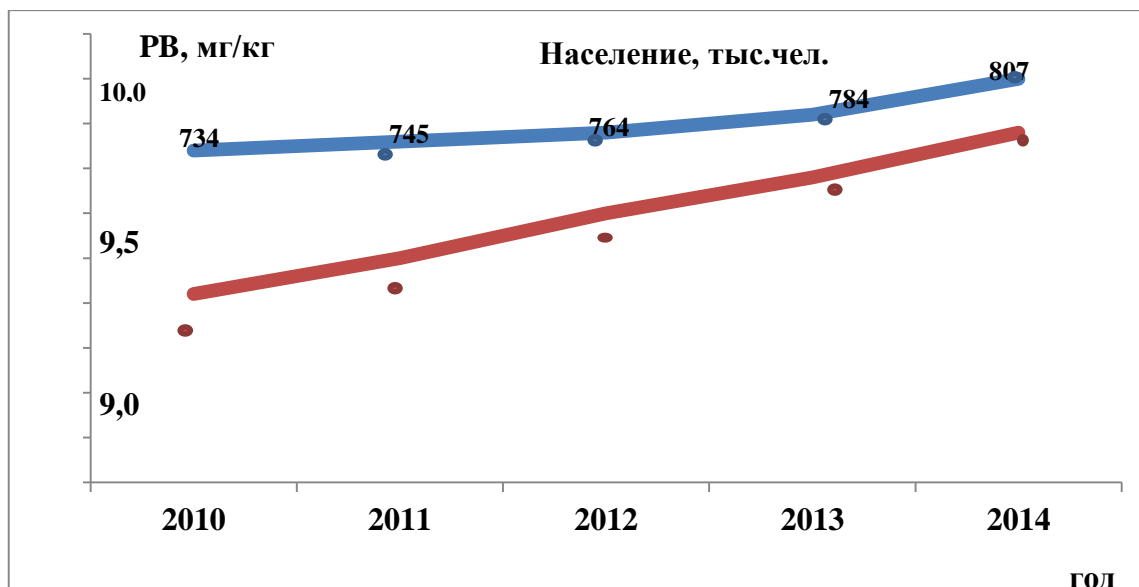
Настоящая работа поставлена с целью определения тяжелых металлов (ТМ) в атмосфере города Краснодара. Определено содержание 10 металлов в фитомассе деревьев, растущих на улицах города с различной интенсивностью автомобильного движения. Методы анализа – атомно-абсорбционная хроматография и оптическая эмиссионная спектрометрия с компьютерной обработкой результатов. Выбор фитомассы как естественного биоиндикатора позволяет оценить интегральное накопление ТМ из почвы и воздуха, выявить общебиологический эффект их действия.

Полученные данные свидетельствуют о значительном превышении по сравнению с контролем свинца, железа и кадмия, в меньшей степени – хрома и цинка.

Анализ данных проведенного нами пятилетнего мониторинга содержания ТМ в атмосфере Краснодара показал незначительное (2,5%) снижение содержания железа. Практически по всем остальным ТМ наблюдается увеличение их содержания, которое хорошо коррелирует с численностью населения, автотранспорта и интенсивностью его движения.

Рисунок 1

Динамика накопления свинца в фитомассе



На рисунке приведены итоги пятилетнего мониторинга накопления вредных примесей в атмосфере Краснодара на примере одного из них. Как видно, содержание свинца за 5 лет увеличилось на 5,6% [5-8].

На этом же рисунке приведены данные по количеству жителей города Краснодара за те же годы. Как видно из сопоставления графиков, накопление вредных примесей в атмосфере хорошо коррелирует с числом его жителей, что подтверждает факт антропогенного влияния на ухудшение экологической обстановки.

В течение указанного периода проводили определение тяжелых металлов в фитомассе на одних и тех же участках движения в один и тот же период. Накоплен большой материал фактических данных, которые однозначно свидетельствуют о нарастающем ухудшении экологической обстановки в городе. Показанная на рисунке динамика накопления свинца практически аналогична с данными по другим ТМ.

Нами проведен фьючерсный анализ основных показателей содержания ТМ в атмосфере путем экстраполяции наработанных за пять лет данных. При сохранении темпов роста загрязнения

содержание свинца увеличится почти на 20% к 2020 году.

Эти результаты свидетельствуют о необходимости принятия неотложных мер по нормализации ситуации, в первую очередь – доведения площади зеленых насаждений до нормы.

Учитывая остроту проблемы экологии мегаполиса, наши исследования в этом направлении будут продолжены. Участие студентов – членов СНО института – в этой работе не только повышает их исследовательские компетенции, но и способствует формированию экологического менталитета.

Литература:

1. Киотский протокол к рамочной конвенции Организации Объединенных Наций об изменении климата: ООН, 1998.
2. Декларация Рио-де-Жанейро по окружающей среде и развитию: ООН, 1992.
3. Концепция перехода Российской Федерации к устойчивому развитию. М.: Экоинформ, 1996, 12 с.
4. Global Environment Outlook.3. Past, present and uture perspective. Earthscan Publication Ltd, London, 2002.
5. Ткаченко А.В. Экология мегаполиса / Аслонянц А.М., Дробышева О.М. //VII

Международная НПК «Научное творчество XXI века, Красноярск, 2013, с.370-373.

6. Ткаченко А.В. Охрана окружающей среды: воздух, которым мы дышим / Клонина Н.В.// VII Всероссийский конкурс «Национальное достояние России», М.; 2012, с. 1072-1073.

7. Ткаченко Н.В. Обухова Н.А., Захарова М.В. Тяжелые металлы в экосистеме г. Краснодара // 39 НПК ЮФО, Краснодар, 2012, с.183-184.

8. Ткаченко А.В. Мониторинг урбоэкологии г. Краснодара / Клонина Н.В. IX НПК Юга России «Медицинская наука и здравоохранение», Краснодар, 2011, с. 138-141.

ПУТЬ УТИЛИЗАЦИИ ФИТОМАТЕРИАЛА

Ткаченко А.В., Аслоньянц А.М.,
Амоян Э.Ф.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Проблемой XXI века является увеличение техногенной нагрузки на экосистемы. В особенности это касается крупных городов, в которых естественные механизмы очистки давно не справляются со своей задачей. Промышленные предприятия, бытовые отходы и, в особенности, автомобильный транспорт, является основными источниками загрязнения.

Роль зеленых насаждений в сохранении экологического благополучия мегаполисов неопределима. Деревья не только обогащают воздух городов кислородом, но и активно аккумулируют вредные вещества из него [1,2,3].

Практикуемое ранее сжигание опадающих листьев гигиенически неоправданно, ибо при сжигании одной тонны растительных остатков в воздух

возвращается более 9 кг токсичных веществ, ранее поглощенных растениями: тяжелые металлы, монооксид углерода, оксиды азота и серы. При горении листьев образуются также бенз-а-пирен и диоксины – сильнейшие канцерогены и токсиканты. Поэтому введение не столь давно в ряде регионов Законов о запрете сжигания растительных остатков (Краснодарский край – 2003 г.) можно приветствовать как меру сохранения экологического равновесия.

Одним из способов утилизации опавших листьев является способ биологической деструкции листьев в анаэробных условиях. Данный способ утилизации является экологически и экономически выгодным, поскольку биогаз, образующийся в процессе метанового брожения, можно использовать в качестве альтернативного источника энергии, а сброженную биомассу – как биологически ценное удобрение для почвы.

Нами проведены исследования по моделированию этого процесса. Биогаз образуется при разложении органических компонентов листьев в результате анаэробного микробиологического процесса – метанового брожения. Основным компонентом биогаза является CH_4 , а также примеси углекислого газа, сероводорода и других газов.

Очень важным условием успешного протекания процесса является соответствие технологическим условиям внутри реактора температуры, уровня кислорода (анаэробности), количества питательных веществ, уровня кислотности (pH) и концентрации токсичных веществ.

Различают три температурных режима метанового брожения:

- 1) психрофильный - от 0 до 20° С;
- 2) мезофильный - от 20 до 40° С;
- 3) термофильный - от 40 до 60° С.

Нами выбран мезофильный режим брожения; повышение температуры

происходит за счет экзотермии химических процессов.

Процесс проводили в герметичной емкости объемом пять литров, в которую загружали биомассу – опавшие листья, подвергнутые предварительной обработке (измельчение и заливка горячей водой). Для сбраживания применяли анаэробный активный ил, полученный из метатенков станции аэрации.

Образующийся биогаз с помощью шланга подавали в газгольдер, его объем фиксировали по объему вытесненной воды с помощью мерного цилиндра. Состав биогаза определяли методом газовой хроматографии, взвешенные вещества – гравиметрическим способом. Содержание аммонийного азота определяли по методу Кьельдаля.

Особенно важным при осуществлении процесса сбраживания является создание оптимальных технологических условий в реакторе – температуры, анаэробных условий, достаточной концентрации питательных веществ, допустимого значения рН, отсутствия или низкой концентрации токсичных веществ.

В процессе эксплуатации биореакторов необходимо постоянно осуществлять контроль за показателем рН, оптимальное значение которого находится в пределах 6,0 – 6,5. Снижение показателя рН свидетельствует о «закисания» среды, что является нарушением процесса метановой ферментации.

Результаты опытов свидетельствуют о принципиальной возможности получения биогаза с содержанием метана более 70% объемных при минимальных затратах. В периодическом режиме оптимальным сроком брожения является 6 – 7 суток, после чего выход биогаза резко снижается. В результате брожения из органической массы образуется шлам, который является чрезвычайно ценным удобрением, содержит в себе большое количество биологически

активных веществ, в том числе витаминов группы В, макро- и микроэлементов.

Выводы:

В настоящее время проблему утилизации опавших листьев в городах можно и необходимо решать с помощью технологии биологической деструкции. В настоящей работе представлены данные по моделированию установки утилизации опавших листьев способом биологической деструкции в анаэробных условиях.

Показано, что данный метод утилизации является экологически и экономически выгодным, поскольку биогаз, образующийся в результате метанового брожения, можно использовать в качестве альтернативного источника энергии (содержание метана до 70%), а сброшенная биомасса является ценным органическим удобрением.

Литература:

- 1.Ткаченко А.. Экология мегаполиса. / В Аслонянц А.М., Дробышева О.М//VII Международная НПК «Научное творчество XXI века, Красноярск, 2013, с.370-373.
- 2.Ткаченко А.В. Охрана окружающей среды /Клонина Н.В.// Воздух, которым мы дышим. VII Всероссийский конкурс «Национальное достояние России», М.; 2012, с. 1072-1073.
- 3.Ткаченко А.В Обухова Н.А., Захарова М.В. Тяжелые металлы в экосистеме г. Краснодара. 39 НПК ЮФО, Краснодар, 2012, с.183-184.

ПРОБЛЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ТВОРЧЕСТВА

Ткаченко А.В., Аслоньянц А.М.,
Амоян Э.Ф.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Задачей современного высшего образования является становление компетентности, профессионализма, творческого начала будущих специалистов. На современном этапе модернизации российского образования становится важной проблема подготовки выпускника, готового успешно адаптироваться в профессиональной среде и успешно решать возникающие жизненные и профессиональные вопросы, поэтому одной из основных задач деятельности вуза является создание условий для саморазвития студентов [1,2].

Научно-исследовательская работа студентов (НИРС) является неотъемлемой частью учебного процесса в современном вузе. Именно сочетание учебно-педагогической и научной деятельности преподавателей и студентов делает высшую школу кузницей высококвалифицированных кадров для страны. На необходимость совершенствования системы научно-исследовательской работы студентов указывается в Федеральной программе развития образования, в Постановлении Правительства «О дальнейшем развитии высшей школы и повышении качества подготовки специалистов». Среди основных направлений развития высшего инновационного образования названы: обеспечение условий для развития личности и творческих способностей студентов, индивидуализация форм, методов и систем обучения, в том числе на основе вариативных инновационных образовательных программ высшего и послевузовского инновационного образования; совершенствование научно-исследовательской и научно-технической деятельности высших учебных заведений и других организаций системы образования на основе развития научных школ по приоритетным направлениям науки и техники и необходимой для сказанного разви-

тия инфраструктуры; разработка мер по широкому привлечению студентов к научно-исследовательской работе.

Изменения, происходящие в российском обществе, обусловили становление новой образовательной парадигмы, связанной с ориентацией образовательной деятельности на личность как абсолютную ценность, с утверждением гуманистических ценностей в педагогическом сознании. Педагогические исследования все чаще обращаются к рефлексии, к осмыслению научных принципов и стратегий, лежащих в основе эффективности образовательных систем [3].

Особенность образовательной позиции вузовского педагога определяется широкими возможностями современных образовательных технологий на основе специфики преподаваемых дисциплин и собственной ценностной ориентации.

Работа поставлена с целью оптимизации процесса НИРС для повышения качества ее продукта. Многие исследователи отмечают, что доклады по итогам НИРС, как и опубликованные на их основе тезисы, далеко не всегда отвечают современным требованиям. Причина этого в первую очередь - в проблеме системной организации принципов и институтов научного исследования.

Члены студенческого научного общества (СНО) нашего вуза по итогам работы за 2013-2014 учебный год опубликовали 197 печатных работ, их доклады были представлены на 8 научных конференциях и конкурсах различного уровня, в том числе, международных и всероссийских. Итоги работы были высоко оценены компетентными жюри; так, победителями и лауреатами на Всероссийском уровне стали 3 студенческие работы, в том числе, над научным руководством авторов.

Высокий уровень НИРС в вузе обусловлен правильным системным подходом к этой деятельности, широкой кооперации с ведущими научными и образовательными учреждениями на основе договоров содружества, что позволяет использовать самую современную инструментально-техническую базу при проведении научных исследований.

Ниже представлен алгоритм научной разработки, позволяющий уяснить логику научного исследования и повысить его количество.

Основными чертами научного исследования являются новизна, актуальность и достоверность.

Актуальность должна в первую очередь учитываться при выборе темы. Как правило, научный руководитель при этом руководствуется тематикой исследований кафедры и института, а также спектром собственных научных интересов, и не в последнюю очередь – практической возможностью реализации экспериментальной части работы доступности приборов, лабораторий, клинических баз.

От авторов требуется компетентное знание проблемы. Поэтому началу работы предшествует этап изучения научной литературы, позволяющий исследователям хорошо ориентироваться в проблеме, обосновывать выбранные методы и доказывать полученные результаты: поиск литературных источников по теме путем работы с различными библиографическими (электронными) каталогами и информационными тематическими каталогами (midline), составление картотеки источников литературы, подлежащих глубокому изучению, чтение отобранных публикаций и их соответствующая обработка (составление конспекта или краткого резюме) составление критического обзора изученной литературы и выводов из нее. Эта работа требует

выполнения трех основных задач: раскрыть все существенное, что опубликовано об исследуемой проблеме, систематизировать и проанализировать известные данные, синтезировать и критически осмыслить их. Литературное введение к работе должно отвечать на ряд вопросов: кто, когда и как исследовал данную проблему, каковы результаты, насколько они однородны, имеются ли в них противоречия и в чем они заключаются. Необходимо рассмотреть и ранее применявшиеся методы исследования, их позитивные и негативные стороны.

Итогом работы на этом этапе должны стать обоснование актуальности, новизны и методологического выбора. На этой основе формируются цель и задачи исследования, определяется объект и метод исследования.

Постановка эксперимента требует от исследователя знания и владения методикой исследования, предварительного составления карты или таблицы регистрации данных. На этом этапе выделяются однотипные признаки изучаемых объектов. Например, в медицинских исследованиях – пол, возраст, изменения в показателях и т.д. в группах исследования и контроля.

Следует обратить внимание на репрезентативность, т.е. соответствие выборки характеристикам генеральной совокупности в целом. Репрезентативность определяет, насколько можно обобщать результаты исследования с привлечением данной на всю генеральную совокупность, из которой она была отобрана.

Например, совокупность – это все учащиеся вуза – 600 человек из 20 групп по 30 студентов в каждой. Предмет изучения – отношения к курению. Выборка, состоящая из 60 студентов старших курсов, хуже представляет совокупность, чем выборка из тех же 60 человек, в которую войдут по 3 сту-

дента из каждой группы. Причина тому – неравное возрастное распределение в группах. Следовательно, в первом случае репрезентативность низкая, а во втором - высокая при прочих равных условиях [4].

Следующий этап исследовательской работы – обработка и обсуждение результатов. Автор должен сопоставить полученные экспериментальные данные со сведениями, имеющимися в литературных источниках. В случае принципиальных расхождений, безусловно, следует расширить выборку или повторить эксперимент, чтобы сделать ваши выводы более убедительными. Достоверность - краеугольный камень данного этапа. Он подтверждается статистической обработкой результатов.

Многие современные приборы (атомно-адсорбционная спектроскопия, хроматография и др.) выдают компьютерную обработку результатов, позволяющую оценивать их достоверность. Подобные методы использованы во многих работах участников СНО нашего вуза [5-8].

Возможно проведение анализа полученных результатов методами графического, корреляционно-регрессивного анализа, методом группировок, методом ранжирования. Возможно применение прикладных программ, таких как Microsoft Excel, Statistica, методы вариационной статистики Стьюдента и другие.

Заключительный важный этап работы - выводы и рекомендации. В них должны содержаться основные научные результаты работы. Желательно, чтобы эти рекомендации не были тривиальными (...мойте руки перед едой...) и многословными. От студента не ждут глобальных обобщений. Итогом НИРС должен быть небольшой, но конкретный научный факт.

Вопрос о соотношении педагогической и научно-исследовательской деятельности в высшей школе являются предметом полемики, в ходе которой обнаруживаются полярные взгляды. Многие исследователи, рассматривая профессиональную деятельность преподавателя высшей школы, смещают акценты только на научный или только на педагогический аспекты рассматриваемого феномена. Также распространенным является подход, при котором научно-педагогическую деятельность рассматривают как простое суммарное сочетание научно-исследовательской и педагогической. Некоторые авторы, раскрывая функции профессиональной деятельности преподавателя вуза, сводя ее, в сущности, к деятельности педагога – исследователя, упускают из вида такую особенность научно-педагогической деятельности, как трансляцию преподавателем результатов своей исследовательской деятельности в содержание обучения [3].

На наш взгляд, научная деятельность преподавателя, его участие в НИРС и педагогическая деятельность тесно связаны и способствуют творческому и профессиональному росту преподавателя и становлению студента как личности и как специалиста.

Литература:

1. Парахонский А.П. Методологические основы НИР студентов и ее значение в медицинском вузе./ Ткаченко А.В.// Материалы III Всероссийской научно-методической конференции, том III, КГМУ, Курск, 2010, с.133-135
2. Ткаченко А.В. НИРС – способ формирования мобильного специалиста / Обухова Н.А. // 16 Всероссийская НПК «Инновационные процессы в высшей школе», Краснодар, 2010, с.100-101
3. Шабокова О.В. Социально-педагогические условия становления научно-педагогической деятельности

преподавателя высшей школы. Дисс. канд. пед. наук., Воронеж – 2002.

4. Ильясов Ф.Н. Репрезентативность результатов опроса в маркетинговом исследовании. Социологические исследования – 2011 - № - 3. С. 112.

5. Ткаченко А.В. Экология реки Кубань / Вахмянина Н.М. // VII Всероссийская конференция «Национальное достояние России» - М.- 2014 – С. 1047.

6. Ткаченко А.В. Экология мегаполиса / Аслоньянц А.М., Дробышева О.М. // VII Международная НПК «Научное творчество XXI века» - 2013 – С. 370.

7. Ткаченко А.В. Роль воспитания исследовательских навыков в формировании личности специалиста. Международная научно-практическая конференция. Методология, теория и практика непрерывного медицинского образования, Краснодар, 2006, с.319-320

8. Венглинская Е.А. Роль научно-исследовательской работы студентов в развитии знаний, умений, навыков/ Парахонский А.П., Ткаченко А.В // НПК «Проблемы формирования практических навыков у студентов медицинского вуза и возможные пути их решения», Краснодар, 2009, с. 45-48.

ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ИХ СОДЕРЖАНИЯ В ВОЗДУХЕ

Ткаченко А.В., Соколова П.С., Аслоньянц А.М.,*Дьякова Д. А.
 МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»,
 *ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
 Краснодар, Россия

Люди, проживающие в современном мегаполисе, употребляют вместе с

водой, воздухом и продуктами питания множество других компонентов. Это вещества техногенного происхождения, спектр действия которых на организм человека весьма широк – от малополезных (например, CO₂) до токсичных и канцерогенных.

Одним из главных факторов загрязнения окружающей среды являются промышленные выбросы предприятий и выхлопные газы автомобилей, содержащие соединения ртути, железа, свинца и других тяжелых металлов (ТМ). Постоянно действующим «детектором» содержания ТМ могут служить растения, аккумулирующие эти металлы в своих листьях, цветках, стеблях. Ранее нами проведены исследования накопления ТМ в листьях в зависимости от породы деревьев, периода вегетации и их локации в городском ландшафте [1,2,3].

ТМ имеют высокую токсичность для организма в сравнительно низких концентрациях, склонность к биоаккумуляции и биомagniфикации. Хром, свинец, кадмий и ртуть относятся к I классу опасности, никель, железо, кобальт и медь – ко второму классу [4]. При попадании в организм человека избытка ТМ последние могут вызывать серьезные патологии, степень которых зависит не только от дозы, но и от природы металла-токсиканта, в первую очередь его комплексообразующей способности. В результате металло-лигандного гомеостаза более активный металл-токсикант может вытеснить металл-катализатор из фермента или связать биологически активные соединения, необходимые для синтеза ферментов.

Зеленые растения выполняют санитарно-защитную функцию, аккумулируя ТМ и понижая их содержание в атмосферном воздухе. Однако в период листопада до сих пор продолжается практика сжигания опавшей листвы, при этом в атмосферу возвращаются не только поглощенные ТМ, но и монооксид углеро-

да, оксиды азота и серы. При горении листьев образуются также бенз-а-пирен и диоксины – сильнейшие канцерогены и токсиканты. Поэтому введение не столь давно в ряде регионов законов о запрете сжигания растительных остатков [5] можно приветствовать как меру сохранения экологического равновесия.

Известен метод утилизации биологических материалов путем биологической деструкции в анаэробных условиях. Нами проведены исследования по моделированию этого процесса. Биогаз образуется при разложении органических компонентов листьев в результате анаэробного микробиологического процесса – метанового брожения. Основным компонентом биогаза является метан.

Измельченные листья помещали в герметичную емкость и заливали горячей водой. Для сбраживания применяли анаэробный активный ил, полученный из метатенков станции аэрации. Образующийся биогаз с помощью шланга подавали в газгольдер, его объем фиксировали по объему вытесненной воды с помощью мерного цилиндра. Содержание аммонийного азота определяли по методу Кьельдаля. Состав биогаза определяли методом газовой хроматографии, взвешенные вещества – гравиметрическим способом.

Результаты опытов свидетельствуют о принципиальной возможности получения биогаза с содержанием метана более 70% объемных при минимальных затратах. Данный метод утилизации является экологически и экономически выгодным, поскольку биогаз, образующийся в результате метанового брожения, можно использовать в качестве альтернативного источника энергии, а сброженная биомасса является ценным органическим удобрением, содержащим большое количество биологически активных веществ, в том числе, витаминов группы В и микроэлементов.

Литература:

- 1.Ткаченко А.В. Экология мегаполиса. / Аслоньянц А.М., Дробышева О.М. // VII Международная НПК «Научное творчество XXI века, Красноярск, 2013, с.370-373.
- 2.Ткаченко А.В. Охрана окружающей среды: воздух, которым мы дышим /Клонова Н.В // VII Всероссийский конкурс «Национальное достояние России», М.; 2012, с. 1072-1073.
3. Ткаченко Н.В. Тяжелые металлы в экосистеме / Обухова Н.А., Захарова М.В. 39-ая НПК ЮФО, Краснодар, 2012, с.183-184.
4. Постановление правительства РФ от 30.05.2003 г. №114 ПДК загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест. Закон Краснодарского края от 2.06.2004 № 734-КЗ

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Третьякова В.Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В контексте психологических проблем особую актуальность приобретает вопрос о предполагающих факторах развития обсессивно-компульсивного расстройства.

Интерес к данной проблеме возрастает за счет того, что распространенность данного заболевания на удивление быстро прогрессирует.

Однозначно определить причины возникновения обсессивно-компульсивного расстройства сегодня нельзя.

В рамках данной статьи будут обозначены некоторые из существующих подходов к определению факторов развития ОКР, анализ которых позволит нам составить комплексное

представление о природе данного феномена.

Максимально достоверное представление о предполагающих факторах развития ОКР дает лишь вся совокупность накопленных знаний по этой проблеме.

Объект исследования: обсессивно-компульсивное расстройство.

Предмет исследования: предполагающие факторы развития обсессивно-компульсивного расстройства.

Цель работы: выявить предполагающие факторы развития ОКР у студентов.

Гипотеза: можно предположить, что у личности в течение жизни предполагающими факторами развития обсессивно-компульсивного расстройства являются, прежде всего, стиль семейного воспитания, различные акцентуации личности или характера, тревожность.

Методологической основой исследования явилась психоаналитическая теория Зигмунда Фрейда, МКБ-10.

Учеными выдвинуты теории, которые дают объяснение происхождению обсессивно-компульсивного расстройства, но в то же время, точные причины данного заболевания не выявлены.

Согласно описанию, данному в МКБ-10, основными чертами ОКР являются повторяющиеся навязчивые (обсессивные) мысли и компульсивные действия (ритуалы).

В широком смысле ядром ОКР является синдром навязчивости, который представляет собой состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при осознании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание неестественности, алогичности навязчивых идей и состояний, больные бес-

сильны в своих попытках преодолеть их. Обсессивные побуждения или идеи признаются чуждыми личности, но как будто идущими изнутри. Навязчивые действия могут быть исполнением ритуалов, предназначенных для облегчения тревоги, например мытье рук для борьбы с «загрязнением» и в целях предотвращения «заражения». Попытки отогнать непрошенные мысли могут привести к внутренней борьбе, сопровождаемой тревогой [2].

Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. Существует тесная взаимосвязь между обсессивными симптомами, особенно обсессивными мыслями, и депрессией. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы.

Никто не может с уверенностью сказать, что вызывает обсессивно-компульсивное расстройство. В свое время исследователи предположили, что ОКР развивается в результате влияния семейных отношений или детского опыта, в том числе жестокой дисциплины, семейных ссор и скандалов, высоких родительских требований.

Обсессивно-компульсивное расстройство в равной степени может быть у мужчин и женщин, в основе личности часто выступают ананкастные черты. Начало обычно в детском или юношеском возрасте [3].

На данный момент конкретный этиологический фактор неизвестен.

Из зарубежных ученых, работающих в данном направлении, стоит отметить:

- Фрейдистов, предполагающих, что люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности страдают анальной регрессией. То есть в

силу того, что на анальной стадии развития родители были слишком строги с детьми, приучая их к горшку, они накопили в себе гневные чувства и остаются фиксированными на этой стадии. Они пытаются сдерживать свой гнев, постоянно подавляя как его, и свои инстинктивные потребности в дефекации - действия, которые заставляют их быть крайне аккуратными и сдержанными и вызывают у них страсть к коллекционированию разных предметов. Другие теоретики психодинамического направления полагают, что любая ранняя борьба с родителями за власть и независимость может приводить в движение агрессивные импульсы [4].

- Когнитивные теоретики считают, что лишённые логики процессы мышления способствуют его поддержанию. К примеру, они указывают на незрелое мышление, которое может благоприятствовать жесткости и стремлению к совершенству. Они также замечают, что индивидуумы с этим расстройством, как правило, преувеличивают возможные последствия ошибок и промахов [4].

Базой для эмпирического исследования послужил Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования. Респондентами явились студенты 3 курса очной формы обучения отделения «Сестринское дело» (бакалавриат) – 18 человек; 2 курса очной формы обучения отделения «Клиническая психология» - 12 человек.

С помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделеевича были выявлены невротические нарушения респондентов или их отсутствие по шести критериями: тревожность, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

У респондентов отсутствуют расстройства по шкалам «Вегетативные нарушения» и «Истерический тип реагирования», но присутствуют невротические нарушения по шкалам «Тревога», «Невротическая депрессия», «Астения» и «ОКР».

Чаще всего у испытуемых встречается невротическая депрессия, реже - нарушение по шкале тревоги и по шкале ОКР, на последнем месте невротическое расстройство по шкале «астения».

С помощью методики Д. Сакса и С. Леви у респондентов было выявлено негативное отношение по шкалам: «Отношение к отцу», «Отношение к вышестоящим лицам», «Отношение к лицам противоположного пола», «Сексуальные отношения», «Чувство вины». Положительное отношение было проявлено в шкалах: «Отношение к друзьям» и «Отношение к матери».

Анализ результатов исследования уровня ситуативной тревожности по методике Спилберга-Ханина показал, что 39% респондентов имеет среднюю тревожность, у 27% низкая тревожность, 21% очень низкая личностная тревожность, и 9% - высокая.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что в психологии не существует единого понимания проблемы, и точные причины ОКР остаются неизвестны. В данной статье было рассмотрено несколько основных подходов в изучении вопроса о предполагающих факторах развития обсессивно-компульсивного расстройства.

В заключении нашего исследования можем дать некоторые рекомендации нашим респондентам: людям с низким уровнем тревожности нужно развивать чувство ответственности в решении тех или иных задач. Респондентам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности.

Литература:

1. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия. - М., 1994.
2. Комер, Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики: пер. с англ. - 4-е изд., междунар. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК ; М.: ОЛМА-пресс, 2005.
3. МКБ-10.
4. Толковый словарь психиатрических терминов EdwART. – М., 2009.
5. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. – М., 1920.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛУЧЕНИЯ АЗОТНО- ФОСФОРНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОДЕРЖАЩИХ УДОБРЕНИЙ

Уктамов Д.А., Таджиев С.М.,
Тухтаев С., Тураев З., Нишонов У.
*Институт общей и неорганической
химии Академии наук Республики
Узбекистан,
Наманганский инженерно-
технологический институт
Наманган, Узбекистан*

Многолетними исследованиями, проведенными в нашей стране и за рубежом, установлено, что при применении удобрений, содержащих микроэлементы (цинк, медь, молибден, бор, марганец, кобальт), повышается урожайность растений и улучшается качество сельскохозяйственной продукции.

Успешное развитие проблемы производства микроэлементсодержащих удобрений связано с изысканием рациональных источников сырья, содержащих микроэлементы. При произ-

водстве микроудобрений в качестве источника микроэлементов использование отходов производств, шлаков, кеков (от англ. cake — затвердевать, слой твёрдых частиц, остающийся на фильтрующей поверхности после фильтрации суспензий), отработанных катализаторов, вторичных продуктов цветной металлургии является одним из эффективных и экономически выгодных приемов [1].

Объекты и методы исследования. Для получения азотно-фосфорных удобрений с микроэлементами предложены некоторые виды микроэлементсодержащих отходов производств. К таким видам источников микроэлементов относится отход переработки молибдена Узбекского комбината тугоплавких и жаропрочных материалов. Данный отход находится в жидком состоянии зеленого цвета и имеет кислую среду (рН=2,35). По данным химического анализа отход УзКТЖМ содержала (%): NH_4NO_3 -13,09%; $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ -1,37%; микроэлементы (Fe, Mn, Cu, Zn, Ni, Co, Mo) – 0,035% г/л, N-4,87%, остальное вода, $d=1,01\text{г/см}^3$, рН=2,35.

Значение водородного показателя (рН) данного отхода определяли с помощью прибора - METTLER TOLEDO FE20/EL20 pH meter quick guide, аммиачный азот - по методу Кьельдаля [2], а микроэлементы определяли спектрометрическим методом [3].

Результаты и обсуждение. Приготовили смесь микроэлементсодержащего отхода и небогатенного Кызылкумского фосфорита в различных соотношениях, изучили содержание усвояемого фосфора из состава полученных суспензии (табл.1).

Таблица 1

Составы суспензий, приготовленных смешением микроэлементсодержащего отхода и небогатенного Кызылкумского фосфорита в различных соотношениях, %

Пром. отход: фосфорит	N	Содержание компонентов, масс. %				Σ микро элемент	Кр		CO ₂	H ₂ O	pH
		P ₂ O ₅ общ.	P ₂ O ₅ усв.	CaO _{общ.}	CaO _{усв.}		P ₂ O ₅ %	CaO %			
100:0	4,87	-	-	-	-	0,035	-	-	-	-	2,35
80:20	3,76	3,16	3,06	8,86	7,56	0,027	96,83	85,33	0,11	67,54	6,11
60:40	2,84	6,37	2,94	17,86	9,65	0,020	46,15	54,03	4,35	51,11	6,57
40:60	1,91	9,65	2,03	27,05	12,68	0,014	21,04	46,88	8,87	34,39	6,73

В суспензии, содержащей 80% промышленного микроэлементсодержащего отхода и 20% необогащенного Кызылкумского отхода, степень разложения фосфорита составляет 96,83%. При этом 3,16 % из общего содержания P₂O₅, 3,06% находится в усвояемом состоянии и среда данного раствора изменяется от pH = 2,35 до 6,11. Степень декарбонизации суспензии имеет значения 96,65% и содержание микроэлементов составляет 0,027%. Из полученных данных мож-

но сделать вывод о том, что данный микроэлементсодержащий отход можно использовать для получения микроудобрений.

С целью разработки рациональной технологии получения сложного азоткальцийфосфатных-микроэлементсодержащих удобрений, Кызылкумские фосфориты обработали с помощью азотной кислоты в 40%, 60%, 80% стехиометрических соотношениях и изучили составы полученных продуктов (табл.2.)

Таблица 2

Химический состав фосфатного сырья обогащенного с помощью азотной кислоты в различных стехиометрических соотношениях, %

Норма HNO ₃	Содержание компонентов, масс. %							$\frac{P_2O_{5, усв.}}{P_2O_{5, общ.}}, \%$	$\frac{CaO_{ усв.}}{CaO_{ общ.}}, \%$	pH
	P ₂ O ₅ общ.	P ₂ O ₅ усв.	CaO _{общ.}	CaO _{усв.}	N	CO ₂	H ₂ O			
40	10,65	7,49	29,88	14,64	4,97	7,01	17,78	70,33	49,00	5,94
60	9,07	6,90	25,44	18,11	6,34	3,92	22,72	76,07	71,19	4,38
80	7,89	6,85	22,12	20,11	7,35	1,75	26,34	86,82	90,91	2,62

Проведенные опыты показывают что, взаимодействие фосфатного сырья и азотной кислоты протекает очень бурно, с повышением нормы азотной кислоты от стехиометрии, степень разложения фосфорита увеличивается. При норме азотной кислоты 40% от стехиометрии, из 10,65% общего содержания P₂O₅, 70,33% находится в усвояемом состоянии, а также 49,00% CaO переходит в усвояемое состояние. С изменением нормы азотной кислоты, от 60% до 80% от стехиометрии, содержание усвояемого растениями P₂O₅

увеличивается от 76,07% до 86,82%. Увеличение нормы азотной кислоты от стехиометрии, также приводит к увеличению значения степени декарбонизации фосфатного сырья, при этом содержание CO₂, уменьшается от 7,01% до 1,75%. Если в составе пульпы полученной разложением фосфатного сырья азотной кислотой при норме азотной кислоты 40% от стехиометрии, содержание азота составляет 4,97% , то содержание азота в пульпе при норме азотной кислоты 60% и 80% от стехиометрии составляет 6,34% и

7,35% соответственно и находится в виде азотнокислого кальция.

Нитрофосную пульпу, полученную ускоренным способом при норме азотной кислоты 40% от стехиометрии, смешали в соотношениях 1:0,3; 1:0,5; 1:0,7; 1:1; с суспензией полученной из микроэлементсодержащего промышленного отхода и необогащенного фосфорита в соотношении 80:20. Также изучили взаимодействия, протекающие между нитрофосной пульпой полученные при норме азотной кисло-

ты 60 и 80% от стехиометрии и суспензии выше приведенного состава, в соотношениях 1:0,3, 1:0,5; 1:0,7; 1:1. Затем полученную смесь перемешивали в течение 10-15 минут, сушили при температуре 100-105⁰С, гранулировали с помощью тарельчатого гранулятора при влажности 10-15%. Ниже приводим химический состав полученного сложного азоткальцийфосфатных-микроэлементсодержащих удобрений (табл.3).

Таблица 3

Химический состав сложного азоткальцийфосфатных-микроэлементсодержащих удобрений полученного смешиванием нитрофосной пульпы, с суспензией полученной из микроэлементсодержащего промышленного отхода и необогащенного фосфорита в соотношении 80:20

Нитроф.: суспен.	рН	Содержание компонентов, масс. %							$\frac{P_2O_{5\text{усв.}}}{P_2O_{5\text{общ.}}}, \%$	$\frac{CaO_{\text{усв.}}}{CaO_{\text{общ.}}}, \%$	CO ₂
		N	P ₂ O ₅ общ.	P ₂ O ₅ _{усв.}	CaO _{общ.}	CaO _{усв.}	Σ мик- элемент.	H ₂ O			
Норма HNO ₃ 40% от стехиометрии											
1:0,3	6,47	4,73	9,15	6,61	25,68	13,22	0,06	23,11	72,24	51,48	63,21
1:0,5	6,58	4,57	8,15	6,01	22,87	12,28	0,09	34,37	73,74	53,69	64,91
1:0,7	6,66	4,45	7,41	5,59	20,87	11,61	0,11	39,11	75,44	55,63	66,47
1:1	6,74	4,37	6,91	5,28	19,37	11,10	0,14	42,66	76,41	57,31	67,77
После сушки											
1:0,3	6,60	5,99	11,55	8,67	32,51	17,73	0,08	2,67	74,87	54,54	65,28
1:0,5	6,69	6,82	12,16	9,12	34,13	19,33	0,13	2,04	75,00	56,64	66,94
1:0,7	6,75	7,06	11,76	9,13	33,13	19,43	0,17	3,35	77,64	58,65	68,06
1:1	6,87	7,41	11,71	9,15	32,83	19,81	0,24	2,81	78,14	60,34	69,93
Норма HNO ₃ 60% от стехиометрии											
1:0,3	6,31	5,82	7,89	6,14	22,13	16,00	0,06	31,69	77,82	72,30	79,41
1:0,5	6,40	5,48	7,10	5,62	19,91	14,59	0,09	37,66	79,15	73,28	80,39
1:0,7	6,49	5,23	6,54	5,26	18,34	13,59	0,11	41,93	80,43	74,10	81,22
1:1	6,57	5,05	6,12	4,98	17,15	12,86	0,14	45,13	81,37	74,99	82,00
После сушки											
1:0,3	6,43	8,31	11,27	8,93	31,61	23,60	0,09	2,41	79,24	74,66	81,22
1:0,5	6,51	8,56	11,09	8,95	31,11	23,40	0,14	2,59	80,70	75,22	82,31
1:0,7	6,57	8,72	10,90	8,97	30,57	23,25	0,18	3,22	82,22	76,05	83,25
1:1	6,64	9,02	10,93	9,09	30,63	22,76	0,25	2,02	83,17	77,24	84,06
Норма HNO ₃ 80% от стехиометрии											
1:0,3	5,41	6,63	6,94	6,10	19,47	17,60	0,06	34,58	87,90	90,40	90,82
1:0,5	5,48	6,15	6,31	5,59	17,70	15,93	0,09	40,07	88,59	90,00	91,28
1:0,7	5,50	5,81	5,86	5,23	16,44	14,73	0,11	44,00	89,25	89,60	91,61
1:1	5,59	5,56	5,53	4,96	15,49	13,84	0,14	46,94	89,69	89,35	91,92
После сушки											
1:0,3	5,51	9,90	10,36	9,31	29,06	27,27	0,09	2,36	89,86	93,84	91,70
1:0,5	5,59	10,08	10,34	9,30	29,02	27,11	0,15	1,75	89,94	93,41	92,67
1:0,7	5,61	10,19	10,28	9,28	28,84	26,84	0,19	1,75	90,27	93,07	93,07

1:1	5,70	10,11	10,05	9,22	28,16	26,16	0,25	3,53	91,74	92,90	93,43
-----	------	-------	-------	------	-------	-------	------	------	-------	-------	-------

Как видно из приведенных данных, с увеличением нормы азотной кислоты от 40% до 80% от стехиометрии количественное содержание P_2O_5 , CaO и микроэлементов возрастает. Например, если при взаимодействии нитрофосной пульпы, полученной при норме азотной кислоты 40% от стехиометрии с суспензией полученной из микроэлементсодержащего промышленного отхода и небогатого фосфорита в соотношении 80:20 в соотношениях 1:0,3, содержание азота составляет 5,99%, из общего содержание P_2O_5 74,87% и 54,54% CaO находятся в усвояемых состояниях, тогда при норме азотной кислоты 80% от стехиометрии, при соблюдении выше приведенных условий, содержание азота составляет 9,90%, а из общего содержание P_2O_5 89,86% и 93,84% CaO находятся в усвояемых состояниях. При вышеприведенных условиях содержание микроэлементов в составе полученных удобрений изменяется незначительно.

Таким образом, с использованием небогатых Кызылкумских фосфоритов, азотной кислоты и микроэлементсодержащего отхода УзКТЖМ можно получить сложный азоткальцийфосфатные-микроэлементсодержащие удобрения.

Литература:

1. Гафуров, Р., Абдурахмонов, Р.А., Саноат чиқиндиси асосида махаллий гилмояни шаклантириб ўғит олиш. - Тезисы докладов, Научно-практической конференции «Проблемы создания, производства и применения минеральных удобрений и дефолиантов на основе местного сырья» (23-24 марта 2000г.), 13-бет.
2. Методы анализа фосфатного сырья, фосфорных и комплексных удобрений, кормовых фосфатов /Под ред. В.Л. Абрамовой. – М.: Химия, 1975.

3. Анализ минерального сырья /Под редакцией Ю.Н. Книпович, Ю.В. Морачевского. – М.: Госхимиздат, 1959.

4. Крешков, А.П. Основы аналитической химии. – М.: Химия, 1970.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МИНИ-ПРОЕКТОВ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО БИОЛОГИИ

Ходос Е.О.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Среди требований Федерального компонента государственного стандарта появилось требование в организации проектной деятельности обучающихся, «самостоятельное создание алгоритмов познавательной деятельности, ... собственных произведений, идеальных и реальных моделей объектов, процессов, явлений...». Таким образом, одним из основных направлений развития образования названа проектная деятельность обучающихся [1].

В процессе реализации проекта его участники обмениваются новыми сведениями, что предполагает не только лучшее усвоение, но и генерирование информации каждым участником процесса [2]. Кроме того, проектная деятельность способствует развитию адекватной самооценки, развитию информационной и коммуникативной компетентности и других профессиональных и социальных навыков, что имеет значимость в рамках практико-ориентированного обучения [3].

На кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин МАОУ ВПО «КММИВСО» проблемному обучению, отводится значительная часть

практических занятий и часть лекций. Преподаватели в ходе занятий активно сочетают проблемную и другие, в частности, информационно-коммуникативную, витальную технологии, с традиционной подачей материала [4]. Хорошо себя зарекомендовала проектная деятельность учащихся.

Поскольку время практического занятия ограничено, удобнее использовать создание мини-проектов ознакомительно-ориентировочного (или информационного) типа. Этот тип проектов изначально направлен на сбор информации о каком-то объекте, явлении; ознакомление участников проекта с данной информацией, ее анализ и обобщение фактов, предназначенных для широкой аудитории. Структура информационного проекта может быть обозначена следующим образом: цель проекта, его актуальность - источники информации (литературные источники, средства СМИ, базы данных и т. д.) - обработка информации (анализ, обобщение, сопоставление с известными фактами, аргументированные выводы) - результат (статья, реферат, доклад, видео и т.д.) - презентация (публикация, в том числе в сети, обсуждение в телеконференции и пр.). Такие проекты часто интегрируются в исследовательские проекты и становятся их органичной частью, модулем. Благодаря участию в проектной деятельности студенты имеют возможность:

- осознать обозначенную проблему и преобразовать ее в цель собственной деятельности;

- оценить имеющиеся ресурсы, в том числе собственные силы и время и грамотно распределить и рационализировать поиск информации, критически оценивать ее, ранжировать по значимости, ограничивать по объему, использовать различные источники;

- планировать работу, а после ее выполнения – самостоятельно оценить результат при сопоставлении его с заявленной целью.

В целом можно выделить общие закономерные этапы педагогического проектирования, исходя из практических целей:

- 1) Подготовительный этап, на котором актуализируется проблематика и целеполагание проекта.

- 2) Реализация проекта включает в себя планирование и выполнение конкретных действий участниками проекта, оценивание работы внутри группы и представление конечных результатов к обсуждению.

- 3) Рефлексивный или оценочный этап предполагает определить качество проделанной работы, исходя из сопоставления результатов с поставленной в начале проекта целью.

- 4) Постпроектный этап характеризуется рассмотрением вариантов продолжения работы по изучаемой проблематике и возможное распространение результатов исследования.

В рамках проекта каждый участник группы получает конкретное задание (например, собрать информацию, выполнить рисунки, схемы или таблицы, создать презентацию). По окончании каждая группа представляет остальным результат работы, а преподаватель оценивает. Хорошим примером может быть выполнение проектов студентами 1 курса ВСО по теме: «Филогенез» (рис. 1).

Такие работы повышают самооценку самих студентов, у них появляется желание сделать следующую работу лучше, превзойти других, а также дают возможность использовать эти презентации и рисунки в качестве наглядных пособий при изучении дисциплины.

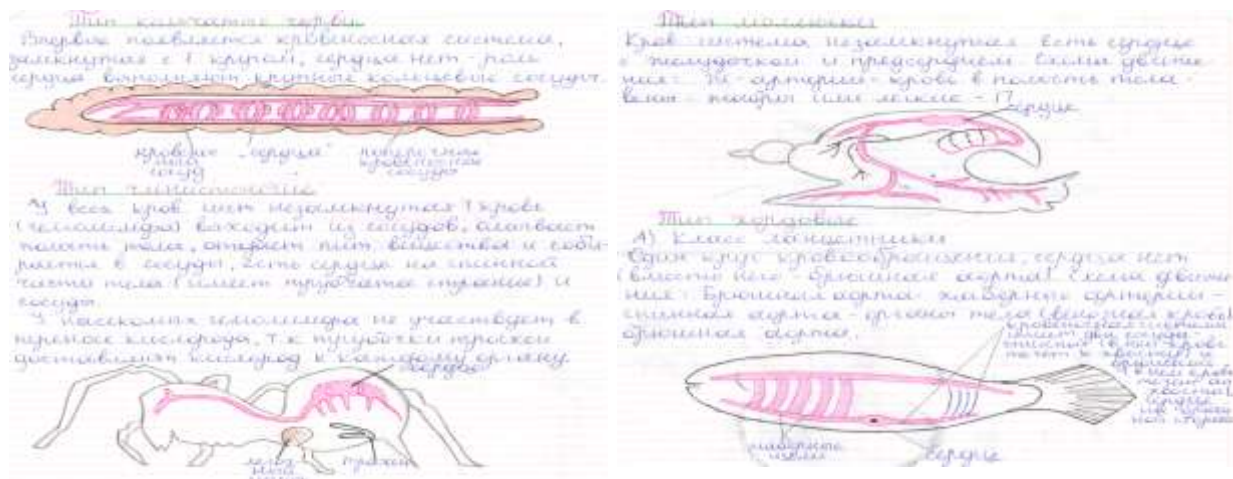


Рис.1. Филогенез

Данный подход к проведению занятий по биологии дает развитие профессиональных компетенций, таких, как когнитивная, учебно-познавательная, информационная, личного самосовершенствования. Одновременно у студентов формируются и общекультурные компетенции – коммуникативная, ценностно-смысловая, культурологическая. Это позволяет кафедре в целом осуществлять современный компетентностный подход в формировании профессиональных и общекультурных компетенций в процессе обучения [5].

Литература:

1. Зимняя, И. А. Ключевые компетентности – новая парадигма результата современного образования. / И. А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 43.
2. Колоскова, Н. И. Особенности учебных проектов на уроках биологии в малочисленной сельской школе // Ярославский педагогический вестник – 2010. – Т. 2. – № 4. – (Психолого-педагогические науки). – С 97-118.
3. Малахова, Л. П. Организация проектной деятельности студентов в рамках компетентностного подхода / Л. П. Малахова, О. А. Мальков // Материалы IV межрегиональная науч.-прак. конф. «Проблемы учебно-методической и воспитательной работы в вузе». – Сургут, 2008. – С. 213-217.
4. Дробышева О.М. Проблемное обучение на кафедре естественнонаучных и фундаментальных дисциплин / В.В. Литвинова//Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 122-124.
5. Ткаченко А.В. Интерактивные технологии в формировании некоторых общекультурных и профессиональных компетенций /В.В. Литвинова, О.М. Дробышева // Международный журнал

экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 303-304.

**ПРОБЛЕМА ТРУДОУСТРОЙСТВА
МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ
РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**

Цику Л.Х., Пняк И.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Одной из проблем современной молодёжи является тяжелая обстановка на рынке труда. Молодые люди, получившие профессиональное образование, не имеют возможности применить свои навыки на практике. Однако они относятся к наиболее продуктивному возрасту, и их неучастие в хозяйственной деятельности приводит к значительным потерям валового внутреннего продукта за счет неполного использования трудового потенциала страны. В конечном итоге это приводит к низкой рентабельности и убыточности предприятий, экономической депрессии, снижению налоговых поступлений, дефициту государственного бюджета.

Незанятая молодежь представляет собой один из четко определенных устойчивых сегментов рынка труда, характеризующийся стабильным ростом предложения рабочей силы.

Переход к рыночным отношениям в сфере труда и занятости в условиях структурной перестройки экономики привел к возникновению принципиально новой ситуации в социально-трудовых отношениях. Однако сегодня положение на рынке труда продолжает оставаться очень сложным, и ситуация имеет тенденцию к ухудшению. Растут масштабы безработицы, в особенности скрытой и частичной, продолжительность ее периода, сокращается спрос на

рабочую силу на действующих предприятиях, а ввод новых рабочих мест зачастую не компенсирует даже их физического выбытия [1].

В значительно большей степени острота проблемы связана с особенностями молодежи как наиболее взрывоопасной с социальной точки зрения группы. Непринятие ею направления развития общества может стать не только помехой такого развития, но и угрозой самому существованию общества. Общество, не получив притока молодых сил, окажется в проигрыше, ибо нарушается его нормальное воспроизводство.

Другая особенность этой социальной группы заключается в том, что у нее нет определенных возрастных рамок и её выделение основано на других признаках. Тем более что в последнее время условные социально-психологические границы молодости раздвинулись. С одной стороны, процесс акселерации существенно ускорил физическое и, в частности, половое созревание детей и подростков, которое традиционно считается нижней границей юности. С другой стороны, усложнение трудовой и общественно-политической деятельности, в которой должен участвовать человек, вызывает удлинение общественно необходимого срока подготовки к жизни, в частности периода обучения, с которым ассоциируется известная неполнота социального статуса.

Изучение рынка труда неразрывно связано с таким понятием как «трудовая мотивация». Мотивация - система внутренних факторов, вызывающих и направляющих ориентированное на достижение цели поведение человека или животного. Трудовая мотивация - внутренние стимулы отдельного человека или группы людей к трудовой деятельности. Мотивация труда делится на материальную, моральную и адми-

нистративную. Учеными было обнаружено, что мотивация сильно влияет на выбор человеком профессии.

Целесообразно различать две формы мотивации: мотивацию к конкретному труду и базовую мотивацию к труду как специфической форме социальной деятельности. Особый интерес вызывает вторая форма мотивации, поскольку очевидно, что ее воспроизводство не является естественно протекающим процессом. Одним из тревожных симптомов стал резкий спад трудовой мотивации в последнее время [6].

Сегодня не сам труд, а заработок не забота о социальной защищенности являются главными составляющими трудовой мотивации. Более заметной стала тенденция инструментализации мотивации труда. Самоценное отношение к труду, с точки зрения его содержания, вытесняется в сознании молодежи оценкой смысла труда как средства достижения других целей.

Эта тенденция была бы положительной, если бы в ней более определенно проявлялся процесс рационализации труда. Тогда доминировал бы достиженческий комп-лекс ценностей, таких как мастерство, добросовестность, ответственность, честность, бережливость, самоотдача, во многом характерный для западной трудовой этики. У нашей молодежи мастерство и профессионализм, честность и принципиальность, а также высокие показатели в работе оказались отодвинутыми в конец, уступив место оплате за труд.

Молодость - пора, когда каждый должен сам определить свою судьбу, найти единственно верный, ведущий к успеху жизненный путь, который позволит максимально реализовать свои способности и дарования. Жизнь ставит молодого человека перед необходимостью принятия ряда важнейших решений в условиях дефицита жизнен-

ного опыта. Выбор профессии - это решение, которое в значительной степени формирует образ последующей жизни. Современному работнику уже мало знать и уметь, для него важнейшим становится момент самовыражения.

Это достаточно ярко проявляется и в попытках начального самоутверждения молодого человека через выбор престижной профессии. При этом реальная возможность трудоустройства либо игнорируется, (решение проблемы откладывается на срок завершения обучения или осуществляется нерыночными методами через родных и знакомых), либо становится новым стимулом к дальнейшему самоутверждению.

Возможно, именно поэтому стремление большой массы молодых людей к формированию себя как личности и к формированию той экономической среды, в которой они хотели бы и считали для себя достойным жить, породило устойчивую тенденцию к овладению профессиями (специальностями), для которых в экономической системе страны не существовало необходимого количества рабочих мест.

Молодежь имеет ряд особенностей, обуславливающих специфику ее положения на рынке труда.

Молодежь отличается высоким уровнем социальной и трудовой мобильности молодежи. Многие представители молодежи готовы, не раздумывая, сменить место работы, ездить в командировки. Вступление в трудовую жизнь с ориентацией не на опыт, а на идеалы, усвоенные в процессе обучения и воспитания, традиционно рассматривалось как негативная особенность молодого работника.

Отсутствие опыта влияет и на способности молодежи к инновациям. В практической деятельности молодежи оказывается более консервативной, чем работники средних возраст-

ных групп. Последние могут трезво оценить все достоинства и недостатки сложившейся ситуации. Этого не сможет сделать молодой специалист, как бы ни были глубоки его теоретические знания и широк кругозор. Другое дело, что молодые сотрудники меньше сопротивляются инновациям, но не столько по приверженности им, сколько по недостаточной приверженности старому.

По сравнению с другими возрастными группами работников молодежь характеризуется более продолжительным периодом предстоящей трудоспособности, что в разной степени может быть востребовано работодателями.

Традиционно приписываемый молодежи более высокий образовательный уровень по сравнению со старшими поколениями в современных российских условиях уже не является бесспорным. Все большие группы молодежи оказываются на рынке труда, не имея не только профессионального, но и законченного общего среднего образования [4].

Практически все работодатели негативно оценивают такие качества молодых работников, как отсутствие навыков трудовой жизни и построения взаимоотношений в рабочей группе, неустойчивость поведения, излишняя эмоциональность, то есть все то, что свидетельствует о социальной незрелости человека, недостаточном уровне его социализации. Однако именно в данном конкретном случае наблюдается наиболее сильное влияние стереотипов представления об обязательном наличии такого рода качеств у всех без исключения молодых работников.

Несовпадение представлений работодателя с реальными характеристиками молодежи, выходящей на рынок труда, сочетается с далеко не всегда обоснованными представлениями мо-

лодежи о путях адаптации в сфере труда и занятости. Это проявляется в выборе профессии, а в дальнейшем - в определении перспектив собственного трудоустройства [2].

Уровень подготовки ищущих работу соответствует требованиям времени: специалисты, имеющие высшее образование, обучались в государственных вузах города, часть закончили коммерческие вузы и филиалы иногородних вузов. В целом городская молодежь осознаёт тот факт, что образование играет важнейшую роль в становлении личности и стремится получить высшее образование, а при возможности и второе высшее.

На вопрос о трудностях, которые возникают при трудоустройстве, все отвечают по-разному. Часть сталкивается с проблемой отсутствия опыта работы. Наличие опыта работы и стажа работы является одним из существенных требований к кандидатам на замещение предлагаемых на рынке труда вакансий. Не имеющих опыта работы выпускников на работу зачастую берут неохотно. Следовательно, выпускники не имеют не только опыта работы, но и возможности получения такого опыта [3].

Другая проблема - невозможность устроиться на работу из-за половозрастных характеристик. Наименее желательным кандидатом при приеме на работу оказывается молодая женщина, не имеющая детей. Работодатель предполагает возможную скорую беременность сотрудницы и однозначно делает выбор в пользу других кандидатов.

Относительно требуемых характеристик работы большинство представителей молодежи сходятся во мнениях: она должна быть интересной и высокооплачиваемой и уровень оплаты многих волнует больше, чем интересное содержание работы. Для мужчин самым главным является не построе-

ние карьеры, а высокий заработок. Они готовы работать в одной и той же должности, но при высоком уровне доходов. Женщины о карьере не думают, преимущественно ориентируясь на семью.

Переход к рыночным отношениям в сфере труда и занятости привел к возникновению принципиально новой ситуации в профессионально-трудовых отношениях. Растет разочарование молодежи в социально-экономической востребованности выбираемых ими профессий. У многих молодых людей складывается устойчивое мнение о невозможности государства обеспечить социально-экономическую поддержку. Все эти аспекты тормозят процесс профессионально-трудовой адаптации молодого поколения [5].

Таким образом, число проблем при трудоустройстве молодежи достаточно велико для того, чтобы молодой человек мог разочароваться в своих силах.

Литература:

1. Ориентация на труд, а не на безработицу. Государственная служба, 2013, №2, С.22-25.
2. Дунаева Н. Молодёжь на рынке труда. // Вопросы экономики.- 2011.- № 1.- С. 81-91.
3. Либанова Е.М., Палий О. Рынок труда. - К: Основы, 2012.-С.491
4. Либанова Е. М. Рынок труда. – К: Центр учебной литературы, 2014.- С.224
5. Муромов М.Б. Экономика труда и социально-трудовые отношения.- К: Аттика, 2010.-С. 304
6. Четвернина Л., Лакунина А. Напряженность на российском рынке труда и механизмы ее преодоления // Вопросы экономики. - 2014. - № 5. - С. 115-130.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Цику Л.Х.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Целью обучения в рамках коммуникативно-деятельностного подхода является формирование коммуникативной компетенции учащихся в единстве всех ее составляющих: языковой, речевой, социокультурной, компенсаторной, учебно-познавательной компетенций.

В современной методике преподавания иностранного языка «коммуникативная компетенция» определяется, как способность средствами изучаемого языка осуществлять речевую деятельность в соответствии с целями и ситуацией общения в рамках той или иной сферы деятельности [1]. Следует отметить, что введение понятия «компетенция» и ее составляющих в научный оборот отечественной лингводидактики связано с поисками более точного определения целей обучения, с выявлением содержательного компонента такой способности в виде знаний, навыков, умений, позволяющих участвовать в речевом общении в его продуктивных и рецептивных видах [2]. Базируется коммуникативная компетенция на ряде других компетенций: лингвистической, речевой, социокультурной, стратегической (компенсаторной), дискурсивной, предметной [1]. Рассмотрим их подробнее.

Лингвистическая (языковая) компетенция – это владение знаниями о системе языка, о правилах функционирования единиц языка в речи и способность с помощью этой системы понимать чужие мысли и выражать собственные суждения в устной и письменной формах.

Речевая компетенция означает знание способов формирования и формулирования мыслей с помощью языка, обеспечивающих возможность организовать и осуществить речевое действие (реализовать коммуникативное намерение), а также способность такими способами пользоваться для понимания мыслей других людей и выражения собственных суждений.

Социокультурная компетенция подразумевает знание учащимися национально-культурных особенностей социального и речевого поведения носителей языка: их обычаев, этикета, социальных стереотипов, истории и культуры, а также способов пользования этими знаниями в процессе общения. Формирование такой компетенции на занятиях по языку проводится в контексте диалога культур с учетом различий в социокультурном восприятии мира и, в конечном счете, способствует достижению межкультурного понимания между людьми и становлению «вторичной языковой личности» [5].

Стратегическая (компенсаторная) компетенция – это компетенция, с помощью которой учащийся может восполнить пробелы в знании языка, а также речевом и социальном опыте общения в иноязычной среде.

Дискурсивная компетенция означает способность учащегося использовать определенные стратегии для конструирования и интерпретации текста.

Предметная компетенция – это способность ориентироваться в содержательном плане общения в определенной сфере человеческой деятельности [5].

Поскольку коммуникативная компетенция предполагает овладение умением порождать тексты в различных сферах общения по принятым канонам, следовательно, обучение должно быть подчинено решению основной задачи – воспроизводству и производству тек-

стов, то есть формированию способности продуцировать тексты, овладению приемами текстовой деятельности. В связи с этим нам представляется оправданным выделение еще одного компонента – текстовой компетенции [3].

В рассматриваемом аспекте особого внимания заслуживает работа Н.С. Болотновой, в которой отражена структура текстовой компетенции. Она характеризуется автором, «во-первых, как комплекс знаний о тексте как форме коммуникации (его системно-структурной организации, смысловом развертывании, прагматике, стилистических и жанровых особенностях, теме и идее, ориентации на определенного адресата, воплощении конкретных целей и задач общения). Во-вторых, как набор опирающихся на эти знания навыков и умений личности осуществлять текстовую деятельность (создавать тексты и понимать их на основе смысловой интерпретации)» [2].

В понятие «текстовая компетенция» входит широкий спектр знаний, умений, навыков, способностей, связанных с написанием, восприятием, пониманием, интерпретацией, произнесением текстов различных по жанровой и стилистической принадлежности, а также готовность применять данные знания на практике [4].

В современной методике сформировалась текстоориентированная концепция, основополагающим принципом которой является коммуникативно-деятельностный подход. Обоснованием такого подхода считается современная теория текста [4].

Литература:

1. Балыхина, Т.М. Словарь терминов и понятий лингводидактической теории ошибки / Т.М. Балыхина. – М.: Изд-во РУДН, 2013.
2. Болотнова, Н.С. Текстовая компетенция и пути ее формирования в школе /

Н.С. Болотнова // Коммуникативно-деятельностный и текстоориентированный подходы к преподаванию русского языка. – Томск, 2014. – С. 66-76.

3. Лисицина, В.О. Проблема определения понятия «концепт» в современном языкознании / Материалы межвузовской НПК «Управление инновационным развитием современного общества: тенденции, приоритеты. – Краснодар, 2014.

4. Салосина, И.В. Текстовая деятельность как основа профессиональной педагогической компетентности будущего учителя / И.В. Салосина // Вестник Томского государственного педагогического университета. Серия: Педагогика. – 2013. – Выпуск 7 (70). – С. 82-87.

5. Щукин, А.Н. Обучение иностранным языкам: Теория и практика: учебное пособие для преподавателей и студентов / А.Н. Щукин. – 4-е изд. – М.: Филоматис: Изд-во «Омега-Л», 2012. – С. 480.

РАЗВИТИЕ ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ КУРСАНТОВ

Цуприкова О.К.

Краснодарское высшее военное училище им. генерала армии

С.М. Штеменко

Сформированные лексические навыки подразумевают правильное употребление (или понимание) иноязычной лексики на основе наличия у курсантов речевых лексических связей между слухо-речемоторной формой слова и его значением и связей между словами иностранного языка. Несовпадение лексических систем иностранного и родного языков является причиной лексических ошибок (в сочетании и образовании слов), речи курсантов.

Основными этапами работы над лексикой при формировании лексических навыков являются: а) ориентиро-

вочно-подготовительный: т.е. этап семантизации слов и их первичного употребления; б) этап речевой тренировки и создания лексических речевых навыков в устноречевых лексически направленных упражнениях с заданными границами творчества: упражнения, носящие ситуативно-стереотипизирующий характер, и упражнения, носящие вариативно-ситуативный характер.

Согласно современным данным физиологии и психологии овладение иностранным языком - "это не просто накопление языкового материала в результате подбора лексических единиц, ситуаций и усвоение грамматических структур, а перестройка речевых механизмов человека для взаимодействия, а позже и параллельного использования двух языковых систем, что на первых порах требует формирования навыка переключения с языка на язык" (Зимняя И.А.). Таким образом, с точки зрения субъекта обучения, овладение иностранным языком - это специальная отработка нового способа ориентации, с учетом достигнутого уровня всех речевых механизмов и психических функций

Развивая выказанное положение, можно выделить два инварианта речевой деятельности субъекта: мысль (ее порождение или понимание) и механизмы речи, причем понимание, с точки зрения реципиента – это новый синтез конструктивных элементов, детерминированный задачей. Задачей в акте коммуникации является обмен информацией, а конструктивными элементами могут быть единицы любого уровня языка: родного или изучаемого. Механизмы речи включают три основных звена: восприятие речи, ее продуцирование и внутреннюю речь.

В механизмах внутренней речи выделяются, в свою очередь, три уровня:

1-й уровень - механизмы, определяющие владение отдельными словами и действия с ними;

2-й уровень - образование множественных связей между базовыми элементами и формирование "вербальной сети", т.е. материализованной лексики языка; уровень, создающий предпосылку и возможность осуществления речевого процесса как такового. Другими словами, "вербальной сетью" описывается как синтаксическая, так и семантическая валентность слова, т.е. потенциальная сочетаемость слова, необходимая для реализации в речи актуального значения слова;

3-й уровень - динамический, представляющий быстро сменяющиеся активации отдельных узлов вербальной сети в их специальных интеграциях.

Механизмы первого и второго уровней, отвечающие за формирование «вербальной сети», определяют основные требования к процессу семантизации и активизации слов иностранного языка. При семантизации новых слов необходимо сразу определить объем синтаксической и семантической валентности, необходимой с точки зрения тематической отнесенности и планируемой речевой деятельности. Так, например, в теме «Основы вычислительной техники» во избежание интерференции, необходимо при введении слова *instruction*, п. в значении «команда», дать развернутое толкование и постараться добиться ясного понимания курсантами отличия слов *command u instruction*, особо обращая внимание на словосочетание *set of instructions*.

При дальнейшей работе над активной лексикой темы можно рекомендовать следующие виды заданий:

- перевести словосочетания с русского языка на английский, следуя модели:

N of N

изобретение компьютера обработка данных

предназначение компьютера введение данных и т.д.

A + N

счетная машина автоматическая обработка

универсальные компьютеры компьютер специального назначения ит.д.

V + N

изобрести компьютер принимать информацию

обрабатывать данные

хранить информацию и т.д.

- подобрать эквиваленты к заданным английским словосочетаниям:

multiplication and exponentiation различные аспекты

put out answers умножение и возведение в степень

various aspects выдавать ответы и т.д.

- подобрать эквиваленты к заданным русским словосочетаниям:

принимать информацию set of marks

автоматическая обработка данных record and store information

записывать и хранить информацию automatic processing of data

набор знаков get (take in) information и т.д.

Сформированные лексико-грамматические навыки на этапах семантизации и активизации слов активного словаря темы являются необходимым условием для развития коммуникативной компетенции курсантов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

Чаплин А.В., Аверкина Т.О.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В настоящее время феномен выученной беспомощности проявляется во многих сферах человеческой деятельности. Этот феномен находит свое отражение в воспитании и образовании целого ряда поколений. Особенности данного феномена с давних пор изучались в рамках различных наук, таких как: философия, этология, социология, политология, экономика, и медицина. «Само понятие выученной беспомощности, определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда нам кажется, что внешние события от нас не зависят, и мы ничего не можем сделать, чтобы их предотвратить, или видоизменить. Если это состояние и связанные с ним особенности мотивации и атрибуции переносятся на другие ситуации – это «выученная беспомощность». Очень непродолжительной ситуации неконтролируемости окружающего мира достаточно для того, чтобы «выученная беспомощность» начала жить как бы своей собственной жизнью, стала сама управлять нашим поведением» [2]. Этот феномен может быть сравнен с жизненным сценарием Э.Берна. «Мы живем по чужому сценарию, и каждое действие, которое мы выполняем, направлено этим сценарием» [7].

Цель работы: на теоретическом и эмпирическом уровне изучить взаимосвязь психодинамических особенностей личности и феномена выученной

беспомощности и доказать их взаимосвязь.

Объект исследования: феномен выученной беспомощности.

Предмет исследования: влияние психодинамических особенностей на феномен выученной беспомощности.

Задачи:

- ознакомиться с отечественной и зарубежной литературой по теме данного исследования;

- провести исследование психодинамических особенностей и проследить их влияние на феномен выученной беспомощности;

- проследить существует ли взаимозависимость между темпераментальными особенностями личности и феноменом выученной беспомощности.

Гипотеза исследования:

Существует корреляция между темпераментальными особенностями личности и данным феноменом.

Методологической основой данного исследования явились:

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

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

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

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

3) роль атрибутивного стиля в возникновении выученной беспомощ-

ности (J. Teasdale, J. Kuhl, M. Weiss, I. Miller, W. Norman, C. Wortman, J. Brehm, A. Semmel, C. von Baeyer, L. Y. Abramson, G. I. Metalsky, M. E. P. Seligman и др.),

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

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

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

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

В нашем исследовании была затронута проблема феномена выученной беспомощности.

Выученная беспомощность (learned helplessness) — это нарушение мотивации в результате пережитой субъектом неподконтрольности ситуации, т.е. независимости результата от прилагаемых усилий («сколько ни старайся, все равно без толку») [М. Селигман] [2,4,5,6].

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

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

Контрольной группе было позволено посещать занятия без медицинской обязательной формы.

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

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

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

- Методика диагностики темперамента Яна Стреляу; [1]
- Личностный Опросник Г. Айзенка. Методика определения темперамента [1].
- Опросник структуры темперамента В.М. Русалова [3].
- Методика Дембо – Рубинштейн.

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

Диагностики показали, что у сту-

дентов 2 курса СПО, специальности Сестринское дело, групп: 2-1 и 2-2, 4-1 и 4-2 (общее количество 44 ч.)

Холериков 20 ч. (45%)

Сангвиников 8 ч. (18%)

Флегматиков 10 ч. (23%)

Меланхоликов 6 ч. (14%)

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

Проведя, данный эксперимент, мы увидели, что гипотеза нашего исследования подтвердилась, и это означает, что темпераментальные особенности личности и уровень их самооценки, влияют на феномен выученной беспомощности.

Литература:

1. Данилова, И.И., Крылова, А.Л. Физиология высшей нервной деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1989.
2. М. Селигман «Новая позитивная психология» издательство «СОФИЯ», 2006.
3. Русалов, В.М. Опросник структуры темперамента. Методическое пособие. М., 1990.
4. Чаплин, А.В. Корректировка понятия разгрузочно-диетическая терапия в свете последних научных исследований. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 332-336.
5. Чаплин, А.В. Самостоятельность психического процесса внимания в свете разгрузочно-диетической терапии. // Международный журнал экспе-

риментального образования, 2014, №10, стр. 336-344.

6. Чаплин, А.В. Улучшение концентрации и устойчивости внимания под влиянием разгрузочно-диетической терапии. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 327-332.

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

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ

Чаплин А.В., Шацкая С.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Немало людей испытывают затруднения в эффективности общения и успешности трудовой деятельности. Зачастую это связано с тем, что они не в полной мере оценивают свои возможности и способности, тем самым используя непродуктивные стратегии поведения. Представление о самооэффективности – это крайне важный фактор, определяющий наш выбор действия. Чем выше самооэффективность, тем больше вероятность того, что человек будет стараться изо всех сил для достижения цели. В связи с этим необходимо иметь четкое представление о самооэффективности и о способах ее повышения или, другими словами, о факторах, на нее влияющих. Это понимание дает возможность повысить уровень личной самооэффективности любому человеку. Актуальность данной темы обусловлена тем, что о феномене «самоэффективность» недостаточно представлений, более того нет достаточной информированности о факторах, влияющих на самооэффективность,

что и определяет научную проблему. И, наконец, некоторые из факторов, влияющих на самооэффективность, представляют интерес не только на теоретическом, но и на эмпирическом уровне.

Объект исследования: самооэффективность личности.

Предмет исследования: факторы, влияющие на динамику самооэффективности личности.

Цель: определение факторов, влияющих на самооэффективность личности, и поиск факторов, не освещенных литературой.

Задачи:

1. Изучение литературы, освещающей феномен самооэффективности и факторы, на нее влияющие.

2. Систематизация понятия самооэффективность и вычленение факторов, влияющих на самооэффективность личности.

3. Выявление нового предполагаемого фактора, влияющего на самооэффективность личности и эмпирическое подтверждение такового влияния.

Гипотеза: если при взаимодействии нескольких индивидов, самооценка одной части индивидов падает, то самооэффективность другой части автоматически возрастает.

Методологическая основа исследования: изучены концепции А. Бандуры, R.Lazarus, S. Folkman, Р.Л. Кричевского, Т.О. Гордеевой, К.М. Гайдар, И.М. Кондакова, М.И. Гайдара, М. Шеера, Дж. Маддукса, С.Р. Пантлеева, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, К.Г. Юнга и А. Адлера.

Методы исследования:

- теоретические: анализ литературы по проблеме феномена самооэффективности;

- эмпирические: методика Дембо-Рубинштейн, опросник САМОАЛ А. Маслоу.

База исследования: муниципальное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования; респонденты – 44 студента факультета СПО, отделение «Сестринское дело».

По феномену самоэффективности изучены труды А. Бандуры, R.Lazarus, S. Folkman, Р.Л. Кричевского, Т.О. Гордеевой, К.М. Гайдара, С.Р. Пантилеева.

Первым ученым, сформулировавшим термин самоэффективности, был Альберт Бандура (1925-1988гг) — американский психолог, автор теории социального научения. Его определение самоэффективности (Self-efficacy) было следующим. Самоэффективность – это вера человека в успешность собственных действий в той или иной ситуации [1].

Практически все люди могут ставить перед собой цели и желать, чтобы эти цели были достигнуты. Тем не менее, многие так же осознают, что реализовать свои планы не так просто. Бандура и многие исследователи обнаружили, что данный феномен играет важную роль в том, как цели, желания и мотивы воплощаются в жизнь.

Согласно Бандуре, существует четыре главных ресурса самоэффективности (или фактора, влияющих на самоэффективность) [2,6]:

- 1) собственный опыт;
- 2) социальный опыт;
- 3) социальное убеждение;
- 4) эмоциональный подъем.

Самоэффективность постоянно меняется — на неё можно целенаправленно воздействовать. В связи с этим, развитие самоэффективности личности обеспечивается посредством формирования когнитивных умений строить свое поведение, приобретать косвенный опыт, пластично входить в поток,

в состояние физического или эмоционального подъема, обеспечивающего успех.

Нами был проведен следующий эксперимент. Испытуемые были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Экспериментальной группе было позволено посещать практические занятия без обязательной медицинской формы (эксперимент проходил на базе медицинского института). Так же они имели право выбора интересных для них по содержанию практических занятий, тренингов. Контрольная группа студентов была обязана посещать практические занятия в медицинской форме. Она лишалась права выбора тем практических занятий. Эксперимент длился в течение 7 недель.

Для эмпирической части исследования нами применяются следующие методики: методика Дембо-Рубинштейн для оценивания уровня самооценки, опросник САМОАЛ А. Маслоу [3,5,8].

Базой для эмпирического исследования послужил МАОУ ВПО КММИВСО (медицинский институт высшего сестринского образования). Респондентами явились студенты 2-го курса очной формы обучения, факультета СПО, отделения «Сестринское дело» в количестве 44 человек. Выборка студентов была случайной.

Концепция С.Р. Пантилеева отражает схожесть понятий самоэффективности и самооотношения. В структуру феномена самооотношения, по Пантилееву, включены две подсистемы: самооценка и эмоционально-ценностное отношение. Таким образом, изменение самооценки приводит к изменению самооотношения или другими словами самоэффективности [4].

С помощью методики Дембо-Рубинштейн и теста САМОАЛ А. Маслоу были выявлены уровни самооцен-

ки респондентов. Результаты исследования показали, что самооценка контрольной группы в течение эксперимента снизилась на 12%, а самооценка экспериментальной группы возросла на 7%. А значит, самоэффективность экспериментальной группы возросла на фоне снижения самооценки в контрольной группе испытуемых.

Таким образом, используемый комплекс методик и приемов экспериментального исследования позволил предположить наличие дополнительного фактора, влияющего на самоэффективность личности. Результаты проведенного эксперимента подтвердили гипотезу о взаимосвязи влияния самооценки на самоэффективности. Так, пример снижения самооценки одного субъекта может повысить самоэффективность другого.

Литература:

1. Бандура, А. Теория социального научения / Bandura A. (1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. – 84. – P. 191–215.). — СПб.: Евразия, 2000. - 320 с.
2. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change/A. Bandura//Psychological Review. - 1977. - Vol. 84. - P. 191-215.
3. Блейхер, В. М. Крук, И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
4. Панталеон, С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М: Издательство МГУ, 1991.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М. 1970.
6. Чаплин, А.В. Корректировка понятия разгрузочно-диетическая терапия в свете последних научных исследований. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 332-336.

7. Чаплин, А.В. Самостоятельность психического процесса внимания в свете разгрузочно-диетической терапии. // Международный журнал экспериментального образования, 2014, №10, стр. 336-3344.

8. Яньшин, П.В. Клиническая психодиагностика личности. Уч.-методич. пособие// 2-е изд., испр. – СПб.: Речь, 2007.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КРЕАТИВНОСТИ
И УРОВНЯ УСПЕВАЕМОСТИ
МЛАДШИХ ЮНОШЕЙ
И ДЕВУШЕК**

Чаплин А.В.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Многочисленные психологические исследования изменили первоначальные представления о высоком IQ (коэффициенте интеллектуальности) как о единственном критерии выдающихся достижений, продемонстрировали важнейшую роль творческого потенциала и личностной сферы, интересов и специальных способностей, а также окружения и обучения как условий развития одаренности.

В большинстве научных концепций одаренность и предпосылки к ее развитию связывают с творческими возможностями и способностями ребенка, определяемыми как креативность. Творческие возможности человека прямо и непосредственно не связаны с его способностью к обучению, они далеко не всегда отражаются в тестах интеллекта. Напротив, творчество может стимулироваться не столько многообразием имеющегося знания, сколько восприимчивостью к новым идеям, ломающим устоявшиеся стереотипы. Творческие решения часто при-

ходят в момент релаксации, рассеянно-го, а не напряженного внимания.

Итак, высокий коэффициент интеллектуальности человека не единственный показатель его, а в случае с учащимися высокие показатели успеваемости, не единственный показатель их одаренности. Об одаренности также говорит их творческий потенциал. Существует очень мало исследований по вопросу взаимосвязи этих процессов. Хотя вопрос одаренности, талантливости, гениальности начинает изучаться с началом возникновения психологии как науки (Ф. Гальтон). Наше исследование было посвящено двум вопросам:

1. Взаимосвязь между показателями успеваемости учащихся и их креативностью.

2. Сравнение количественных показателей различных методик, позволяющее установить, является такая взаимосвязь прямой или косвенной.

Важным этапом в психодиагностике творческих возможностей человека послужили работы американского психолога Дж. Гилфорда, выделившего два типа мышления: конвергентное (последовательное, логическое, однонаправленное) и дивергентное (альтернативное, отступающее от логики). Наше исследование было посвящено сравнению уровня обозначенных типов мышления у одаренных детей младшего юношеского возраста.

Базой для исследования стало областное государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования (ОГОУСПО) «Астраханское художественное училище (техникум) им. П.А. Власова». Студенты Астраханского художественного училища, исследуемой выборки: 3 студенческие группы 2-го года обучения следующих специальностей: живопись (1-я группа), дизайн (1-я и 2-я группы). Выборка студентов составила 40 человек. Выбор художественного училища в

качестве базы для исследования, по нашему мнению, был закономерен. Направленность учебного заведения подразумевает развитие творческого потенциала. креативности студентов.

Для изучения уровня креативности исследуемых групп студентов были использованы следующие методы: тест креативности П. Торренса, тест вербальной креативности С. Медника. Мы посчитали перечисленные методики одними из самых эффективных вследствие того, что:

1. Эти методики проверены на большом количестве испытуемых на валидность и надежность и прошли проверку временем.

2. П. Торренс и С. Медник общепризнанные авторитеты в области исследований уровня креативности личности.

Для того, чтобы выявить уровень успеваемости студентов, мы изучили результаты их рейтинга за предыдущий год. Далее были дополнительно опрошены преподаватели специальных дисциплин и кураторы групп. Они согласны с рейтингом исследуемых студентов (часто выше среднего уровня). Также мы подробно изучили журналы посещаемости и успеваемости студентов для того, чтобы представлять четкую картину их успеваемости по понедельно, что помогает видеть стабильность-нестабильность результатов учебы.

Сравнительный анализ уровня креативности студентов и их учебной успеваемости показал, что:

1. Студенты Астраханского художественного училища, исследуемой выборки (2-ой год обучения, направление «дизайн», 1-ая и 2-ая группы, направление «живопись» 1-ая группа, примерный возраст – 17-18 лет) действительно обладают уровнем креативности выше среднего. Их уровень был сличен с уровнем креативности сверст-

ников средних школ, последних классов, примерный возраст – 17-18 лет).

2. Сравнение уровня креативности и успеваемости обследуемых студентов отразило прямую связь этих показателей. Чем выше уровень успеваемости студента, тем более он креативно развит. Совпадение показателей составило 87 %.

Указанная взаимосвязь делает очевидной необходимость повышения уровня коэффициента интеллектуальности и общей информированности студентов для дальнейшего развития их творческого потенциала, креативности.

На основании проведенного исследования и выводах, которые оно позволило сделать, педагогическим коллективам учебных заведений с творческой направленностью возможны следующие рекомендации:

1. Высокие показатели тестов креативности у студентов отнюдь не гарантируют их творческие достижения, а лишь свидетельствуют о высокой вероятности их проявления. Например, П. Торренс для того чтобы объяснить роль творческих способностей в понимании, предсказании и развитии творчества предложил модель из трех частично пересекающихся окружностей, соответствующих творческим способностям, творческим умениям и творческой мотивации. Высокий уровень творческих достижений может ожидать только при совпадении всех этих трех факторов. Другими словами, при отсутствии творческой мотивации (стремления к новому, приверженности задаче и т.д.) высокий уровень творческих способностей не может гарантировать творческих достижений ни в искусстве, ни в науке, ни в других видах деятельности даже при полном овладении новейшими технологиями. И наоборот, наличие соответствующей мотивации, и овладение необходимыми знаниями и умениями при отсутствии творческих воз-

можностей не могут привести к творческому результату, обеспечивая лишь исполнительское мастерство.

Поэтому первыми и, возможно, самыми важными рекомендациями преподавателям специальных дисциплин и администрации могут быть следующие:

А. Преподавателям необходимо постоянно мотивировать студентов для того, чтобы они непрерывно развивали свои творческие способности.

Б. Преподаватели и администрация по мере возможностей должны давать студентам максимально разнообразно проявлять свой творческий потенциал для их самореализации в творческой сфере (стимулировать участие студентов в разнообразных конкурсах, проводить на базе училища больше выставок и т.п.).

2. Как и П. Торренс, большинство психологов включает в число обязательных признаков одаренности интеллектуальное развитие ребенка выше среднего уровня, так как только такой уровень обеспечивает основу для творческой продуктивности. При этом более благоприятным для прогноза развития одаренности и творческих достижений признается сочетание уровня развития интеллекта выше среднего с высоким уровнем творческого мышления, чем даже очень высокий уровень развития лишь одного из этих аспектов.

Для творческого роста необходимо постоянно увеличивать уровень интеллектуальных способностей человека. Поэтому администрации учебных заведений творческой направленности можно рекомендовать выводить специальные дисциплины (естественнонаучный и гуманитарный циклы) на более высокий уровень. Обычно отношение к непрофилирующим предметам в обозначенных учебных заведениях не находится на должном уровне.

3. Существует распространенное мнение, что творческий потенциал человека не может быть развит. Возможно лишь его освобождение. Однако опыт обучения некоторым аспектам и способам креативного поведения и самовыражения, моделирования творческих действий и способностей в различных сферах деятельности демонстрирует существенный рост показателей креативного мышления, а также появление и усиление таких качеств личности, как независимость, открытость новому опыту, чувствительность к проблемам, высокая потребность в творчестве.

В связи с этим, преподавателям неспециальных дисциплин и в первую очередь гуманитарного цикла можно дать следующие рекомендации. Условиями, стимулирующими развитие творческого мышления, являются:

- а) ситуации незавершенности или открытости, в отличие от жестко заданных и строго контролируемых;
- б) разрешение и поощрение множества вопросов;
- в) создание и разработка приемов, стратегий, инструментов, предметов для последующей деятельности;
- г) стимулирование ответственности и независимости;
- д) акцент на самостоятельных работах, наблюдениях, чувствах, обобщениях, сопоставлениях.

В заключение можно сказать, что наше исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Между успеваемостью учащихся и их творческой продуктивностью существует прямая взаимосвязь.
2. Для развития одаренности учащихся необходимо их всестороннее развитие (интеллектуальный потенциал, креативность мышления).

Креативность в образовательном процессе формируется и развивается посредством использования материалов

креативного характера, в частности, «Педагогика в кроссвордах» и другие труды, способствующие развитию креативного мышления [1].

Литература:

1. Белялова, М.А. Педагогика в кроссвордах. – Краснодар, 2010.
2. Миронова, Е.Е. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие, / Е.Е. Миронова. – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 146 с.
3. Чаплин, А.В. Ключи к счастливой жизни. Практические методы остановки сознания. / А. В. Чаплин. – М.: Амрита-Русь, 2012. – 206 с.
4. Тарасова, Л.Е. Основы общей психологии. Конспект лекций. – М.: Высшее образование, 2007. – 190 с.

ЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ И РОЛЬ РАЗГОВОРНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ОБУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

Чумак Л.Л.

*Кишинёвский технический
университет
Кишинев, Молдова*

Данная статья представляет Вашему вниманию несколько видов учебных методов, предназначенных для обеспечения словарного запаса во время проведения практических занятий по иностранному языку.

Работа анализирует аспекты, связанные с лингвистической мотивацией слова как генератора познавательного интереса студентов в процессе изучения терминов из области общественного питания.

Понимание общения как средства обмена информацией между личностью (группой, системой) и обществом порождает вопросы: "Зачем происходит

общение?" Ответ ищем на энергичном, динамичном уровне мотивации.

Слово мотивация происходит от латинского: *movea, movere* = двигать, заставить двигаться. В лингвистике известны следующие виды мотивации в формировании слов:

- фонетическая мотивация: формирование звукоподражаемых слов, например *suckoo, moo, tick-tick*;

- морфологическая мотивация: формирование производных слов, например: *meanness, return*. В эту же категорию входит формирование сложных слов, например: *hotchpotch, weekend*;

- систематическая мотивация: формирование слов, модифицируя смысл (метафоры, местоимения и т.д.) изменяя например: *the wolf-* плохой человек.

Обратите внимание на некоторые примеры аналитических терминов из области питания как *hot dog* - горячий пес, что может производить по крайней мере, недоумение у студентов. Не просматривается даже, если оба элемента знакомы. Обязанность преподавателя заключается в том, чтобы найти подходящее объяснение с помощью вневелингвистических факторов (откуда, когда и как появилось выражение).

Смысл сложного слова не всегда соответствует смыслу формирующих его элементов. Например:

hot dog - бутерброд/сэндвич (из одной сардельки или горячей сосиски в разрезанной саечке/ разрезанном хлебушке).

hot pot - тушеное мясо с картофелем, *hotchpot (hotchpotch)* - рагу, *bot cake* - блинчик.

hot cross bun (n) - пасха (кекс), хлебушек украшенный крестом (его едят в Страстную Пятницу).

Примеры можно продолжить, так как сложные слова являются живым доказательством эволюции языка. Отме-

чаем тот факт, что мы проанализировали некоторые термины, которые встречаются чаще в области общественного питания.

Таким образом, как в случае объяснения простых слов, преподаватель должен обратить внимание на объяснение сложных слов, рассматривая их семантику по отношению к другим факторам, какими являются стиль, оттенок и т.д. Хочется отметить, что необходимо быть предельно ; внимательным при выборе эквивалентов для сложных слов английского языка. К сожалению, словари не выдают их равнозначность в переводе на другие языки, а в учебниках нет четко сформулированных правил для их разработки. Довольно много областей, в которых встречаются такие термины. Главное преимущество в использовании этой категории терминов является их международный характер, что способствует обмену информации и технологий между специалистами.

Выраженная тенденция главенствующих методов, основанных на мотивированном, сознательном обучении, получает очертание в преподавании иностранных языков на мировом уровне. Запоминание лексики, активизация работы с ней остаются основными стратегиями в процессе изучения иностранного языка.

Выучивание лексики предполагает ее актуализацию в ситуациях.

Примеры:

I.	1. Rain	1. Дождь
II.	1. Food	1. Пища
	2. Drizzle	2. Моросить
	2. Taste	2. Вкус
	3. Cold	3. Холодный
	3. Delicious	3. Вкусный
	4. Pouring	4. Ливень
	4. Pleasure	4. Удовольствие

Далее студент составляет собственные тексты, исходя из подсказанных словами сюжетов. Но специалисты в области дидактики языков выяс-

нили, что тексты монологического характера не содержат в себе стимулирующего эффекта. Современная дидактика имеет тенденцию к сокращению монотонных упражнений. Стимуляторами являются только упражнения спонтанного разговора.

Разговорная речь развивается в постоянных дискуссиях. Примеры:

1. Опишите незабываемый ужин:

- Where were you? (Где Вы побывали в гостях?)

- Who were you with? (Кто Вас сопровождал (а)?)

- What did you have? (Что Вы пробовали?)

2. Далее следует модель диалога, который привлекает внимание студентов своей динамичностью.

- Have you ever broken a bone?

- Yes, I have.

- Which bone have you broken?

- I've broken my leg and my arm.

Мы представили некоторые упражнения, используемые в процессе изучения иностранного языка. Можно утверждать, что одно из условий успеха в этом виде деятельности является смелость и отброс застенчивости в разговорном процессе.

СНОВИДЕНЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Шацкая С.С.

*МАОУ ВПО «Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

Актуальность данной темы обусловлена тем, что данная проблема недостаточно изучена современной наукой. Мы делаем попытку установить прямую связь между сновидениями и невротическими расстройствами. Изу-

чение сновидений помогает понять неврозы.

Объект исследования: сновиденческие образы.

Предмет исследования: сновиденческие образы при невротических расстройствах.

Цель работы: выявить взаимосвязь сновидений и невротических расстройств.

Сновидение – это «царская дорога» к познанию бессознательного и лучший способ подготовки к исследованию неврозов [1].

Для Зигмунда Фрейда сновидение – это осуществление запретных, подавленных, вытесненных в бессознательное желаний, возвращение человека к его инфантильному состоянию. В сновидении находят отражение наши собственные влечения и желания. В нем вновь оживают все характерные черты примитивной душевной жизни, включая различные формы проявления сексуальности. Поэтому видевший сон сам должен сказать, что значит его сновидение [2].

В сновидениях Фрейд видел прямое выражение желаний человека, которые он во сне, когда разум спит, не может прикрыть или опровергнуть из-за норм морали или этики [3].

Известно, что сновидения зависят от пережитого наяву. Кроме того, следует отметить роль раздражителей, действующих на спящего, а также душевной жизни бодрствующего человека. Этот аспект сновидений изучался Э. Берном, З. Фрейдом, К. Г. Юнгом, А. Менегетти.

В сновидениях всегда присутствует смысл – надо только провести тщательный анализ, чтобы выявить его. Толкование сна для каждого пациента должно быть индивидуальным – ведь люди испытывают разные эмоции и ощущения, у каждого из них разные представления и своя жизнь. Следовательно, и сновидения должны быть раз-

ные. Поэтому в первую очередь необходимо установить, какие ассоциации возникают у человека, видевшего сон.

Как писал К. Юнг, сновидение является «прямой манифестацией бессознательного» и только «незнание его языка мешает понять его послание» [4].

По Юнгу, человек продуцирует символы бессознательного спонтанно в форме образов сновидения. В сновидениях переживания выражают свое бессознательное значение. Поэтому образы в сновидениях гораздо живописнее и жизненнее, чем соответствующие им переживания в действительности. Сновидения рисуют порой ту внутреннюю ситуацию, реальность которой отвергается сознанием или неохотно признается им. В сновидениях восстанавливается, по мнению Юнга, образ некоего универсального, подлинного, «вечного» человека, который заброшен во тьму «предвечной» ночи [5].

Интерпретация сновидений это не просто использование «толкований сновидений», это выявление, осознание бессознательных содержаний, представляющихся важными для объяснения и лечения неврозов. Сновидения могут выявить не только конкретное невротическое расстройство, но их интерпретация может указать даже на этап невроза.

На первых этапах развития невроза больные часто предъявляют жалобы на учащение неприятных, волнующих сновидений, которые приводят к пробуждениям. Других жалоб на сон, как правило, на этом этапе не бывает, причем во всем наборе жалоб неприятные сны занимают видное место.

С развитием заболевания структура жалоб постепенно меняется. Неприятные сновидения отступают на второй план, становятся менее частыми, более фрагментарными. На передний план выдвигаются жалобы на уменьшение глубины сна, затруднение засыпания, раннее утреннее пробуждение, чувство раз-

битости после сна. Больные отмечают при этом, что сновидения не только перестают их беспокоить, но вообще становятся менее частыми, чем до заболевания.

Сновидения последних парадоксальных фаз сна более инфантильны, чем те, которые переживались в начале сна, хотя очевидно, что и последние сновидения тоже могут быть тревожными и кошмарными; в них часто воспроизводятся фрустрации и страхи детских лет.

Для эмпирической части исследования нами применяются следующие методики: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) и экспресс-анкета.

Базой для эмпирического исследования послужил КММИВСО. Респондентами явились студенты 3-го курса очной формы обучения, факультета «Сестринское дело» (бакалавриат) в количестве 30 человек. Выборка студентов была случайной.

С помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича были выявлены невротические нарушения респондентов или их отсутствие по шести критериям: тревожность, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения, истерический тип реагирования, ОКР.

У респондентов отсутствуют расстройства по шкале вегетативных нарушений, но присутствуют невротические нарушения по шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования и ОКР. Чаше всего встречается у испытуемых невротическое нарушение по шкале невротической депрессии, следом идет нарушение по шкале истерического типа реагирования, потом по шкале ОКР, далее по шкале тревоги и на последнем месте невротические расстройства по шкале астении.

Большинство респондентов в анкете описывали неприятные зрительные сцены и ситуации, которые постоянно повторяются. В таких сновидениях отображаются сцены воин, драки, пожары, образы бушующего моря и тонущих в нем людей, удручающие и унижительные сцены, связанные с сексуальной жизнью. Поэтому на вопрос: «Какие эмоциональные состояния вызывают эти образы в период сна?» респонденты рассказывали о тревоге, боязни, страхе и испуге, разочаровании, чувстве неудовлетворенности. Содержание данных сновидений зависит от индивидуальности человека, исключительности его жизненного пути.

У респондентов с невротической депрессией преобладают образы и переживания мазохистического характера. К мазохистическим относятся такие состояния сновидцев, как: тревога, отвергнутость, сожаление, разочарованность, униженность, непринятие, оскверненность. Сновидения, у таких лиц, бедны содержанием и лишены чувства удовольствия. Также следует сказать, что специфически отображаясь в сновидениях, негативные события реальной жизни в большей мере не компенсируются созданием позитивных сцен. Поэтому в сновидениях принцип удовольствия отодвигается на задний план.

Также испытуемые отмечают, что их сновидения бывают цветные, в них доминируют яркие образы, причем в такой степени, как будто все сновидение – реально происходящее событие. Равным образом возникают почти всегда без изменений повторяющиеся, стереотипные сновидения.

Таким образом, можем сделать вывод о том, что в сновидениях невротиков очень часто воспроизводятся те фрустрирующие ситуации, которые играли решающую роль в возникновении невроза. Это означает, что на подсознательном уровне психики проблемная

(конфликтная, фрустрирующая) ситуация, связанная депривацией, еще долгое время занимает мысли человека. Часто она так устойчиво фиксируется в памяти и так актуализируется, что человеку никак не удастся от нее избавиться. Это приводит в последствие к неврозам. Соответственно таковые депривации являются причинами неврозов. Умение вовремя увидеть их во снах и правильно интерпретировать дает возможность своевременно устанавливать причину невроза, а значит понимать корень проблемы, с которой необходимо в дальнейшем работать.

Литература:

1. Фрейд, З. Толкование сновидений. – М.: «Азбука», 2013.
2. Фрейд, З. Влечения и неврозы, перев. Боковиков А.М. – М.: «Академический проект», 2007.
3. Фрейд, З. О сновидениях. Я и Оно. – М.: издательство «Фолио», 2009.
4. Юнг, К.Г. Символическая жизнь, пер. Зеленский В.В. – М.: «Когито-Центр», 2010.
5. Юнг, К.Г. Алхимия снов. Четыре архетипа, пер. Пантелеева С.И. – М.: «Медков», 2014 г.

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ

Шевченко К.А., Чалов В.Н.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

В последнее время стремительно увеличивается количество подростков, недовольных своим телом, чему способствуют доминирующие в современном обществе стандарты красоты, средства массовой информации, кото-

рые пропагандируют стройность и содержат многообразную информацию о различных способах похудения (диеты, средства для похудения, списки низкокалорийных продуктов и т.д.). В целях достижения своего идеала подростки склонны сокращать приемы пищи и придерживаться диет. Еще одна причина такого поведения - это деструктивные стили воспитания. В качестве способа восстановления психологического комфорта подростки выбирают аддикцию, стремясь к искусственному изменению психического состояния, получению субъективно приятных эмоций. Таким образом, создается иллюзия решения проблемы. Подобный способ борьбы с реальностью закрепляется в поведении человека и становится устойчивой стратегией взаимодействия с действительностью. Привлекательность аддикции в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления. Создается субъективное впечатление, что, таким образом, обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно не думать о своих проблемах, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций, используя разные варианты аддиктивной реализации.

В основе нарушений пищевого поведения часто находятся личностные и психологические проблемы. Например, некоторые люди имеют обыкновение «заедать» стресс; неуверенность в себе, неудовлетворенность своей внешностью, низкая самооценка влияют на установки пищевого поведения, которые будут направлены на увеличение или снижения веса. Таким образом, изучение стратегий совладания со стрессовыми ситуациями у подростков с нарушениями пищевого поведения, по нашему мнению, является особенно актуальным.

Объект данного исследования - особенности нарушения пищевого по-

ведения в подростковом и юношеском возрасте.

Предметом исследования является влияние деструктивного семейного воспитания на возникновение нарушений пищевого поведения.

Цель: исследовать влияния деструктивных стилей семейного воспитания на этиологию и патогенез расстройств пищевого поведения.

Изначально слово «деструктивный» произошло от латинского *destructivus* – «разрушительный» и выражает отделение, устранение, отсутствие чего-либо [6]. Отсюда следует, что понятие «деструктивная семья» несет аналогичный смысл. В здоровой и функциональной семье царит любовь и уважение к каждому члену семьи – чувства взрослого и ребенка представляются как ценность, к ним прислушиваются и уделяют большое внимание. В такой семье ребенок с самого детства может открыто и смело говорить о своих желаниях, выразить свои чувства, не сомневаясь в том, что его поймут и поддержат. В деструктивной семье нет ни равенства, ни уважения [4].

Могут быть выделены основные тактики воспитания в семье и отвечающие им основные типы семейных взаимоотношений, являющиеся предпосылкой и результатом их возникновения:

Авторитарный стиль — все решения принимают родители, считающие, что ребенок во всем должен подчиняться их воле, авторитету. Родители ограничивают самостоятельность ребенка, не считают нужным как-то обосновывать свои требования, сопровождая их жестким контролем, суровыми запретами, выговорами и физическими наказаниями. В подростковом возрасте авторитарность родителей порождает конфликты и враждебность. Наиболее активные, сильные дети обычно сопротивляются и бунтуют, становятся избы-

точно агрессивными и нередко покидают родительский дом, как только могут себе это позволить. Робкие, неуверенные приучаются во всем слушаться родителей, не совершая попыток решать что-либо самостоятельно.

Демократический стиль — родители поощряют личную ответственность и самостоятельность своих детей в соответствии с их возрастными возможностями. Дети включены в обсуждение семейных проблем, участвуют в принятии решений, выслушивают и обсуждают мнение и советы родителей. Родители требуют от своих чад осмысленного поведения и стараются помочь им, чутко относясь к их запросам. При этом родители проявляют твердость, заботятся о справедливости и последовательном соблюдении дисциплины, что формирует правильное, ответственное социальное поведение.

Попустительский стиль — ребенок должным образом не направляется, практически не знает запретов и ограничений со стороны родителей или не выполняет указаний родителей, для которых характерно неумение, неспособность или нежелание руководить детьми. Становясь более взрослыми, дети конфликтуют с теми, кто не потакает им, не способны учитывать интересы [5].

А. Е. Личко и Э. Г. Эйдемиллер выделили следующие отклонения в стилях семейного воспитания:

Гипопротекция. Характеризуется недостатком опеки и контроля. Ребенок остается без надзора. К подростку проявляют мало внимания, нет интереса к его делам, часты физическая заброшенность и неухоженность. При скрытой гипопротекции контроль и забота носят формальный характер, родители не включаются в жизнь ребенка. Невключенность ребенка в жизнь семьи приводит к асоциальному поведению из-за

неудовлетворенности потребности в любви и привязанности.

Доминирующая гиперпротекция. Проявляется в повышенном, обостренном внимании и заботе к ребенку, чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, слежке, запретах и ограничениях. Ребенка не приучают к самостоятельности, подавляют развитие его чувства самостоятельности и ответственности. Это приводит либо к реакции эмансипации, либо к безынициативности, неумению постоять за себя.

Потворствующая гиперпротекция. Так называют воспитание "кумира семьи". Родители стремятся освободить ребенка от малейших трудностей, потакают его желаниям, чрезмерно обожают и покровительствуют, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других. Результат такого воспитания проявляется в высоком уровне притязаний, стремлении к лидерству при недостаточных упорстве и опоре на свои силы.

Эмоциональное отвержение. Ребенком тяготятся. Его потребности игнорируются. Иногда с ним жестоко обращаются. Родители (или их "заместители": мачеха, отчим и пр.) считают ребенка обузой и проявляют общее недовольство ребенком. Часто встречается скрытое эмоциональное отвержение: родители стремятся завуалировать реальное отношение к ребенку повышенной заботой и вниманием к нему. Этот стиль воспитания оказывает наиболее отрицательное воздействие на развитие ребенка.

Жестокие взаимоотношения. Могут проявляться открыто, когда на ребенка срывают зло, применяя насилие, или быть скрытыми, когда между родителями и ребенком стоит "стена" эмоциональной холодности и враждебности.

Повышенная моральная ответственность. От ребенка требуют чест-

ности, порядочности, чувства долга не соответственно его возрасту. Игнорируя интересы и возможности подростка, возлагают на него ответственность за благополучие близких, насильно приписывают роль главы семьи. Родители надеются на особое будущее своего ребенка, а ребенок боится их разочаровать. Часто ему поручают заботу за младшими детьми или престарелыми [8].

Личностные особенности родителей оказывают существенное влияние на характер их отношения к ребенку. Ярким примером, подтверждающим это положение, является концепция шизофреногенной матери Фромм - Райхманн, 1948. Шизофреногенная мать - деспотичная, властная женщина, которая эмоционально отвергает своего ребенка и одновременно вызывает у него сильную тревожность, мешает нормальному развитию своего ребенка из-за сильной потребности контролировать чужие жизни. Она стремится быть безупречной в своих поступках и требует того же от других. Нередко эта женщина выбирает себе такого мужа, который не в состоянии соответствовать столь высоким стандартам поведения и в то же время не может сопротивляться ее контролю. Поэтому он пассивно изолируется от семьи и позволяет своей жене окружить ребенка всеобъемлющей опекой. Ребенка дразнят обещаниями того, что все его потребности будут выполнены без усилий и одновременно обижают мелочным контролем [7].

Некоторые исследователи предполагают, что пищевая аддикция связана с деструктивными стилями воспитания. Так в своей книге «Пять травм, которые мешают, быть самим собой» Лиз Бурбо писала, что существует пять масок, и они соответствуют пяти основным душевным травмам, которые приходится пережить человеческому существу. Многолетние наблю-

дения позволили ей констатировать, что все человеческие страдания можно свести к этим пяти травмам и как эти травмы влияют на отношение к пище [2]. Ллойд де Моз так же считал, что деструктивные стили воспитания влияют на формирование пищевой аддикции. В своей работе «Эволюция детства» он приводит шесть основных стилей воспитания, которые могут привести к нарушению пищевого поведения [3].

Фрустрация витальных потребностей в раннем возрасте с большой вероятностью приводит к проблемам в развитии ребенка. Исследователи видят причину пищевых аддикций в нарушенных ранних взаимоотношениях между младенцем и матерью [3, 2]. В частности, мать может заботиться о младенце в соответствии с ее собственными потребностями, а не с потребностями ребенка. Когда сигналы ребенка не получают отклика, ребенок не может вырабатывать здоровое ощущение самости. Вместо этого ребенок переживает себя просто как продолжение матери, а не как полноправное автономное существо.

Таким образом, кормление младенца является коммуникативным процессом. Нарушенное пищевое поведение, прежде всего, может быть связано с нарушенными ранними отношениями со значимыми объектами, с переживанием дефицита защищенности и любви. Личность как бы изначально утрачивает способность ощущать сытость и удовлетворенность. Пища подобно наркотикам бессознательно выбирается для защиты от инфантильных аффектов, например депрессии и страха. Вследствие этого затрудняется контроль над употреблением пищи. Человек может неконтролируемо поглощать пищу или, напротив, тратить все силы на то, чтобы контролировать свой аппетит [2].

Литература:

1. Семья в психологической консультации. / Под ред. А.А. Бодалева, В. В. Столина. – М.: Педагогика, 1989. – 208с.
2. Лиз Бурбо Пять травм, которые мешают быть самим собой/ Перев.с англ. под ред. И.Старых- М.: Издательский дом «София», 2014.
3. Ллойд де Моз Психоистория. - Ростов-на-Дону: «Феникс». 2000.- 52с
4. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003.
5. Л. Шнейдер Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2007.-276 стр.
6. <https://ru.wiktionary.org>
7. <http://www.psyage.ru/agps-271-1.html>
8. **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**

**РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В РЕАЛИЗАЦИИ
ИННОВАЦИОННОГО
НАПРАВЛЕНИЯ
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**«АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ
ТЕРАПИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА»**

Шемшур А.Б., Городин В.Н.,
Зотов С.В., Наумов Г.Н.,
Ефремова М.В.

*МАОУ ВПО "Краснодарский
муниципальный медицинский институт
высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия*

Несмотря на достигнутые успехи, ВИЧ-инфекция остается национальной угрозой для многих стран мира и всего мирового сообщества на глобальном уровне, а борьба с вирусом, вызывающим это заболевание - одной из наиболее актуальных задач, стоящих перед современными учеными. Катастрофическое распространение вируса имму-

нодефицита человека (ВИЧ) в конце XX-го века привело к тому, что это заболевание приняло размеры пандемии. По данным ЮНЭЙДС по состоянию на декабрь 2014г. пандемия ВИЧ-инфекции, начиная с 1981 года, унесла жизни более 39 миллионов человек и еще около 35 миллионов в настоящее время заражены ВИЧ-1 [3]. При этом по данным Европейского бюро ВОЗ ВИЧ-инфекция остается одной из главных проблем в Европейском регионе, а на Востоке Европы продолжается развитие эпидемии самыми быстрыми темпами в мире: в то время как на глобальном уровне число новых случаев ВИЧ-инфекции сокращается, в странах Восточной Европы и Центральной Азии оно продолжает расти [1].

К сожалению, эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает развиваться и на территории России. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ, на конец 2014 года среди граждан РФ зарегистрировано 907 607 случаев заболевания ВИЧ-инфекцией. Продолжается рост показателя заболеваемости, который в 2014 году приблизился к пиковому значению 2001 года (58,4 и 59,9 на 100 тыс. населения, соответственно). Увеличивается заболеваемость СПИДом населения страны, растет число умерших больных, все больше проявляются негативные экономические и социальные последствия эпидемии. Развитие эпидемии сопровождается активизацией полового пути передачи и выходом ВИЧ-1 из групп риска в общую популяцию населения [7].

При этом эпидемический процесс распространения ВИЧ-инфекции имеет свои особенности в различных регионах России [5]. Так, в Краснодарском крае уровни заболеваемости и пораженности населения ВИЧ-инфекцией оставались ниже среднероссийских на протяжении всего периода наблюдения,

но на фоне интенсификации миграционных процессов в последние годы, стали увеличиваться опережающими темпами (с 18,5 в 2010 г. до 29,7 на 100 тыс. населения в 2014 г. и с 131,9 в 2010 г. до 205,9 на 100 тыс. населения в 2014 г., соответственно). В отличие от России в целом, в Краснодарском крае в течение более чем 10 лет преобладает половой путь передачи ВИЧ-1. Непрерывно увеличивается показатель выявляемости ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, что, как и во всей стране, иллюстрирует выход ВИЧ-1 из групп риска в широкие социально-сохранные слои населения [6].

Вместе с тем, в настоящее время доказана высокая эффективность в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИД предложенного ВОЗ/ЮНЭЙДС подхода "тестировать и лечить" (или "терапия как профилактика"), который заключается в максимально раннем выявлении и эффективном противовирусном лечении всех больных ВИЧ-инфекцией.

Реализация объявленной в рамках данного подхода программы ЮНЭЙДС "90-90-90" (90% больных ВИЧ-инфекцией к 2020 году должны знать свой ВИЧ-статус, 90% из них должны получать антиретровирусную терапию (АРТ), 90% из них должны достигнуть полного подавления репликации вируса) в комплексе с другими профилактическими мероприятиями привела к снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции во всем мире в 2013 году до 2,1 миллиона (на 38% меньше, чем в 2001 году), а также к снижению числа смертей, обусловленных СПИДом, до 1,5 миллиона в 2013 году (на 35% меньше по сравнению с пиковыми показателями 2005 года) [2].

Основываясь на достигнутых результатах, ЮНЭЙДС объявила новую, еще более смелую цель: прервать эпидемию ВИЧ/СПИДа к 2030 году в мировом масштабе (95% больных ВИЧ-

инфекцией к 2030 году должны знать свой ВИЧ-статус, 95% из них должны получать АРТ, 95% из них должны достигнуть полного подавления репликации вируса; число новых случаев ВИЧ-инфекции должно снизиться до 200 000 среди взрослых; должна быть полностью исключена дискриминация лиц, живущих с ВИЧ/СПИД) [2].

В России на протяжении последних лет отмечается активизация усилий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, что находит выражение в политической поддержке проводимых мероприятий на самом высоком уровне, многократном увеличении госфинансирования, улучшении координации межведомственного взаимодействия и реализации различных крупных профилактических проектов.

Так, в Краснодарском крае охват выявленных больных ВИЧ-инфекцией регулярным диспансерным наблюдением составил в 2014 году 85,5% на фоне значительного увеличения числа состоящих под наблюдением пациентов (с 5 419 чел. в 2010 г. до 9 072 чел. в 2014 г.). Число лиц, получающих АРТ, также значительно возросло с 1 270 чел. в 2010 г. до 3 675 чел. в 2014 г., что соответствовало 23,4% и 40,5% от состоящих под наблюдением.

Увеличение охвата больных этиотропным лечением сопровождалось повышением его вирусологической эффективности: в 2014 году из всех больных, получающих АРТ в нашем крае, 74,0% достигли неопределяемой вирусной нагрузки (ВН), что сопоставимо с аналогичным показателем в США (75,8%), но ниже уровня Дании и Австралии (95% и 94%), лидирующих в реализации стратегии "терапия как профилактика". Благодаря проделанной работе, доля больных с неопределяемой ВН среди состоящих под наблюдением выросла с 16,2% в 2010 г. до 30,0% в 2014 г., но пока остается значительно

ниже, чем в упомянутых Дании и Австралии (79% и 82%) [9]. Указанные изменения хорошо коррелируют с уменьшением средневзвешенной вирусной нагрузки среди состоящих под наблюдением больных (с 130 206 копий/мл в 2010 г. до 22 142 копий/мл в 2014 г.), что отражает снижение их эпидемиологического потенциала.

Несмотря на значительное расширение масштабов противовирусного лечения больных ВИЧ-инфекцией в Краснодарском крае, оно пока не оказало значимого влияния на стабилизацию и снижение показателей заболеваемости. Этому мешает недостаточно полное выявление лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, низкая доступность медицинской помощи для мигрантов и некоторых других групп больных, недостаточная популяционная эффективность АРТ и проблемы в формировании необходимого уровня приверженности у низкомотивированных пациентов.

В условиях расширения масштабов противовирусной терапии существенно возрастает роль сестринского персонала в обеспечении высокой эффективности АРТ, как ключевого компонента комплексной терапии, так как именно медицинские сестры обладают необходимым потенциалом для внедрения наиболее современных и эффективных технологий сопровождения пациентов, получающих АРТ. Это обусловлено тем, что подготовка медицинских сестер наиболее универсальна по содержанию, кратковременна и экономически выгодна, по сравнению с другими представителями медицинского сообщества, осуществляющими проведение АРТ [8].

Чтобы обеспечить максимальный эффект противовирусного лечения, добиться снижения заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции, а также для повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов необходи-

мо активное включение медицинских сестер в процесс оказания помощи таким пациентам.

Если на этапе выявления ВИЧ-инфекции и назначения АРТ больной, по большей части, активно общается с врачом, то в процессе проведения противовирусного лечения основная роль может и должна принадлежать медицинской сестре. Причем следует подчеркнуть, что продолжение неблагоприятных трендов эпидемических показателей по ВИЧ-инфекции в нашей стране неизбежно приведет к росту нагрузки на врача. В таких условиях врачу в одиночку будет практически невозможно эффективно контролировать ход лечения больных ВИЧ-инфекцией, тем более при пожизненном приеме лекарственных препаратов. Одной из мер, позволяющих снизить нагрузку на врача, является вовлечение в широкую профилактическую и противоэпидемическую работу с населением медицинских работников среднего звена, в том числе в качестве волонтеров [8].

Поскольку медицинские сестры в силу своей деятельности наиболее близки больным и членам их семей, именно они способны создать наиболее благоприятную психологическую атмосферу, что очень важно для успеха лечения и контроля. В реальной жизни именно медицинская сестра занимает положение, способствующее созданию уникальных отношений с больным, позволяющих заглянуть в мир потребностей пациента. Только она может приспособить к местным условиям стандарты оказания качественной медицинской помощи.

У медицинской сестры, участвующей в проведении АРТ, должен быть определенный набор знаний о ВИЧ-инфекции, профессиональных компетенций и психологических навыков, т. е. регулярно общаясь с больным и его

семьей, медицинская сестра должна уметь довести до их сведения основные эпидемические данные по ВИЧ-инфекции, объяснить, как распространяется заболевание, описать конкретную клиническую ситуацию, обсудить принципы контроля, знать признаки и симптомы болезни, структуру обследования и лечения больных ВИЧ-инфекцией, основные показатели эффективности лечения. Она должна уметь обсудить с больным ход лечения, интерпретировать динамику лабораторных показателей, знать спектр и особенности сильных и слабых побочных эффектов АРТ, а также уметь распознать и доложить о побочных реакциях, признаках формирования лекарственной резистентности вируса и т. д.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут существенно выиграть от правильной адекватной деятельности медицинской сестры в качестве координатора всего длительного процесса лечения больного и ухода за ним, так как в стратегии пожизненной АРТ именно медсестра может стать самым эффективным координатором. При внедрении такой стратегии устраняются ненужные коммуникационные "фильтры" взаимодействия между медицинской сестрой и больными. Снятие дополнительных барьеров дает возможность медсестре определить, что представляет наибольшую ценность для больного, каковы его желания и тревоги. В свою очередь пациент вправе ожидать от медицинской сестры достаточной эрудиции и твердых навыков ведения больных, которые будут использованы для решения его проблем [4].

Таким образом, одним из важных резервов повышения эффективности АРТ как ведущего компонента современных технологий противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, является совершенствование подготовки сестринского персонала по вопросам лечения и

третичной профилактики ВИЧ-инфекции, формирования профессиональных компетенций обучающихся в области психологии, эпидемиологии, инфекционных болезней.

Если медицинская сестра должным образом информирована и освоила навыки выработки у больного и его микросоциального окружения высокой приверженности наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции, безопасных поведенческих практик, то она способна помешать распространению болезни и улучшить качество контроля над ней.

Литература:

1. Доклад ECDC и ВОЗ. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, 2013 г. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/publications> / 2014/whoecdc-report-hiv/aids-surveillance-in-europe-2013.
2. Доклад ЮНЭЙДС. Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году. [Электронный ресурс]
3. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2014. [Электронный ресурс]
4. Повышение роли и полномочий медицинских сестер в области долгосрочного сопровождения ВИЧ-инфицированных пациентов: руководство для медицинских сестер./Под ред. Д.В. Островского, – СПб.: Феникс, 2009. - 136 с.
5. Саухат С.Р., Киселева В.Н., Шемшур А.Б. ВИЧ-инфекция на Юге России (ЮФО и СКФО) в первом полугодии 2012 г.: информационный бюллетень / Роспотребнадзор, ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии.- Ростов-на-Дону, 2012. — 17 с.
6. Справка об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае за 2014 год [Электронный ресурс] URL: http://www.hivkuban.ru/php_inc/get_file.php?item_id=398&iblock_id=24.

7. Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ. ВИЧ-инфекция в РФ на 31 декабря 2014 г. [Электронный ресурс] // URL:<http://hivrussia.metodlab.ru/files/spravkaHIV2014.pdf>.
8. Шемшур А.Б., Городин В.Н., Зотов С.В., Наумов Г.Н., Ефремова М.В. Анализ готовности студентов, получающих высшее сестринское образование, к участию в профилактической работе с больными ВИЧ-инфекцией// Международный журнал экспериментального образования. – 2014. - №10. – С.373-377.
9. A. Raymond, A. Hill, A. Pozniak Large disparities in HIV treatment cascades between eight European and high-income countries – analysis of break points / International Congress of Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, 2014. Abstr. 0-237.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ**

Шильцова Т.А., Пильщикова В.В.,
Лебедева И.С., Зобенко А.В.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

На современном этапе развития общества высшее профессиональное образование нацелено на «обеспечение подготовки высококвалифицированных кадров по всем основным направлениям общественно полезной деятельности в соответствии с потребностями общества и государства, удовлетворение потребностей личности в интеллектуальном, культурном и нравственном развитии, углублении и расширении образования, научно-педагогической квалификации» [1]. Насущные социально-экономические условия

предполагают модернизацию образования, в связи с этим изменяется система управления образовательным процессом, осуществляемым на основе компетентностного подхода. Меняются требования к профессиональной деятельности педагогов и студентов, свободно ориентирующихся в специфике экономического развития. Высшие учебные заведения должны не только сохранить накопленный потенциал и оптимальную структуру педагогического управления, но и достичь такого образовательного уровня подготовки специалистов, способного обеспечить развитие и функционирование на более высоком, качественном уровне. Под педагогическим управлением понимается система управленческих действий, направленная на интеллектуальную, методическую, материально-техническую поддержку подсистемы учебно-воспитательного процесса, смены традиционных парадигм на инновационные. Педагогическое управление – это процесс перевода педагогической ситуации из одного состояния в другое, соответствующее поставленной цели и направленное на повышение его эффективности. Для успешной реализации системы педагогического управления рассмотрим составляющие процесса управления: постановку целей; информационное обеспечение; формулировку задач в соответствии с целями; определение особенностей учащихся; проектирование, планирование деятельности для достижения цели; реализацию проекта; контроль за ходом выполнения; корректировку; подведение итогов. Повышение эффективности управления возможно в результате усвоения знаний, умений и навыков. Управление образовательным процессом достаточно сложно, так как каждый студент имеет свои особенности и потребности. Важно подобрать такой механизм педагогического управления,

который помогает раскрыть потенциал студента. Одной из технологий управления выступает традиционная технология. Она основана на взаимодействии педагога и студента. Педагог принимает решения, организует, координирует и контролирует. Качество управления на данном этапе зависит от информированности педагога и умения оптимизировать материал. Недостатком выступает слабая мотивация и активизация студента. Иной механизм управления образовательным процессом возможен посредством диалога. Студент самостоятельно планирует, организует, контролирует свою учебную деятельность, с помощью педагога принимает решения. Следующий механизм управления – интеллектуальный, основан на индивидуальном и коллективном самоуправлении. Студенты обмениваются информацией, решения принимают самостоятельно и коллегиально. Вырабатываются общие цели и задачи на базе познавательной деятельности. Педагог увлекает в познавательную деятельность, мотивируя выполнять управленческую функцию для определения новых потребностей и интересов, выстраивает коммуникативные отношения в режиме самоуправления. Опосредованно развиваются мышление, креативность, организаторские способности, творчество, профессионально значимые умения.

Таким образом, эффективное управление образовательным процессом возможно при наличии квалифицированного профессорско-преподавательского состава, который ориентирует, оптимизирует и мотивирует процесс. Управление деятельностью профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного медицинского университета в целях обеспечения повышения качества медицинского и фармацевтического образования студентов, интеграции гуманитар-

ной и профессиональной подготовки осуществляет Центральный методический совет университета. Это управление строится во взаимодействии с обучающимися и сотрудниками.

Непосредственно происходит и управление деятельностью педагогов вышестоящим руководством учреждения образования. Для целенаправленного управления образовательным процессом в университете внедрена система менеджмента качества, способствующая совершенствованию учебной, методической, воспитательной деятельности, росту доверия потребителей образовательных услуг. Создан Центр практических навыков, где совершенствуется высокопрофессиональный опыт специалистов, конкурентоспособных на рынке труда. Для удовлетворения кадровых потребностей региона студенты обучаются по краевой целевой программе «Врачебные кадры для сельского здравоохранения».

В учебном заведении разработана и внедрена система управления, включающая рейтинговый контроль знаний студентов. Совершенствуется методическое обеспечение учебного процесса. Ежегодно проводятся научно-практические конференции.

В университете для совершенствования управления образовательным процессом обеспечено ресурсной базой в крупных лечебных учреждениях края, таких как: Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского, Детская краевая клиническая больница, Специализированная клиническая психиатрическая больница, Клинический кожно-венерологический диспансер, Клинический противотуберкулезный диспансер, Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, городские клинические больницы г. Краснодара, Специализированная

клиническая инфекционная больница, Клиническая стоматологическая поликлиника, МБУЗ «Родильный дом № 1», МБУЗ «Родильный дом № 4» и др.

Ежегодно вузом проводится большое количество физкультурно-оздоровительных, культурно-развлекательных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у обучающихся.

В рамках программ академической мобильности образовательный процесс студентов проходит при участии иностранных преподавателей на площадках зарубежных вузов.

Приоритетным направлением воспитательной работы является волонтерское студенческое движение, ориентированное на высокие моральные качества, отзывчивости, бескорыстия, чуткости, готовности в любую минуту, невзирая на обстоятельства, прийти на помощь.

Эффективное управление образовательным процессом неразрывно с научно-исследовательской деятельностью, реализуемой в соответствии с основными принципами «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года». Научно-исследовательская деятельность способствует повышению качества подготовки обучающихся по образовательным программам высшего образования, привлечению обучающихся к проведению научных исследований, использованию новых знаний и достижений науки и техники в образовательной деятельности. В университете совершенствуются фундаментальные и прикладные исследования на базе приоритетов развития биомедицинских разработок, клинических разработок, создание внутривузовской инновационной инфраструктуры.

Научные исследования проводятся в рамках 4-х отраслей наук: медицинские (включая фармацевтиче-

ские), биологические, педагогические и философские.

Реализация научных исследований осуществляется посредством выполнения комплексных научно-исследовательских работ кафедр и проектов научных лабораторий, ориентированных на решение актуальных медицинских проблем и формирование стратегии сохранения и укрепления здоровья населения Краснодарского края и других регионов.

С целью укрепления и модернизации материально-технической базы современным технологическим и лабораторным оборудованием в университете внедряется грантовое финансирование научных разработок проводимых под руководством ведущих ученых в российских образовательных учреждениях высшего профессионального образования. В 2014 году университет стал победителем конкурса на получение грантов по приоритетному направлению деятельности Российского научного фонда «Проведение фундаментальных научных исследований и поисковых научных исследований международными научными группами».

На клинических базах университета выполняются клинические исследования. Только в 2014 году было реализовано 22 клинических исследования с объемом финансирования около 2 млн. рублей.

Внедрение системы управления воспроизводством профессорско-преподавательского состава и подготовкой научно-педагогических кадров высшей квалификации обеспечивается деятельностью аспирантуры по 39 научным специальностям, а также в форме соискательства ученой степени кандидата наук и ученой степени доктора наук.

Совершенствование образовательного процесса в современных

условиях основано на реализации актуальных вопросов управления:

- достижение стратегических целей вуза;
- обеспечение ресурсной базой образовательной деятельности;
- взаимодействие педагога и студента;
- интеграция управления высококвалифицированным профессорско-преподавательским составом и профессиональной подготовки студентов.

Управление образовательным процессом - сложная организационно-структурная система, внутри которой

выделяются учебные, методические, научно-исследовательские, воспитательные составляющие, формирующие механизм управления высококвалифицированными кадрами, направленное на стабильное функционирование и развитие системы образования.

Литература:

1. Федеральный закон 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», гл. 8, ст. 69 (www.zakonrf.info).
2. Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России (www.ksma.ru).