

Опыт использования контекстных задач по математике описан в наших работах [7, 8].

В заключение приведем два высказывания.

Р.Г. Амиров отмечает: «Достижения и традиции советской и зарубежной систем образования должны быть не взаимоисключающими базисами нового российского образования, а взаимодополняющими, которые должны быть, в конечном счете, не догоняющей, а опережающей сферой в социальном прогрессе» [1, с. 11].

П.Я. Чаадаев подчеркивал: «На учебное дело в России может быть установлен совершенно особый взгляд, ему возможно дать национальную основу, в корне расходящейся с той, на которой оно зиждется в остальной Европе, ибо Россия развивалась во всех отношениях иначе, и ей выпало на долю особое предназначение в этом мире».

Список литературы

1. Амиров Р.Г. Реформа высшего инженерно-технического образования: избранное направление, проблемы и перспективы // Образование в техническом вузе в XXI веке: материалы Международной научно-практической и образовательной конференции «Современные технологии в системе среднего и высшего профессионального образования», Набережные Челны, 2011. – Вып. 8. – Набережные Челны: Изд-во Кам. гос. инж. – экон. академ., 2011. – С. 9–12.
2. Богомоллова Е.П. Диагноз: математическая малограмотность // Математика в школе. – 2010. – №4. – С. 3–9.
3. Болонский процесс в России и Европе: опыт, решение, перспективы // материалы Международной научной конференции, 4-8 декабря 2007 / Под. ред. Е.А. Бондаренко. – Великий Новгород: Изд-во НовГУ, 2008 – 63 с.
4. Далингер В.А. Так ли уж безобидна многоуровневая система высшего образования в плане подготовки специалистов? // Фундаментальные исследования. – № 11 (часть 5). – 2012. – М.: Изд-во Академия Естественных наук, 2012. – С. 1095–1098.
5. Далингер В.А. Причины математической малограмотности российских школьников // Педагогика: семья – школа – общество: монография / под общей ред. проф. О.И. Кирикова. – Книга 31. – М.: Наука: информ; Воронеж: ВГПУ, 2014. – С. 72–82.
6. Далингер В.А. Российское математическое образование: проблемы и перспективы развития: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы развития математического образования», 5-6 ноября 2013 г. Армавир // Тенденции и проблемы развития математического образования: научно-практический сборник. Вып. 11 / науч. ред. Н.Г. Дендеберя, С.Г. Манвелов. – Армавир: РИО АГПА, 2013. – С. 3–8.
7. Далингер В.А., Янущик О.В. Контекстные задачи по математике как средство диагностики уровня сформированности предметной компетенции у студентов инженерных специальностей // Высшее образование сегодня. – 2011. – №10. – С. 65–67.
8. Далингер В.А., Васяк Л.В. Профессионально ориентированные задачи по математике для студентов инженерных специальностей: учебное пособие. – Омск: ООО «Издательско-полиграфический центр “Сфера”», 2007. – 60 с.
9. Егорова И.П. Проектирование и реализация системы профессионально-направленного обучения математике студентов технических вузов: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Тольятти, 2002 – 24 с.
10. Зайниев Р.М. Преемственность математической подготовки в инженерно-техническом образовании. – Казань: Изд-во Казанский государственный университет, 2009. – 366 с.
11. Зайниев Р.М. Реализация преемственности в математическом образовании: монография. – Набережные Челны: Изд-во ФГБОУ ВПО «НИСПТР», 2015. – 223 с.
12. Одинец В.П. К 10-летию Болонского процесса в России / В.П. Одинец // Вестник Московского университета: научный журнал. – 2014. – №1 (январь-март). – Серия 20: Педагогическое образование. – М.: Изд-во Московского университета. – С. 3–10.
13. Павлова Л.В. Познавательные компетентностные задачи как средство формирования предметно-профессиональной компетентности будущего учителя // Известия государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. – №113. – С. 72–79.
14. Розанова С.А. Математическая культура студентов технических университетов. – М.: Физматлит, 2003 г. – 176 с.
15. Сенашенко В.С., Вострикова Н.А. О преемственности среднего и высшего математического образования // Материалы Международной конференции «Образование, наука и экономика в вузах. Интеграция в международное образовательное пространство». – Плоцк (Польша), 2006. – С. 103–106.

Психологические науки

ЭТИОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

¹Доника А.Д., ²Авазьян Ш.Г.

¹ГБУ Волгоградский медицинский научный центр, ВолГМУ, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru;

²Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Социальная и экономическая «цена» профессионального стресса у врачей очень высока. В Англии 40% всех случаев нетрудоспособности врачей связаны с эмоциональным стрессом (Dinsdale P., 2011). По данным S. Rathod с соавт. (2012), у врачей часто отмечается высокий уровень тревоги и клинически выраженная депрессия, нередко даже более выраженная, чем у их пациентов. Обследованные врачи часто отмечали хроническую усталость, различные мышечные и головные боли, обострение соматических заболеваний, различные нарушения сна, проявления раздражительности и агрессии в отношениях с пациентами. Аналогичные нарушения

выявлены у российских врачей (А.Б. Леонова, 2012), в виде тревоги, астении, нарушений сна. У врачей, работающих в поликлиниках, обнаружено нарастание признаков профессиональных и личностных деформаций [3, 4, 5], использование неадекватных форм купирования стресса (интенсивное курение, употребление алкоголя, демонстрация враждебности в поведении).

Оценка напряженности труда профессиональной группы основана на анализе трудовой деятельности и ее структуры, которые изучаются путем хронометражных наблюдений в динамике всего рабочего дня, в течение не менее одной недели. Все факторы (показатели) трудового процесса имеют качественную или количественную выраженность и сгруппированы по видам нагрузок: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные, монотонные, режимные нагрузки («Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05).

Мы провели анализ напряженности профессиональной деятельности врача-терапевта, и выяснили, что ей соответствует напряженный труд 2 степени (класс 3.2), который характеризует работу, происходящую в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат. Степень ответственности врача относится к градации «высокая», поскольку это не только ответственность за жизнь других людей. Показатели режима работы «Фактическая продолжительность рабочего дня» – выделен в самостоятельную рубрику, так как независимо от числа смен и ритма работы фактическая продолжительность рабочего дня колеблется от 6–8 ч (участковые терапевты) до 12 ч и более (дежурства врачей стационаров). У врачей стационаров продолжительность смены составляет 12 ч и более. Чем продолжительнее работа по времени, тем больше суммарная за смену нагрузка и, соответственно, выше напряженность труда. «Сменность работы» определяется на основании внутрипроизводственных документов, регламентирующих распорядок труда в организации. Самый высокий класс 3.2 характеризуется нерегулярной сменностью с работой в ночное время (врачи стационаров). «Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность (без учета обеденного перерыва)». К регламентированным перерывам относятся только те перерывы, которые введены в регламент рабочего времени на основании официальных внутрипроизводственных документов, либо на основании государственных документов – санитарных норм и правил, отраслевых правил по охране труда и других. Недостаточная продолжительность или отсутствие регламентиро-

ванных перерывов усугубляет напряженность труда, поскольку отсутствует элемент кратковременной защиты временем от воздействия факторов трудового процесса и производственной среды. Кроме того, существующие режимы работ врачей-терапевтов характеризуются отсутствием регламентированных перерывов (класс 3.2).

Таким образом, анализ регламентирующей напряженности труда документа, позволяет в целом высоко оценить эмоциональную и физическую напряженность профессиональной деятельности врача-терапевта, ее стрессогенный характер. Кроме того, необходимо отметить, что ряд причин профессионального стресса инициирован современными социально-экономическими реалиями российского общества, в частности, неэффективно выстроены структуры социальной защиты врачей [1, 2].

Список литературы

1. Доника А.Д., Губа Т.И. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины // Биоэтика. – 2009. – № 1(3). – С.28-30.
2. Доника А.Д. Этические аттитуды профессиональной группы врачей / А.Д. Доника, Д.Д. Доника, М.В. Еремина // Биоэтика – 2010. – № 6. – С.45-46.
3. Доника А.Д., Бударин Г.Ю. Профессиональный контекст стратегии выживания в крупном промышленном городе (на модели профессиональной группы врачей) А.Д. Доника, Г.Ю. Бударин // Социология города. – 2013. – №1. – С.11 – 15
4. Доника А.Д. Медицинские, социальные и психологические паттерны профессионального стресса у врачей нелечебного профиля / А.Д. Доника, А.Ю. Руденко // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 6. – С. 34–35.
5. Доника А.Д. Роль перегрузки врача как «сайд-эффект» инновационной модели развития здравоохранения / А.Д. Доника, В.А. Леонова // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 3. – С.95-96.

«Приоритетные направления развития науки, технологий и техники», Италия (Рим), 10-17 апреля 2015 г.

Медицинские науки

ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПЕРИНДОПРИЛОМ

Солдатова О.А.

Курский институт социального образования, филиал
РГСУ, Курск, e-mail: ilmedv1@yandex.ru

В развитых странах по-прежнему весьма распространенным остается сочетание артериальной гипертензии (АГ) с метаболическим синдромом (МС) [2], требующие комплексного лечения [1]. Цель работы – установить возможности коррекции фибринолитической активности сосудистой стенки у больных АГ при МС

комплексом из периндоприла, пиоглитазона и немедикаментозного воздействия. Под наблюдением находились 22 больных АГ 1-2 степени, риск 4, с МС, получавших периндоприл 4 мг в сутки, пиоглитазон 30 мг в сутки, гипокалорийную диету и физические тренировки. Контроль – 25 здоровых лиц. В исходе у больных отмечено угнетение фибринолитической активности сосудов: время лизиса фибринового сгустка фоне временной венозной окклюзии – $7,65 \pm 0,2$ мин. при величине индекса фибринолитической активности сосудистой стенки (ИФАСС) – $1,24 \pm 0,02$ (контроль $1,49 \pm 0,40$). В результате 4 мес. лечения время лизиса фибринового сгустка после компрессии снизилось на 11,1 %, а ИФАСС возрос до $1,35 \pm 0,02$ со склонностью к их ухудшению при последующем нестрогом соблюдении немедикаментоз-