

Управление здравоохранения правительства Еврейской автономной области
Областное государственное профессиональное
образовательное бюджетное учреждение
«Биробиджанский медицинский колледж»

**Материалы Межрегиональной
Студенческой научно-исследовательской
конференции**

**«Современная молодёжь в учебе, науке,
творчестве»**



25-26 марта 2020 г.

г. Биробиджан

Материалы Межрегиональной Студенческой научно - исследовательской конференции «Современная молодёжь в учебе, науке, творчестве» ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», 2020.- 308 с.

Составитель, компьютерная верстка:

Королева Н. В., начальник отдела методической работы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Орфография и пунктуация авторов сохранены.

В сборник включены материалы Межрегиональной Студенческой научно - исследовательской конференции «Современная молодёжь в учебе, науке, творчестве», проведенной 25-26 марта 2020 года в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Печатается по решению научно-методического совета ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»



ОГЛАВЛЕНИЕ

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ МАОУ «СПЛ» Г. ЯКУТСКА.....	8
<i>Нукунанова Саина Ивановна - студентка 2 курса ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж» Научный руководитель: Афанасьева Иванна Михайловна</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОРГАНИЗОВАННОГО ДЕТСКОГО КОЛЛЕКТИВА В ПРОПАГАНДЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.....	16
<i>Драюк Алина Сергеевна– студентка 3 курса Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» Научный руководитель: Максименко Елена Алексеевна</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНОГОВОЗДЕЙСТВИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗРЕНИЕ ДЕТЕЙ.....	27
<i>Коваль Наталья Сергеевна – студентка 3 курса Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» Научный руководитель: Еремеева Елена Владимировна</i>	
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.....	38
<i>Михайлова Елена Анатольевна - студентка 3 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Духовникова Евгения Андреевна</i>	
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	49
<i>Сидоренко Валерия Андреевна, Качина Юлия Сергеевна – студентки 3 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	62
<i>Кувалова Кристина Павловна - студентка 1 курса Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» Научный руководитель: Комко Юлия Олеговна</i>	

ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА, ОРВИ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ У СТУДЕНТОВ.....	71
<i>Санникова Лидия, Кочнева Елена – студентки 1 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Куклева Татьяна Валерьевна</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАЦИОНАРА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.....	83
<i>Бединина Анастасия Владимировна– студентка 3 курса</i>	
<i>Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ</i>	
<i>«Хабаровский государственный медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Кокишарова Наталья Услановна</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	97
<i>Барьянова Татьяна Сергеевна– студентка 3 курса</i>	
<i>Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ</i>	
<i>«Хабаровский государственный медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Кокишаров Максим Анатольевич</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	112
<i>Матрос Юлия Сергеевна – студентка 2 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Болдырева Татьяна Леонидовна</i>	
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	122
<i>Маринина Валерия Валерьевна - студентка 4 курса</i>	
<i>Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ</i>	
<i>«Хабаровский государственный медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Роднова Елена Владимировна</i>	
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	133
<i>Варчук Алина Юрьевна – студентка 2 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Климченко Татьяна Борисовна</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ.....	142
<i>Дашевский Никита Александрович- студент 2 курса</i>	
<i>Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ</i>	
<i>«Хабаровский государственный медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Елисеева Лариса Юрьевна</i>	
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ.....	150
<i>Гуляс Анна, Кулыгина Анастасия - студентки 1 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Бастрыгина Полина Евгеньевна</i>	

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.....	164
<i>Дубова Ольга Алексеевна – студентка 2 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Горелова Нина Петровна</i>	

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ.....	170
<i>Васенко Роша Луана – студентка 3 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна</i>	

**Социальные вопросы медицины
(влияние общественных факторов на здоровье человека)**

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА САМОСОЗНАНИЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА.....	182
<i>Ашаров Даниил Сергеевич - студент I курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна</i>	

ОСМЫСЛЕНИЕ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТАМИ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ».....	187
<i>Степанова Ксения Константиновна - студентка I курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Мищенко Наталья Владимировна</i>	

КОРОНАВИРУС. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ.....	192
<i>Шут Виктория Сергеевна – студентка 2 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Гефен Лариса Ивановна</i>	

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ.....	201
<i>Карташова Алёна Андреевна, Глизнуца Мария Васильевна – студентки 2 курса КГБПОУ «Владивостокский базовый медицинский колледж» Научный руководитель: Саутина Елена Витальевна</i>	

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.....	206
<i>Нестерчук Марина Сергеевна - студентка 3 курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Пицци Борис Михайлович</i>	

ВРЕД КУРЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.....	218
<i>Топчиева Ангелина Максимовна - студентка I курса ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Тюлькаев Никита Юрьевич</i>	

КОНТРАЦЕПЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТА.....	231
<i>Карпова Виктория Алексеевна - студентка 2 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Спичак Юлия Георгиевна</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА, ПО ДАННЫМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ.....	238
<i>Вяльцева Татьяна Валерьевна - студентка 1 курса</i>	
<i>Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ</i>	
<i>«Хабаровский государственный медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Репина Анна Олеговна</i>	
ТАТУИРОВКА – ОПАСНАЯ КРАСОТА.....	243
<i>Бокарева Евгения Юрьевна - студентка 2 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна</i>	
КНИГА И МОЛОДЁЖЬ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ.....	254
<i>Гаврилова Дарья Александровна - студентка 4 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Лонишкова Ольга Алексеевна</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ: БАЛАНС ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НА ОСНОВЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ НАСЕЛЕНИЯ.....	265
<i>Ховрин Артем Александрович - студент 1 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Сергеева Наталья Игоревна</i>	
ПОДГОТОВКА НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗАЩИТЫ ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА.....	277
<i>Кочергина Екатерина Михайловна, Юркова Юлия Сергеевна – студентки 3 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Захряпин Эдуард Владимирович</i>	
ОТНОШЕНИЕ К РАЗДЕЛЬНОМУ СБОРУ ВТОРСЫРЬЯ СТУДЕНТОВ ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ».....	286
<i>Архипова Марианна Руслановна - студентка 2 курса</i>	
<i>ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»</i>	
<i>Научные руководители: Афанасьева Иванна Михайловна, Томская Екатерина Егоровна</i>	

Исторический опыт как основа движения вперед

РОЛЬ И МЕСТО МУЗЕЯ В ПРОЦЕССЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.....	298
<i>Ашмарина Анастасия Александровна, Сысоева Ксения Евгеньевна - студентки 1 курса</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научные руководители: Ишуткина Людмила Анатольевна, Чижова Ольга Владимировна</i>	

ВОЛОНТЁРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «МЫ ВЫБИРАЕМ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»..... 304

Федотова Альбина Александровна Валерьевна - студентка 1 курса

Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ

«Хабаровский государственный медицинский колледж»

Научный руководитель: Дятала Ольга Владимировна

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
НА ПРИМЕРЕ МАОУ «СПЛ» Г. ЯКУТСКА**

*Нукунанова Саина Ивановна, студентка 2 курса
ГБПОУ «Якутский медицинский колледж»*

Научный руководитель: Афанасьева Иванна Михайловна (г.Якутск)

Актуальность. Изучение состояния здоровья подрастающего поколения относится к числу ключевых вопросов современной медицины. Здоровье школьников социально обусловлено и зависит от таких факторов, как окружающая среда, наследственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, а также в образовательном учреждении (1,10). К школьно-обусловленным причинам относят стрессы, неправильное питание, нарушения гигиены учебного процесса, неорганизованный досуг, умственные перегрузки, гиподинамию, вредные привычки (4). По данным официальной статистической отчетности, общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась за 10 лет (с 2008 по 2018 гг.) на 20 - 27,6 % (3,5).

Цель исследования: на основе комплексного анализа здоровья и образа жизни детей младшего школьного возраста МАОУ «СПЛ» разработать предложения по совершенствованию деятельности школьного фельдшера.

Достижение цели осуществляется через решение следующих задач:

1.Изучить динамику состояния здоровья школьников г. Якутска за период с 2016 по 2018 гг. и выявить особенности в состоянии здоровья.

2.Провести анализ деятельности школьного фельдшера МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной» в профилактике заболеваний.

3.Определить факторы риска по формированию здоровья и уровень представлений детей младшего школьного возраста о здоровом образе жизни.

4.Разработать рекомендации по совершенствованию профилактической работы среди детей младшего школьного возраста в условиях МАОУ «СПЛ».

Объект исследования: Образ жизни и здоровье детей младшего школьного возраста на примере МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной» г.Якутска.

Научно-практическая значимость работы определяется результатами исследования, позволившими значительно расширить существующие представления об образе жизни и здоровье школьников МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной» г.Якутска.

1. Динамика состояния здоровья школьников г.Якутска за период с 2016 по 2018 гг.

Нами проведен анализ годовых отчетов за 2016-2018 гг. кабинета медицинского работника МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной», изучение должностной инструкции и функциональных обязанностей фельдшера.

Для оценки уровня сформированности представлений детей младшего школьного возраста о ЗОЖ и характеристики факторов риска, влияющих на формирование здоровья детей, были разработаны специальные анкеты: «Режим дня» включавший 15 вопросов, «Что вы знаете о здоровом образе жизни» включавший 12 вопросов и проведен социологический опрос родителей.

На основании полученных в ходе выполнения исследования данных, были разработаны рекомендации по совершенствованию профилактической работы среди детей в условиях МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной».

На основании анализа данных официальной статистической отчетности (по данным ДШО ГАУ РС ЯГБ №3) установлено, что за период с 2016 года по 2018 год уровень первичной заболеваемости, выявленный при углубленном медосмотре, увеличивается среди детей всех возрастов. Опережающий рост первичной заболеваемости среди детей свидетельствует о неблагоприятной тенденции к повышению в будущем показателя общей заболеваемости среди детей всех возрастов.

По показателям первичной заболеваемости наиболее заметен рост частоты болезней эндокринной системы от 71,8 (показатели на 1000 детского населения) в 2016 г. до 136,7 в 2018 г., при этом наиболее увеличен показатель ожирения и избыточного веса (от 36,2 в 2016 г. до 43,5 в 2018 г.), болезней костно-мышечной системы от 95,6 в 2016 г. до 153,6 в 2018 г., болезни органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) от 65,1 в 2016 г. до 98,6 в 2018 г. и незначительный рост болезней органов дыхания от 44,6 в 2009 г. до 56,4 в 2011 г., болезни глаз и его придатков от 60,1 в 2016 г. до 78 в 2018 г. (таблица 1).

Таблица 1

Заболеваемость, выявленная при углубленном медосмотре
на 1000 детского населения

Классы болезней	2016	2017	2018
Болезни крови и кроветворных органов		15,0	15,0
Болезни эндокринной системы	71,8	104,5	136,7
В т.ч. ожирение и избыточный вес		36,2	43,5
Зоб 1 степени		33,9	26,2
Дефицит веса		28,8	25,0
Болезни нерв системы	64,0	69,3	58,8
Болезни глаз и его придатков	60,1	66,3	78,0

Болезни органов дыхания	44,6	80,5	56,4
Болезни КМС.в т.ч	95,6	107,0	153,6
Нарушение осанки		81,0	88,8
Сколиоз		19,9	20,8
Болезни органов ЖКТ	65,1	99,2	98,6
В т.ч. кариес		82,8	80,2

Анализ распределения учащихся по группам здоровья показывает, что удельный вес детей, имеющих функциональные отклонения (II группа здоровья) составили от 66,6% в 2009 г., 67,1% в 2010 г., 80,2% в 2011 г., причем отмечается значительный рост показателя. По остальным группам здоровья показатели за анализируемый период стабильны (таблица 2).

Таблица 2

Распределение учащихся по группам здоровья (%)

Группа здоровья	2009	2010	2011
I группа	5,0	5,3	4,8
II группа	66,6	67,1	80,2
III группа	26,6	26,1	13,7
V группа	1,8	1,5	1,3
VI группа	0,0	0,0	0,0

2. Анализ деятельности школьного фельдшера по профилактике заболеваемости детей

Основным направлением деятельности фельдшера является гигиеническое обучение и воспитание школьников, формирование у учащихся ценностного отношения к себе, к своему здоровью и здоровью окружающих людей, формирование знаний, умений и навыков здорового образа жизни, проведение беседы по проведению профилактических прививок, проведение плановых профилактических прививок, проведение противотуберкулезных мероприятий с детьми, имеющие положительную реакцию Манту.

Одним из основных направлений работы школьного фельдшера является контроль за организацией физического воспитания школьников. С этой целью школьный фельдшер МАОУ «СПЛ», в тесном контакте с учителем физкультуры, проводит медицинские наблюдения и контроль уроков физкультуры. Также в начале учебного года, по результатам медицинских осмотров школьников фельдшер вместе с врачом-педиатром определяет медицинские группы для занятий физкультурой.

Проводится постоянный контроль за выполнением санитарных норм и предписаний органов надзора. Фельдшер осуществляет контроль за санитарно-гигиеническим состоянием столовой, ведутся необходимые для контроля журналы.

Деятельность по здоровьесбережению школьного фельдшера совпадает с воспитательной работой, осуществляемой коллективом педагогов МАОУ «СПЛ».

3. Роль медико-социальных факторов в формировании здоровья детей

На основании анализа результатов социологического опроса родителей детей младшего школьного возраста получены характеристики условий и образа жизни младших школьников. В анкетировании участвовали 58 родителей. Возрастной состав респондентов составил до 25 лет 12(20,6%), от 26 до 35 лет - 28(48,2%), от 36 до 45 лет – 14 (24,1%), от 45 до 55 лет – 4(7,1%).

Установлено, что в полных семьях воспитываются только 39(67,2%) детей. Большинство семей имеют отдельные квартиры 35(60,3%), 12(20,6%) семей имеют собственные дома, 3(5,1%) проживают в общежитии.

При оценке наличия вредных привычек оказалось, что 24(41,3%) опрошенных отмечают, что курят оба родителя или один, 2(3,6%) – иногда один родитель (отец) употребляет алкогольные напитки, 32(55,1%) не имеют вредных привычек. 35(60,3%) опрошенных считают себя практически здоровыми, 12(20,6%) оценивают свое здоровье удовлетворительно, 9(15,4%) респондентов имеют хронические заболевания и 2(3,7%) родителя инвалиды.

Среди опрошенных родителей 46(79,4%) не занимаются спортом, только 7(12%) – занимаются физкультурой и спортом, 5(8,6%) – иногда занимаются.

Установлено, что 50(86,2%) детей имеют домашние компьютеры. При этом ежедневно играют на компьютере в течение 2-х часов и более 16(27,5%) детей.

Более 3-х раз в сутки питаются 28(48,2%). Это свидетельствует о том, что почти 51,8% детей питаются нерегулярно.

Высокая учебная нагрузка и неадекватный отдых являются важнейшими факторами формирования расстройств здоровья, особенно психосоматических. После занятий в школе испытывают повышенное утомление 11(18,9%) детей, иногда испытывают – 28(48,4%). В то же время, продолжительность сна не менее 8 часов отмечается только у 31(53,4%) детей.

4. Характеристика факторов риска, влияющих на формирование здоровья детей младшего школьного возраста и анализ уровня сформированности представлений о здоровом образе жизни по результатам анкетирования

Здоровье школьника социально обусловлено и зависит от таких факторов, как окружающая среда, наследственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, а также образовательной среды в школе.

К основным факторам риска, влияющим на формирование здоровья детей младшего школьного возраста, относят стрессы, неправильное питание, нарушения гигиены учебного процесса, неорганизованный досуг, умственные перегрузки, гиподинамию, вредные привычки.

Для выявления факторов риска нами было проведено анкетирование детей младшего школьного возраста МАОУ «СПЛ» по разработанной нами анкете «Режим дня» состоящей из 15 вопросов.

По результатам анкетирования были получены ответы 142 респондентов, из них 71(50 %) мальчиков и 71 (50 %) девочек.

От общего количества опрошенных в I смене учатся 69 (49 %), во II смене – 73 (51 %) школьников (I смена с 8:00 ч до 12:30 ч, II смена с 14:00 ч до 18:15ч).

Из числа учащихся, которые учатся в I смене, в 6 ч. утра встают 26 (37,9 %) респондентов, в 7 ч. – 43 (62,1 %) респондентов. Учащиеся со II смены в основном встают 8-9 ч, на долю которых приходится 28,7 % и 30,1 %, соответственно. Несмотря на то, что время учебы с 14 ч дня, 16 (21,9 %) учеников отмечают, что для них время подъема 6-7 ч. Среди респондентов 14 (19,3 %) спят до 10-11 ч. дня.

На вопрос «завтракают ли утром?», среди мальчиков с I смены 8 (22 %) дали ответ «нет», 5 (14 %) отмечают, что иногда, а со II смены 3 (9 %) опрошенных утверждают, что они вообще не завтракают. Из девочек с I смены 2 (6 %) идут в школу без завтрака, 1 (3 %) завтракает иногда. Со II смены 3 (8 %) девочек на завтракают, 1 (3 %) иногда.

Половина респондентов питаются 3 раза в день 77 (54,2 %), 41 (28,8 %) – 4 раза в день.

От общего количества опрошенных школьников 47 (66 %) мальчиков регулярно занимаются спортом. Обращает внимание, что довольно значительное количество мальчиков не занимаются спортом (24 (34 %)). Среди девочек большую половину 39 (55 %) не интересует спорт, хотя 32 (45 %) любят заниматься спортом.

Анализ организации досуга показал, что от общего количества опрошенных 67 (47,2 %) гуляют на свежем воздухе всего на 1 час. У 56 (39,4%) детей времени не хватает на прогулку на свежем воздухе. По 2-3 часа гуляют лишь 19 (13,4 %) детей.

В свободное время 110 (77,4%) респондентов читает художественную литературу, 60 (42,2 %) детей – не читает. Смотрят телевизор всего 1 час 71 (50 %), по 2-3 часа – 57 (40,1 %) детей, 13 (9,1 %) – не смотрят. Половина респондентов 72 (50,7 %) в свободное время сидит у компьютера.

Формирование ценностной ориентации детей младшего школьного возраста на здоровый образ жизни является одним из ведущих факторов развития культуры здоровья, осознания им необходимости быть здоровым.

С целью определения уровня сформированности представлений детей младшего школьного возраста о здоровом образе жизни этим же детям (2-4 классов) были заданы следующие вопросы.

На вопрос «Что означает здоровый образ жизни», не смогли ответить 35 (24,6 %) учеников. 39 (27,4 %) считают, что это занятие спортом, 24 (17,0%) – неправильное питание, 26 (18,3 %) – быть здоровым, не болеть, 13 (9,1 %) – гулять на свежем воздухе, 8 (5,6 %) – не иметь вредных привычек, 7 (5,9%) – хорошее настроение. К сожалению, варианты ответов как, прием витаминов, соблюдение личной гигиены, хороший полноценный сон, соблюдение режима дня составили лишь 0,5 – 1 %.

Лишь 40 (28,1 %) детей делают утреннюю зарядку. От общего количества опрошенных 10 (7 %) отмечают постоянную усталость после уроков, 13 (9,1 %) – очень устают, 63 (44,3%) иногда чувствуют усталость после школьных занятий.

К курению и употреблению спиртных напитков относятся плохо 120 (84,5 %), 126 (88,7 %), соответственно. Следует отметить, что 38(26,7 %) детей младшего школьного возраста относятся к курению и употреблению алкоголя нормально.

Таким образом, среди опрошенных детей младшего школьного возраста характерна нарушения режима дня, неправильное питание, неорганизованный досуг, что может быть причиной стресса, умственной перегрузки и гиподинамии. У детей младшего школьного возраста представление о здоровом образе жизни, о здоровье человека и осуществлении здорового образа жизни слабое. Это совершенно понятно, т.к. учащиеся младших классов в основном не готовы соотносить свое поведение с представлениями о здоровом образе жизни, самостоятельно определять своих поступков, часто они полагают на выбор, сделанный родителями или другими родственниками.

Поэтому в процессе формирования у детей ценностной ориентации на здоровый образ жизни важно задействовать игровые, тренинговые, художественные формы работы, предполагающие активное участие школьника в совместной деятельности и способствующие более эффективному усвоению представлений о здоровом образе жизни. Кроме этого, большое значение имеет работа с родителями детей с 1 по 4 класс.

5.Разработка рекомендации по совершенствованию профилактической работы для детей младшего школьного возраста в условиях МАОУ «СПЛ» им.М.П.Бубякиной» г.Якутска.

На основании полученных в ходе выполнения исследования данных, нами были разработаны рекомендации по совершенствованию профилактической работы среди детей младшего школьного возраста в условиях МАОУ «СПЛ».

Цель разработки: совершенствование оказания всех видов профилактической помощи детям младшего школьного возраста МАОУ «СПЛ».

1. Для анализа состояния здоровья, выявления тенденций внедрить автоматизированный мониторинг здоровья учащихся.

2. Для контроля за физическим воспитанием учащихся провести мониторинг физической подготовленности школьников два раза в год.

Задачи:

1. Выработка основных двигательных навыков (обратить внимание на правильную осанку); тренировка нервно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, развитие физических качеств (быстроты, ловкости, силы, выносливости), поднятия эмоционального тонуса.

2. Контроль проведения физкультурных минуток на уроках.

3. Физкультминутки должны быть направлены на формирование правильной осанки, профилактике близорукости; релаксационные упражнения для мимики лица; игровые формы массажа.

4. Проведение уроков Здоровья.

5. Проведение анкетирования учащихся и родителей.

6. Выступление перед родителями, индивидуальные консультации родителей и школьников.

7. Усиление роли наглядной агитации, выпуск сан. бюллетеней.

Таким образом, разработанные нами рекомендации позволят обеспечить учет особенностей уровня и структуры заболеваемости, физического развития, распространенности медико-социальных факторов риска, обеспечение непрерывности преемственности и этапности в проведении профилактической работы с детьми младшего школьного возраста.

Выводы

1. В Республике Саха (Якутия), как и по Российской Федерации, наблюдается тенденция к ухудшению состояния здоровья школьников. В МАОУ «СПЛ» по показателям первичной заболеваемости наиболее заметен рост частоты болезней эндокринной системы от 71,8 (показатели на 1000 детского населения) в 2016 г. до 136,7 в 2018 г., при этом наиболее увеличен показатель ожирения и избыточного веса (от 36,2 в 2016 г. до 43,5 в 2018 г.), болезней костно-мышечной системы от 95,6 в 2016 г. до 153,6 в 2018 г., болезни органов желудочно-кишечного тракта от 65,1 в 2016 г. до 98,6 в 2018 г. и незначительный рост болезней органов дыхания от 44,6 в 2016 г. до 56,4 в 2018 г., болезни глаз и его придатков от 60,1 в 2016 г. до 78 в 2018 г.

2. Деятельность фельдшера МАОУ «СПЛ» оценивается удовлетворительно. За анализируемый период 100% детей привито против таких детских инфекций, как дифтерия, столбняк, корь, паротит, краснуха, гепатит. Ежегодно проводится вакцинация против гриппа. Благодаря этому, заболеваемость обучающихся гриппом с 2016 по 2018 год снизилась на

40%. В 2018-2019 учебном году привито от гриппа 91% обучающихся школы; проводится работа по сбережению здоровья, сохранению и укреплению здоровья.

3. Наиболее выраженное негативное влияние на состояние здоровья детей младшего школьного возраста оказывают следующие факторы: нерегулярное и реже 3 раз в день питание (51,8%), низкая физическая активность (79,4%), длительная, более 2 часов в день игра на компьютере (27,5%). У детей младшего школьного возраста представление о ЗОЖ слабое. 38(26,7 %) детей младшего школьного возраста относятся лояльно к курению и употреблению алкоголя. Поэтому требуется разъяснительная работа школьного фельдшера и родителей.

Практические рекомендации

1. На основании результатов мониторинга совместно с участковой медицинской сестрой и педиатром составить программу мероприятий по профилактике выявленных заболеваний.

2. Для повышения профессиональной значимости фельдшера МАОУ «СПЛ» в укреплении здоровья детей и проведении профилактических мероприятий необходимо взаимодействие структур, кроме управления здравоохранением (ГАУ РС (Я) ЯГБ №3) и социальным развитием, также образованием.

3. Планово проводить занятия с родителями по вопросам сохранения и укрепления здоровья в данной возрастной категории.

Список источников:

1. Айзман Р.И. Медико-биологические и социальные аспекты здоровья. Физиологические основы здоровья Новосибирск: Изд-ая компания Лада, 2015.- С. 19-36.
2. Дейнека А.Д. Факторы риска развития отклонений в состоянии здоровья и характеристика образа жизни учащихся младших // Вестник молодежного инновационного центра. – Воронеж, 2015. – Вып. 2. – С. 127-130.
3. Дрыжаков А.И. Современные аспекты адаптации младших школьников в условиях образовательного пространства // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. – Т. 12, № 2. – С. 85-89.
4. Здоровье школьника. Изд. 2-е. (Под ред. Н.В. Саввиной) – Якутск: Изд-во Якутского ун-та. – Якутск, 2015. – 210 с.
5. Колосова Т.С., Звягина Н.В., Морозова Л.В. Психофизиологические особенности развития детей младшего школьного возраста. Архангельск: Изд-во Поморского гос. ун-та, 2013. – 159 с.
6. Лапик С.В. Деятельность среднего медицинского персонала // Сестринское дело. 2014. №2. – С. 28-32.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОРГАНИЗОВАННОГО ДЕТСКОГО КОЛЛЕКТИВА В ПРОПАГАНДЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

*Драюк Алина Сергеевна – студентка 3 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Максименко Елена Алексеевна*

Здоровье – самое ценное достояние не только для каждого человека, но и для целого общества. Здоровый человек успешно выполняет различные задачи, решает основные жизненные проблемы, преодолевает трудности, а если придется, то и значительные перегрузки.

Научные данные, приведенные в различной медицинской литературе, свидетельствуют о том, что при ведении здорового образа жизни и соблюдении гигиенических правил у человека есть возможность жить до ста лет и более. К сожалению, многие не соблюдают самых простых, обоснованных наукой норм и условий здорового образа жизни.

По определению ВОЗ, *здоровый образ жизни (ЗОЖ)* – это поведение и мышление человека, обеспечивающие ему охрану и укрепление здоровья; индивидуальная система привычек, которая обеспечивает человеку необходимый уровень жизнедеятельности для решения задач, связанных с выполнением обязанностей и для решения личных проблем и запросов; система жизни, обеспечивающая достаточный и оптимальный обмен человека со средой и тем самым позволяющая сохранить здоровье на безопасном уровне.

Здоровый образ жизни состоит из нескольких компонентов, таких как:

- Рациональный режим труда и отдыха
- Адекватная физическая активность
- Рациональное питание
- Общая гигиена организма
- Закаливание
- Отказ от вредных привычек
- Благоприятная психологическая обстановка

Безусловно, выполнение всех этих условий необходимо для укрепления и сохранения как физического, так и психологического здоровья человека.

Однако, физическая активность – это ничем не заменимое универсальное средство профилактики недугов и замедления процессов старения организма. Двигательный режим человека не одинаков в разном возрасте. Однако общее состоит в том, что физическая

активность абсолютно необходима ребёнку, взрослому, пожилому человеку. Она должна быть постоянным фактором жизни, главным регулятором всех функций организма.

Физическая активность - это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий.

ВОЗ также приводит некоторые факты в отношении физической активности, среди них:

- Недостаточная физическая активность является четвертым по значимости фактором риска смерти в мире.
- Ежегодно из-за недостаточной физической активности умирает примерно 3,2 миллиона человек.
- Недостаточная физическая активность является одним из основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет.
- Физическая активность имеет важные преимущества для здоровья и способствует профилактике НИЗ.
- Каждый третий взрослый человек в мире недостаточно активен.

Для того чтобы ответить на вопрос о том, что же такое здоровый образ жизни, необходимо рассмотреть составляющие его компоненты, на основе которых и строится ведение здорового образа жизни. Одна из важнейших составляющих – адекватная физическая активность.

Во всем мире физическая активность населения, в том числе и подростков, остается на низком уровне. Об этом говорит большой доклад, опубликованный всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в мае 2014 года. Он озаглавлен «Здоровье подростков мира». Имеющиеся данные обследований указывают на то, что в отношении физической активности менее чем каждый четвертый подросток(в данной работе под подростками имеются в виду дети от 12 до 17 лет) удовлетворяет рекомендуемым руководящим принципам – 60 минут ежедневной физической активности, от умеренной до энергичной.

Образ жизни активно формируется в подростковом возрасте. Именно на этом этапе взросления важно побудить подростков к формированию полезных привычек. Это достигается последовательным и систематическим развитием мотивации и потребности в занятиях физической культурой, что будет способствовать сохранению и укреплению их здоровья. Большую роль в популяризации физической активности и спорта среди подростков могут играть медицинские сестры. Проводя санитарно-просветительную работу среди

подростающего поколения, медицинская сестра должна мотивировать их к ведению здорового образа жизни, в частности, активно заниматься физической культурой.

Несмотря на разработку правительством РФ федеральной целевой программы "Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 годы", проблема гиподинамии подростков остается неразрешенной, поэтому важно уделять большее внимание пропаганде занятий спортом, что говорит об актуальности темы «Профессиональная деятельность медицинской сестры организованного детского коллектива в пропаганде физической активности».

Цель исследования: выявить уровень физической активности у подростков среднего и старшего звена школы и разработать рекомендации для подростков и их родителей по организации режима двигательной активности.

Объект исследования – физическая активность подростков.

Предмет исследования – уровень осведомленности подростков о влиянии физической активности на здоровье.

Во время исследования были использованы методы: социологический опрос (анкетирование) и анализ полученных данных.

Объект, предмет и цель исследования определили следующие задачи:

- Изучить и проанализировать литературу по исследуемой теме.
- Рассмотреть физическую культуру как компонент здорового образа жизни.
- Проанализировать данные анкетирования по физической активности подростков.
- Разработать рекомендации для подростков и их родителей по организации режима двигательной активности.
- Разработать рекомендации для медицинской сестры школы по организации пропаганды физической активности среди подростков.

Чтобы выявить уровень физической активности у подростков и их отношение к занятиям физкультурой, была составлена анкета. В исследовании участвовали 150 учеников средней школы № 34, города Комсомольска-на-Амуре в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст участников составил 14,5 лет), учащиеся с 6-го по 11-ый классы.

Учащимся предлагалось выбрать один из вариантов ответа на вопросы анкеты, состоящей из 11 вопросов.

Исходя из полученных данных, можно описать результаты анкетирования.

Ответы на первый вопрос анкеты о половой принадлежности показали, что в исследовании участвовали 53% мальчиков (78 человек) и 47% девочек (72 человека).

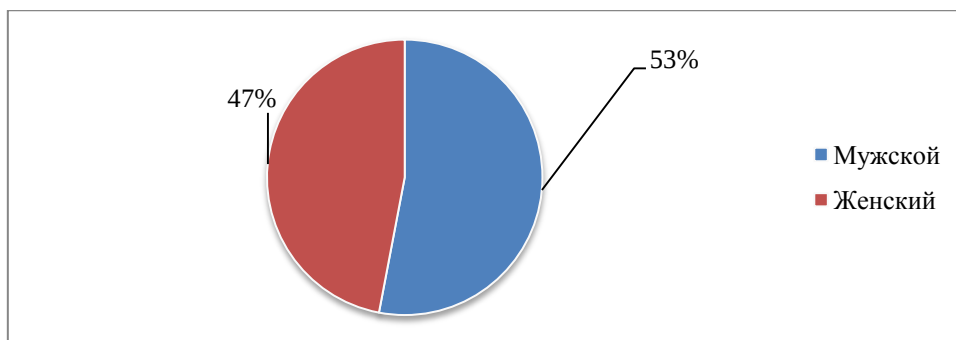


Рис. 1. «Укажите Ваш пол»

На вопрос: «Как Вы предпочитаете отдыхать?» 30% (45 человек) ответили, что предпочитают спокойные прогулки в парке, 27% (41 человек) отдыхают дома за компьютером, активный отдых предпочитают 37% подростков (55 человек), а 6% опрошенных (9 человек) воздержались ответить на этот вопрос.

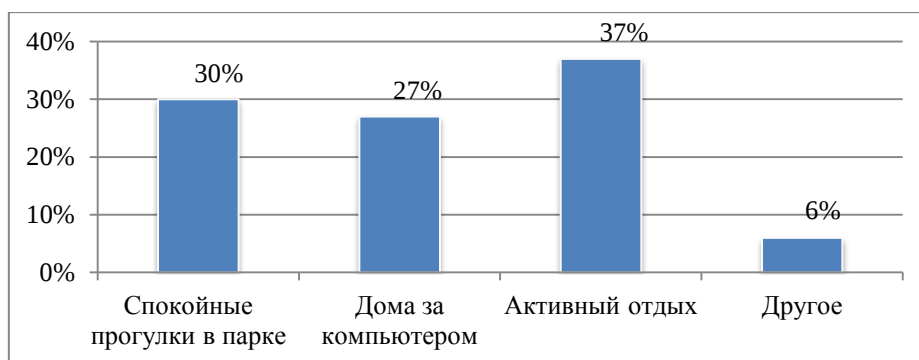


Рис. 2. «Как Вы предпочитаете отдыхать?»

На вопрос: «Сколько обычно часов Вы проводите в сидячем положении?» 5% (8 человек) сказали 4 часа или меньше, 20% (30 человек) около 5-6 часов в день проводят в сидячем положении, 31% (46 человек) 7-8 часов в день поддерживают статическое положение сидя, и большинство опрошенных, 44% (66 человек), более 8 часов в день проводят в сидячем положении.

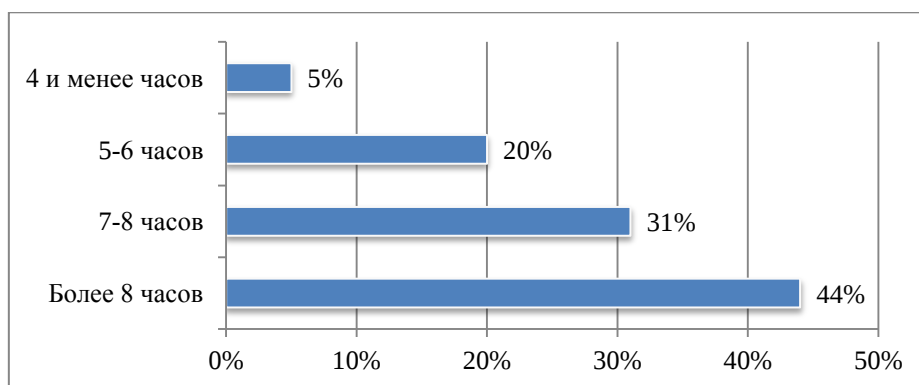


Рис. 3. «Сколько обычно часов Вы проводите в сидячем положении?»

Далее был задан вопрос: «Сколько времени Вы обычно тратите на электронные устройства (смартфон, компьютер, телевизор)?». Менее одного часа занимаются гаджетами 9% опрошенных (13 человек), 54% (82 человека) тратят 2-3 часа в день на электронные устройства, 28% (42 человека) – 4-5 часов, и 9% (13 человек) – более 5 часов.

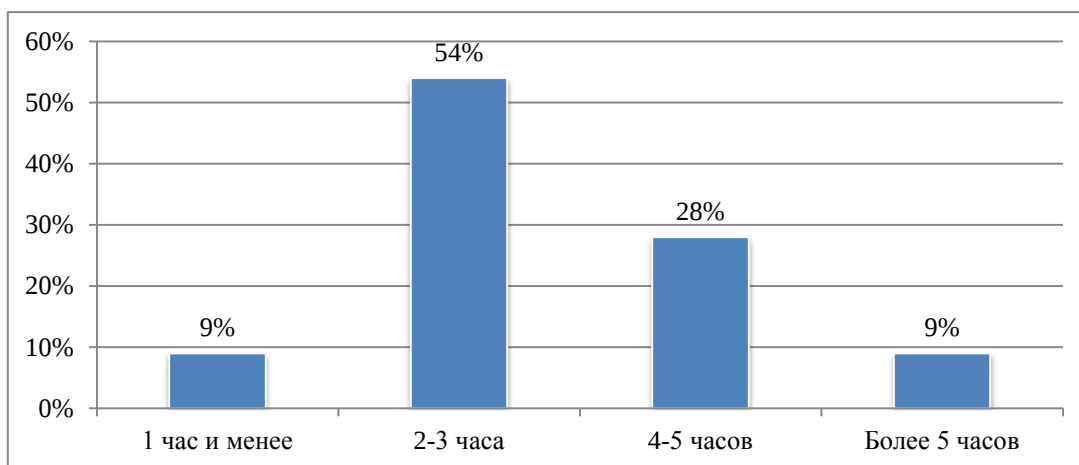


Рис. 4. «Сколько времени Вы обычно тратите на электронные устройства?»

На вопрос «Посещаете ли Вы уроки физкультуры?» 87% (130 человек) ответили «Да», 6% (9 человек) – «Нет», 7% (11 человек) – «Редко».

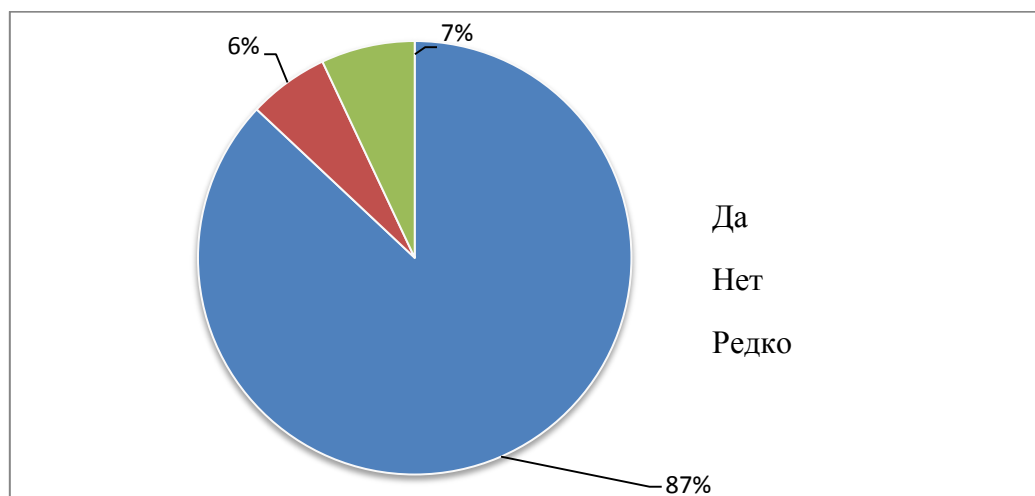


Рис. 5. «Посещаете ли Вы уроки физкультуры?»

Следующий вопрос был задан с целью, выяснить, сколько человек занимается в спортивных секциях, соответственно, занимаются интенсивными физическими нагрузками несколько раз в неделю. 59% (88 человек) ответили, что не посещают спортивную секцию, а 41% (62 человека) на этот вопрос ответили утвердительно.

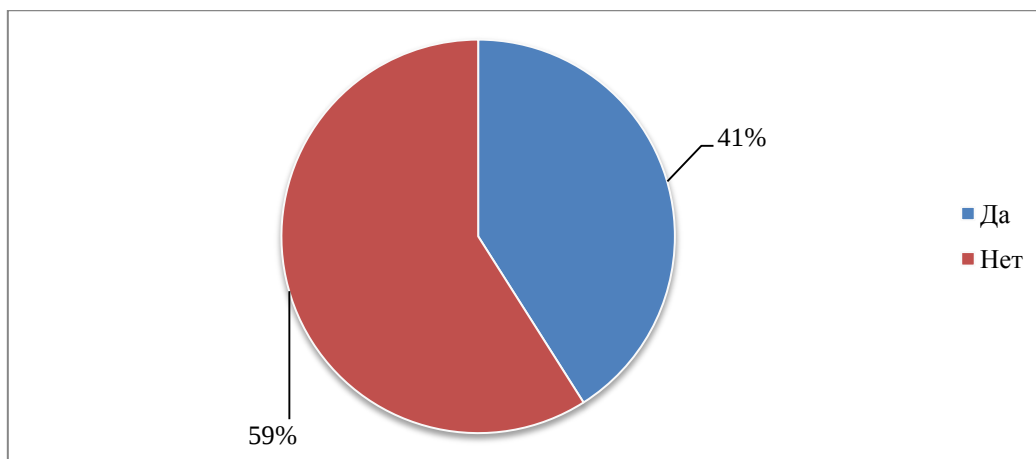


Рис. 6. «Занимаетесь ли Вы в спортивной секции?»

На вопрос: «Как часто Вы занимаетесь спортом самостоятельно?» 3,5% (5 человек) опрошенных ответили, что занимаются спортом каждый день, 39% (58 человек) занимаются спортом несколько раз в неделю, 28,5% (43 человека) – только на уроках физкультуры, а 29% (44 человека) сказали, что вообще не занимаются спортом.

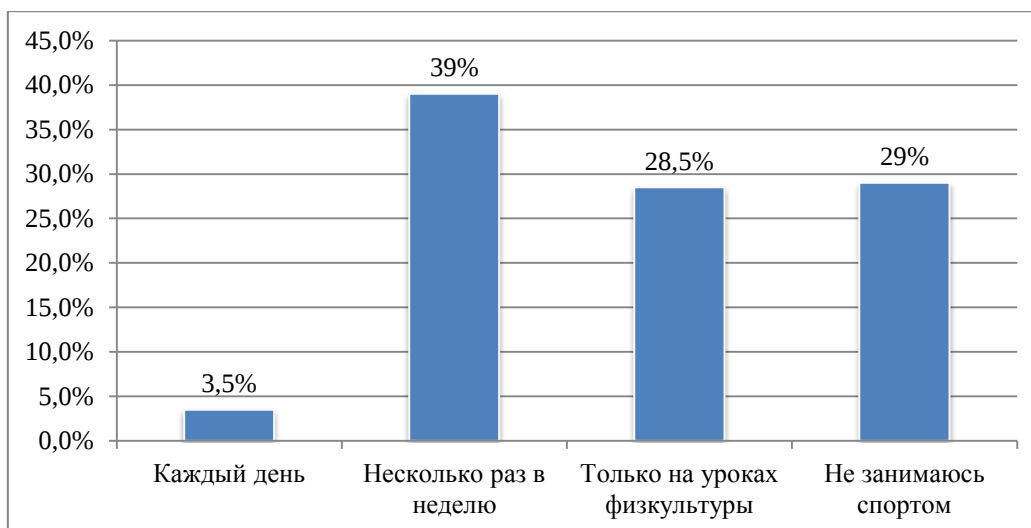


Рис. 7. «Как часто Вы занимаетесь спортом самостоятельно?»

Следующим был вопрос: «Какова обычная продолжительность Ваших пеших прогулок в течение дня?». Большинство опрошенных, 42% (63 человека), ответили, что их пешие прогулки длятся не более 20 минут в день, 33 % (49 человек) гуляют не больше 40 минут, 19 % (29 человек) – не больше 1 часа в день, и лишь 6% (9 человек) ходят пешком примерно 1,5 часа в день, что соответствует рекомендуемым нормам.

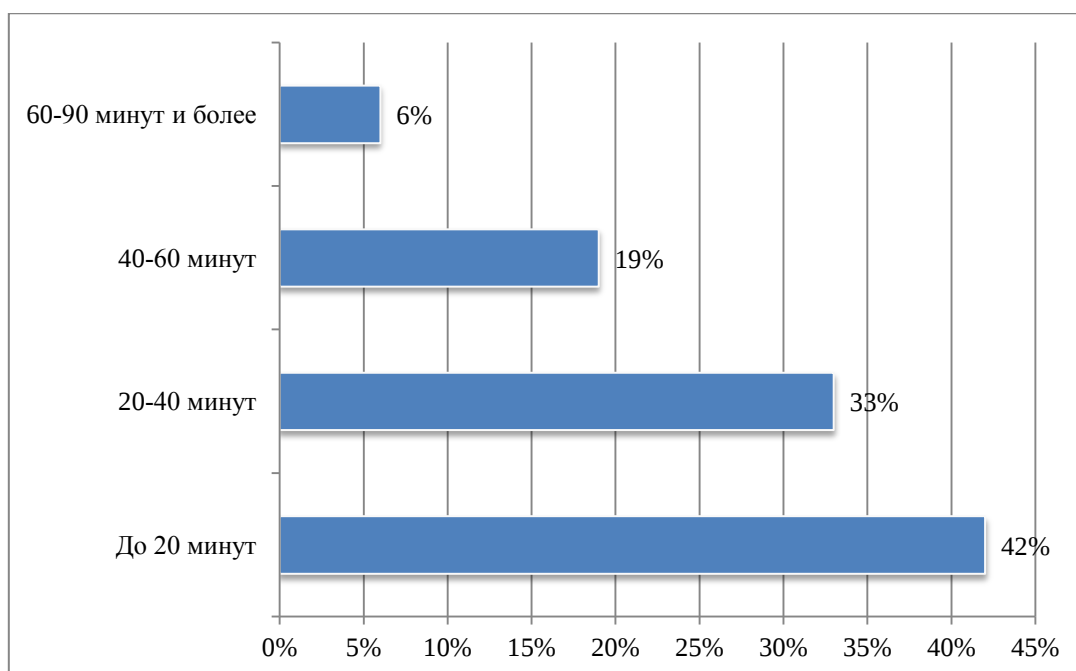


Рис. 8. «Какова обычная продолжительность Ваших пеших прогулок в течение дня?»

Далее мы спросили, делают ли подростки зарядку по утрам. 10% (15 человек) делают зарядку каждый день, 46,6% опрошенных (70 человек) делают зарядку, если есть настроение, 3,4% (5 человек) иногда делают зарядку, а 40% (60 человек) вообще не имеют такой привычки.

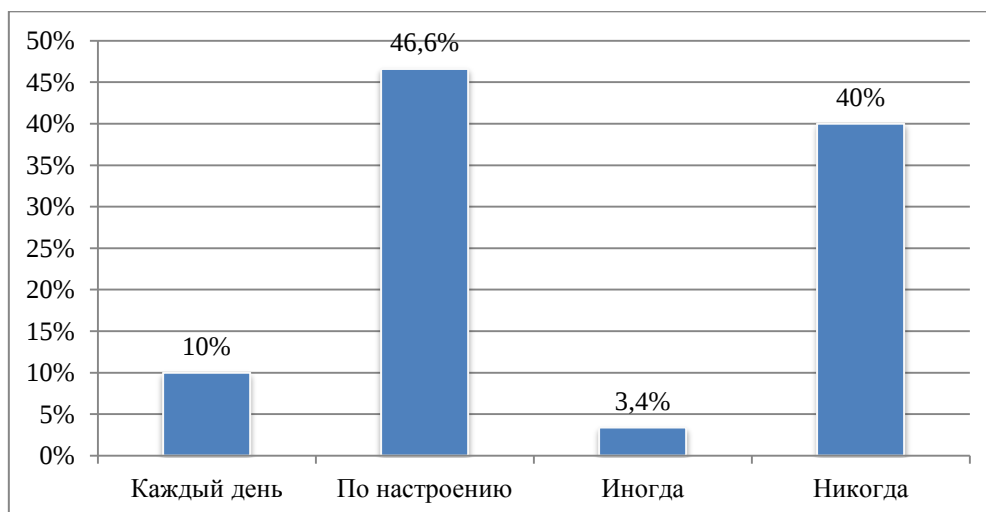


Рис. 9. «Делаете ли Вы утреннюю зарядку?»

Следующие вопросы были заданы, чтобы выяснить, как школьники относятся к урокам физкультуры в школе. На вопрос: «Участвуете ли Вы в спортивных соревнованиях класса, школы?» 39% (59 человек) ответили отрицательно, а большинство, 61% (91 человек) – положительно.

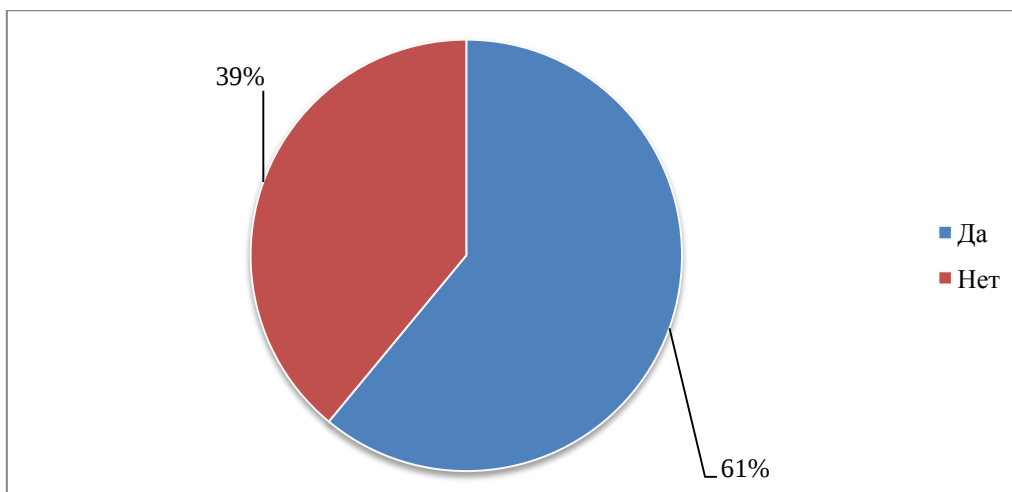


Рис. 10. «Участвуете ли Вы в спортивных соревнованиях класса, школы?»

И на последний вопрос: «Считаете ли Вы уроки физкультуры такими же важными, как и остальные?» 61% (91 человек) выбрали вариант ответа «да», 16% (24 человека) не считают физкультуру важным предметом, 23% (35 человек) затруднились ответить на этот вопрос.

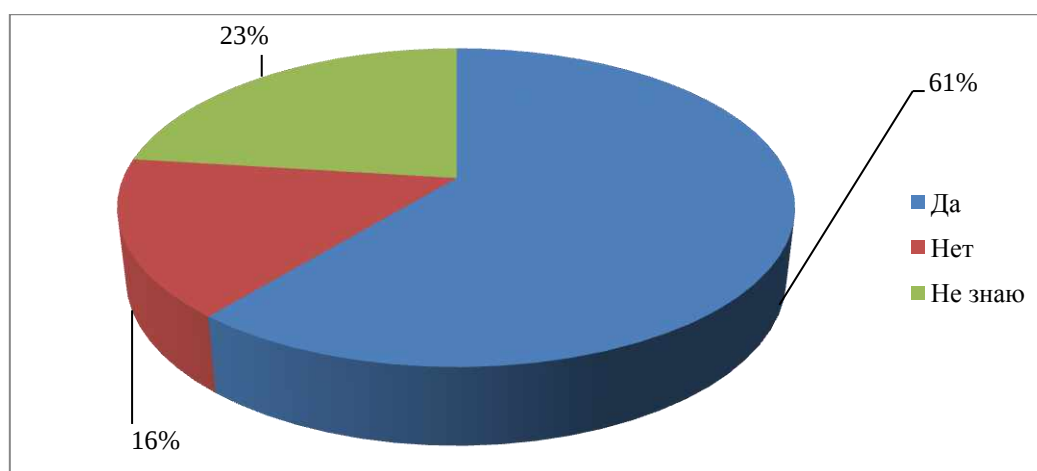


Рис. 11. «Считаете ли Вы уроки физкультуры такими же важными, как и остальные?»

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать выводы, что абсолютное большинство школьников положительно относятся к урокам физкультуры и считают её немаловажным предметом. Несмотря на это большая часть подростков предпочитает пассивные виды отдыха, занимаются спортом несколько раз в неделю, тогда как примерно треть опрошенных не занимаются спортом вообще. Около половины школьников недостаточно ходят пешком и не делают ежедневную утреннюю зарядку. 75% анкетированных больше положенного времени проводят в сидячем положении. Также увлеченность гаджетами снижает двигательную активность ребенка. Больше половины не ходят в спортивные секции, соответственно не испытывают интенсивных физических нагрузок

несколько раз в неделю. Эти результаты показали необходимость пропаганды занятий спортом среди подростков.

Формирование здорового образа жизни у населения и профилактика заболеваний являются важнейшим направлением в работе медперсонала. В связи с этим огромное значение приобретает санитарно-просветительская работа среди подросткового населения. Ведущую роль в выполнении этой работы играют медицинские работники, в частности медицинские сёстры детских поликлиник и школ. Они непосредственно причастны к реализации комплекса санитарно - просветительной работы.

Медицинские сестры должны предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать подросткам в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом, менять не всегда здоровые привычки и содействовать развитию навыков ЗОЖ.

Пропаганда физической активности не должна сводиться к формально проведенной беседе или вывешенному санбюллетеню, а осуществляться с использованием всех доступных методов индивидуального воздействия, воздействия на группу и массовой коммуникации.

Существует множество методов обучения и много возможностей для пропаганды физической активности. Важно, прежде всего, заинтересовать подростков, а затем приступить к обучению, и дать ему как можно больше информации и на примерах показать, как влияет выполнение всех условий на здоровье каждого. Медицинские сестры должны внимательно слушать пациента, его сомнения и возникшие вопросы, на которые они должны получать ответы. Но многие подростки не могут понять информационные материалы, потому что те написаны достаточно сложно. Важно, чтобы печатные материалы отвечали на интересующие подростка вопросы. Разумным является использование простого языка, коротких слов и предложений. Рисунки, «мультфильмы» или фотографии могут иногда иллюстрировать мысли лучше слов.

Необходимо добиваться, чтобы подростки были активными участниками планирования и сохранения своей здоровой жизни. Роль медсестры скорее состоит в том, чтобы помочь пациентам с таким планированием, чем в том, чтобы контролировать процесс. Во всех ситуациях медсестра должна начинать процесс обучения с установления доверия и взаимоуважения, дружелюбных отношений с пациентом. Одним из способов для этого является изучение интересов пациента и объёма уже имеющихся у него знаний. Таким образом, завязываются доверительные отношения и одновременно оцениваются потребности подростка в обучении.

Медицинская сестра школы должна уделять внимание тому, чтобы, оценив физическое состояние ребенка, его уровень тренированности, дать рекомендации, относительно конкретных видов спорта, режима двигательной активности, интенсивности физической нагрузки для каждого ребенка. Эти рекомендации целесообразно давать совместно с учителем физкультуры, так как он непосредственно обучает подростка физическим упражнениям. Также учитель физкультуры и медицинская сестра могут организовывать тематические уроки и дни здоровья, делать эти мероприятия увлекательными для детей с подвижными играми и конкурсами. Для эффективной работы устные рекомендации желательно дополнять информационными материалами, поэтому нами был разработан буклет, в котором отражена информация о пользе физической активности, рекомендации по её планированию, а также практические советы для школьников.

Ученики средних и старших классов в беседе по пропаганде физической активности должны получить знания по анатомии, физиологии, сведения о заболеваниях, связанных с гиподинамией. В этих беседах необходимо затрагивать вопросы сохранения здоровья за счет закаливания, занятий спортом, физических упражнений, рационального режима дня, рационального питания и полноценного сна.

Рекомендуется дополнять лекцию (беседу) показом видеофильмов по обсуждаемой проблеме и использовать современную мультимедийную аппаратуру.

Все наглядные материалы, которые демонстрируются при выступлениях перед аудиторией, должны быть эстетически оформлены, призывать к здоровому образу жизни и сохранению здоровья. При этом не рекомендуется использовать устрашающие изображения, например, черепа, костей, шприцев и т.д.

Чтобы ребенок был физически активным, такой образ жизни должен пропагандироваться в семье, то есть родители должны постоянно подавать пример своим детям, много двигаясь, бывая с ними на свежем воздухе и т.п.

Организованного спорта для детей недостаточно. Родители должны поощрять детей быть активными ежедневно: ходить пешком, кататься на велосипеде, прыгать через скакалку, упражняться на комплексах на детских площадках и т.д.

В школу детям лучше ходить пешком, даже если это не очень близко от дома, а не ездить на машине. Вместе эскалатора или лифта лучше подниматься пешком по лестнице. Нужно постараться привлекать детей к домашним делам: покупка продуктов, уборка, уборка листьев или снега.

Родителям важно обеспечить полную безопасность ребенка при его активных занятиях, особенно при таких видах физической активности, как: езда на велосипеде, катание

на роликах и скейтбордах, игра в футбол. Обязательно использование средств индивидуальной защиты (наколенники, перчатки, шлемы).

Выступая перед родителями на родительских и классных собраниях, необходимо обеспечивать их информационными материалами (памятки, буклеты) по организации режима двигательной активности их детей-подростков, объяснять необходимость соблюдения такого режима, поощрять родителей ненавязчиво контролировать своего ребенка, так как не все подростки славятся своей сознательностью и ответственностью.

Применяя в своей работе эти рекомендации, медицинская сестра сможет успешно проводить санитарно-просветительскую работу среди подростков и их родителей, а значит, поможет им быть физически активными, избежать гиподинамии и снизить риск возникновения множества заболеваний.

Итак, нами была изучена проблема снижения двигательной активности школьников среднего и старшего звена. Мы выяснили, что двигательная активность рассматривается специалистами как одно из основных звеньев, составляющих здоровый образ жизни, обеспечивающие нормальное функционирование всего организма. При недостаточной двигательной активности ребенка (гипокинезии) неизбежно происходит ухудшение развития двигательной функции и снижение физической работоспособности ребенка.

В изученной нами научно-методической литературе представлены некоторые принципы мотивирования подростков к занятиям физкультурой и спортом. Эту информацию медсестрам целесообразно использовать в своей работе, проводя профилактические беседы с подростками.

Диагностика уровня двигательной активности детей среднего и старшего школьного возраста проводилась с помощью разработанной нами анкетой. Проанализировав результаты анкетирования, мы можем сделать вывод, что в настоящее время уровень физической активности подростков невысок, так как лишь 25% опрошенных удовлетворяют рекомендуемым нормам физической активности – 60 минут в день. Эти результаты доказали необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди школьников в целях повышения их двигательной активности.

Для того чтобы профилактические беседы были эффективными, необходимо дополнять устные рекомендации материалами в виде памяток, буклетов, презентаций, видеороликов, представленных понятным для школьников языком. Например, разработанный нами буклет можно использовать в беседах с подростками, а также раздавать на родительских собраниях, так как родители играют ключевую роль в формировании активного образа жизни своих детей.

На основании результатов проведенных исследований нами были разработаны следующие предложения:

1. Регулярно анкетировать школьников с целью выявления уровня двигательной активности.
2. На основе полученных данных разрабатывать рекомендации для родителей по организации режима двигательной активности их детей.
3. Организовывать и проводить тематические уроки совместно с учителем физкультуры.
4. Выступать на родительских собраниях на тему физической активности детей.
5. Организовывать дни здоровья.
6. Организовывать санитарно-просветительную работу, а именно: составлять и оформлять санитарные бюллетени, информационные буклеты о двигательной активности подростков.

Таким образом, были выполнены задачи и достигнута цель, поставленная вначале исследования: выявить уровень физической активности у подростков среднего и старшего звена школы и разработать рекомендации для подростков и их родителей по организации режима двигательной активности.

Список источников:

1. Абаскалова Н.П. Теория и практика формирования здорового образа жизни учащихся и студентов в системе школа - вуз: автореф. докт. дис., Барнаул, 2014. - 48 с.
2. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Физическая культура: молодежь и современность // Теория и практика физической культуры, 2012, №4, - С.2 - 7.
3. Дуркин П.К., Лебедева М.П. К решению проблемы формирования здорового образа жизни населения России. // Теория и практика физической культуры - 2012, №8. - С. 2
4. Казначеев В.П. Основание формирования программы общей и частной валеологии // Валеология. 2016, №4, с. 75-82.
5. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. - М: ГЦОЛИФК, 2012. - 120 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗРЕНИЕ ДЕТЕЙ

*Коваль Наталья Сергеевна – студентка 3 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Еремеева Елена Владимировна*

Всего за несколько десятилетий наш мир изменился до неузнаваемости: нам уже сложно представить повседневную жизнь без телевизоров, компьютеров, планшетов и

смартфонов. Тянутся к этим умным устройствам и дети, причем, с каждым годом первое знакомство с техникой происходит все раньше. И это не удивительно, ведь сегодняшние дети родились в век масштабной компьютеризации.

Современные информационные технологии открывают детям доступ к различным источникам информации, повышают эффективность самостоятельной работы, дают совершенно новые возможности для творчества, обретения и закрепления различных навыков, позволяют реализовать принципиально новые формы и методы обучения с применением средств концептуального и математического моделирования явлений и процессов. Отмечаются улучшение грамотности и развитие речи детей через телекоммуникационное общение, повышение их интереса к учебе и, как следствие, общий рост успеваемости.

Скорость накопления словарного запаса при компьютерной поддержке повышается в 2-3 раза. Но, пройдя жизненный путь от детского сада и до периода взросления, воздействие информационных технологий полезным и даже нейтральным не назовешь. При неправильной эксплуатации и злоупотреблении компьютером, телевизором, гаджетами, последствия для здоровья могут быть достаточно серьезными. Особую угрозу мультимедийные девайсы представляют для зрения.

Известно, что основную информацию об окружающем мире человек получает с помощью зрения. Ведь благодаря глазам ребенок познает мир, взаимодействует с людьми и приобретает необходимые в жизни навыки межличностного общения. У детей с высокой мотивацией к информационным технологиям выявляются существенные сдвиги в функциональном состоянии организма: у каждого 3-го из них диагностируется выраженное утомление. Установлен утомляющий эффект мелькающего изображения. Это может быть обусловлено тем, что ритмические сигналы, исходящие от дисплея, провоцируют приступы мимолетных, иногда на доли секунд, перерывов в сознании (абсансы) без моторных и вегетативных эффектов или коротких приступов дурноты, удушья. Нечеткое изображение на экране, приводящее к постоянной «поднастройке» хрусталика глаза, т.е. поиском оптимума зрительного восприятия, может повлечь за собой переутомление мышечного аппарата глаза и последующее снижение зрения. Оценка функционального состояния зрительного анализатора при работе на компьютере или мультимедийном девайсе показывает, что работа в течение 45 мин приводит к достоверному снижению устойчивости аккомодации. Более длительная работа усугубляет этот процесс и обуславливает появление и увеличение остаточного напряжения цилиарной мышцы или спазма аккомодации. В основе возникновения этих расстройств лежит повышенная судорожная готовность детского

организма. Известные случаи «телевизионной эпилепсии» усиливают важность этой проблемы.

Именно сегодня актуально говорить о тех перегрузках на орган зрения, которые испытывает ребенок в наш век, озаглаженный колоссальным объемом информации, более 80% которой поступает через зрительный канал связи. Поскольку организм ребенка очень восприимчив ко всякого рода воздействиям, именно в детском возрасте зрению должно быть уделено особое внимание.

Основными задачами ДОО являются охрана жизни и укрепление здоровья детей, обеспечение интеллектуального, личностного и физического развития ребенка, осуществление необходимой коррекции отклонений в развитии ребенка, приобщение детей к общечеловеческим ценностям, взаимодействие с семьей для обеспечения полноценного развития ребенка. Все общеобразовательные учреждения должны быть укомплектованы квалифицированными кадрами средних медицинских работников, врачей-педиатров.

Задачами медицинского обеспечения в образовательных учреждениях является:

1. выявление и профилактика факторов риска развития заболеваний (значительные учебные нагрузки, низкая двигательная активность, нерациональное питание, курение, употребление алкоголя и наркотиков, ранняя сексуальная жизнь, социальное неблагополучие в семье);
2. проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
3. гигиеническое обучение детей, педагогов и родителей, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни;
4. проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, в том числе организация вакцинопрофилактики;
5. организация профилактических медицинских осмотров (динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка) и диспансерного наблюдения детей, контроль (совместно с участковым педиатром) за медицинской подготовкой юношей к военной службе;
6. оздоровление детей со школьно обусловленными отклонениями в здоровье (нарушения опорно-двигательного аппарата, зрения, ЛОР-органов, невротические расстройства и расстройства органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы);
7. взаимодействие с педагогами и психологами образовательных учреждений, с родителями учащихся по предупреждению заболеваний и оздоровлению детей и подростков;
8. медицинская профорientация;
9. обеспечение готовности и оказание при необходимости экстренной медицинской помощи.

Научно-технический прогресс диктует новые требования к содержанию и организации образовательного процесса. Появляются новые технологии и средства информатизации, которые благодаря приоритетному национальному проекту «Образование» активно поступают в российские образовательные учреждения, в том числе и дошкольные. В связи с этим, существенно повышается роль медицинского работника ДОО по формированию здорового образа жизни детей.

Цель исследования: Систематизация знаний о пагубном влиянии информационных технологий на зрение, изучение правил и норм работы за мультимедийными устройствами, исследование соблюдения воспитанниками ДОО данных правил и норм.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать теоретические источники, научные изыскания по теме исследования:
 - проанализировать влияние информационных технологий на зрение и развитие близорукости (миопии).
 - изучить клинические проявления миопии;
 - проанализировать динамику количества детей, страдающих миопией в ДОО.
2. Выявить и обосновать полученные на практике результаты исследования.
3. Составить рекомендации на основе полученных данных для медицинских работников ДОО и родителей по сохранению зрения детей.

Объект исследования: Воспитанники ДОО.

Предмет исследования: Информационные технологии и их влияние на зрение и на развитие близорукости (миопии).

Методы исследования:

1. Частично-поисковый (сбор данных медосмотров за последние 2 года);
2. Социологический (беседа, опрос).
3. Описательный (при анализе данных анкетирования);
4. Графический (построение диаграмм);
5. Сравнительный (при сравнении данных числа компьютеров дома у воспитанников и количества детей, страдающих миопией);

Количество времени, проводимого современными детьми за мерцающими экранами телевизоров, планшетов, компьютеров и смартфонов, не может не вызывать опасений относительно влияния их на глаза. Не испортится ли зрение от того, что дети постоянно сидят у монитора? Не влияет ли на их глаза излучение современной техники? Опасность такая действительно присутствует, и уже довольно многие маленькие дети посадили себе

зрение из-за безответственности их родителей, работников образования, медицинских работников.

Компьютер, планшет и смартфон – во многих семьях, да и образовательных учреждениях выступают в роли няньки. Дети сидят перед ним часами, не отводя глаза от экранов. Количество различных программ, специально написанных для детей, только усугубляет эту ситуацию, делая эти устройства ещё более востребованными игрушками. Но нельзя забывать, что спокойствие и занятость ребёнка могут потом обойтись дорогой ценой.

Зрение ребенка, в отличие от зрения взрослого человека, находится в процессе становления и совершенствования. С первых дней жизни ребенок видит окружающий его мир, но лишь постепенно начинает разбираться в том, что он видит. Параллельно с ростом и развитием всего организма наблюдается и большая изменчивость всех элементов глаза, формирование его оптической системы. Это длительный процесс, особенно интенсивно протекающий в период между годом и пятью годами жизни ребенка. В этом возрасте значительно увеличивается размер глаза, вес глазного яблока, преломляющая сила глаза.

Глаза детей раннего возраста характеризуются небольшой дальнозоркостью (1–3 диоптрии), вследствие шарообразной формы глазного яблока и укороченной переднезадней оси глаза.

К 7-12 годам дальнозоркость (гиперметропия) исчезает и глаза становятся эметропическими, в результате увеличения переднезадней оси глаза. Однако у 30-40% детей, вследствие значительного увеличения переднезаднего размера глазных яблок и, соответственно удаления сетчатки от преломляющих сред глаза (хрусталика), развивается близорукость.

Следует отметить, что среди учащихся, поступающих в первый класс, от 15 до 20% детей имеют остроту зрения ниже единицы, правда, значительно чаще вследствие дальнозоркости. Совершенно очевидно, что аномалия рефракции у этих детей приобретена не в школе, а появилась уже в дошкольном возрасте. Эти данные говорят о необходимости самого пристального внимания к зрению детей и максимального расширения профилактических мероприятий. Начинать их следует с дошкольного возраста, когда еще можно способствовать правильному возрастному развитию зрения.

Почему и как следует ограничивать ребёнка в пользовании смартфоном, планшетом, компьютером? В любом случае, когда дети или взрослые заняты работой, связанной с напряжением зрения, их глаза утомляются. Мышцы, которые управляют глазами и фокусируют их на определенном предмете, просто устают от чрезмерной нагрузки. Потенциальная усталость глаз существует при любой работе, в которой участвует зрение, но наиболее велика она, когда нужно рассматривать объект на близком расстоянии.

Мы выяснили, что факторами, наиболее сильно влияющими на зрение, являются:

1. Несовершенство способов создания изображения на экране дисплея, монитора.

Эта группа факторов включает в себя:

- неоптимальные параметры схем развертки ЭЛТ;
 - несовместимость параметров монитора и графического адаптера;
 - недостаточно высокое разрешение монитора, расфокусировка, несведенные лучи и низкий уровень других его технических характеристик;
 - избыточная или недостаточная яркость изображения.
2. Непродуманная организация рабочего места, которая является причиной:
 - отсутствия необходимого уровня освещенности рабочих мест;
 - несоблюдения расстояния от глаз до экрана.
 - наличия бликов на лицевой панели экрана;
 - неправильно подобранная детская мебель.

В ходе исследования мы выяснили, что лишь какое-то непродолжительное время ребенок до трех лет способен работать со смартфоном или планшетом осознанно, а затем он начинает тыкать в него пальцем в жажде услышать звуки и увидеть сверкающие картинки. Его глаза напрягаются, перестают моргать, глазные яблоки пересыхают от недостатка смачивающих их при моргании жидкостей. В результате у ребёнка начинают болеть глаза, он капризничает, становится нервным, раздражительным, перепады настроения только усиливаются.

Блики относятся к факторам, которые очень сильно мешают воспринимать информацию с экрана монитора, дисплея. Они заставляют неосознанно менять положение головы и корпуса, напрягать зрение, чтобы прочесть нужную информацию на экране. При этом глаза испытывают дополнительное напряжение, происходит увеличение нагрузки на шею, спину, плечи и руки, что приводит к быстрой утомляемости всего организма. Блики создает любой пучок света, отраженный экраном дисплея и попавший на оболочку глаза. Их источниками могут быть расположенные напротив экрана яркие поверхности, светлое оборудование, осветительные приборы, не зашторенные окна, часто – светлая одежда. Плохо сказываются на зрении неудачный подбор цвета, шрифтов, компоновки окон в используемых программах, неправильное расположение экрана. Глаза устают так как, мышцы, которые ими управляют, еще не окрепли, а перегрузка глаз приводит к потере остроты зрения.

Нередко при длительной работе за компьютером, смартфоном, планшетом появляются болезненные ощущения в глазах, становится больно моргать, ими шевелить, появляется жжение, либо ухудшается четкость зрения и двоится в глазах. Эти симптомы

называют «компьютерным зрительным синдромом». С подобным явлением знакомы практически все люди, играющие в игры без перерыва по несколько часов в день.

Сидя за компьютером или с планшетом (смартфоном, телефоном), дети длительное время находятся в одной позе с перекошенной спиной и/или постоянно опущенной головой, уставившись в экран гаджета. Это пагубно сказывается не только на осанке, но и на зрении, т.к. способствует развитию близорукости, а концентрация на маленьких объектах на экране в течение длительного времени вызывает сухость глаз, из-за чего может произойти их воспаление и дальнейшее инфицирование.

Работа с любым гаджетом технически сводится к введению или чтению текста, рисованию или изучению деталей рисунков, чертежей. Во время такой работы глаза реагируют на самую мелкую вибрацию текста или картинки, а тем более мерцание экрана. Если ребенок увлечен игрой, то часто «забывает» моргать, при этом роговица глаза становится сухой и обветривается, из-за этого при моргании появляются болезненные ощущения. Вообще на глаза негативно действует любое занятие, требующее усиленной концентрации зрения на каком-либо предмете, поэтому зрению нужен регулярный отдых, а компьютерные игры нередко имеют свойство затягивать.

Изучив медицинскую литературу и проанализировав информацию из различных источников, мы выяснили, что разные мультимедийные девайсы оказывают на зрение разное воздействие. Так, наиболее безопасным на данный момент остаётся телевизор, благодаря тому, что диагональ экрана большая, следовательно, и объекты на нём наиболее крупные, а самого ребёнка можно посадить на почтительном расстоянии от него. Причем независимо от диагонали экрана, реальных оснований для ограничений его просмотра даже для детей с близорукостью нет, просто нужно смотреть его в очках.

Чуть хуже сказывается на здоровье компьютерный монитор, поскольку, работая за ним приходится обычно сидеть перед клавиатурой и мышкой, а сам он поменьше размером. То есть, здесь играют роль два критерия: диагональ и дистанция до экрана. И смартфон с планшетом оказываются, таким образом, самыми опасными. Не только потому, что в их графике полно мелких деталей, но также ещё и потому, что так трудно проконтролировать правильное расстояние до глаз. Ведь у ребёнка нет понимания необходимости контролировать дистанцию, он вполне может прильнуть к маленькому экранчику буквально вплотную, в естественном стремлении всё разглядеть, и в этом случае влияние монитора на зрение детей, конечно, будет максимально негативным. Держать гаджеты нужно на расстоянии полусогнутой руки, это касается и обычной книги. Также не стоит забывать и об уровне яркости экрана, в помещении этот показатель нужно устанавливать на уровне одной трети от максимальной.

Во избежание вреда здоровью ребёнка в виде снижения остроты зрения, возникла потребность в установлении условных ограничительных мер – норм времени, в течение которого находиться за компьютером, мультимедийным девайсом безопасно. Нормы времени, которое ребёнку можно проводить за компьютером, носят лишь рекомендательный характер.

Большинство рекомендуемых детям норм времени было разработано и опубликовано в медицинской литературе ещё на заре компьютерной эры, когда персональный компьютер именовали электронно-вычислительная машина (ЭВМ). Эти нормы характерны для ЭВМ образца конца 80-х годов прошлого века:

Рекомендуемые нормы времени работы для ЭВМ образца
конца 80-х годов прошлого века

Возраст	Нормы времени
5 лет	не более 7 минут в день
6 лет	10 минут в день
7-9 лет	15 минут в день
13-14 лет	25 минут в день
15-16 лет	30 минут в день

Современные компьютеры, планшеты, смартфоны постепенно вытесняют в быту телевизоры, взяв на себя функции последних. Сейчас мультимедийные девайсы для ребёнка – это и интернет (где больше всего детей интересуют онлайн-игры), и обучающие программы, и просмотр мультфильмов, кинофильмов, видеороликов. Поэтому то время, которое раньше ребёнок проводил перед экраном телевизора, сегодня он тратит на другие мультимедийные устройства.

Каждое новое поколение ПК является более усовершенствованным по сравнению с предыдущим и повышает степень защиты от негативного влияния экрана дисплея на органы зрения. Таким образом, учитывая тенденции эры глобальной компьютеризации, актуальные для второго десятилетия 21-го века, нормы времени, которое можно сидеть за компьютером и девайсами детям, переставлены в таблице 1.

Таблица 1

Рекомендуемые нормы времени работы с мультимедийными устройствами

Возраст	Нормы времени
5 лет	1 час в день
6 лет	1 час 15 минут в день
7-9 лет	1,5 часа в день
10-12 лет	2 часа в день
13-14 лет	2,5 часа в день
15-16 лет	3 часа в день

Нельзя не учитывать тот факт, что многие исследования, доказывающие безвредность длительного пребывания за ПК и прочими высокотехнологичными устройствами, спонсируются их производителями. Можно ли считать полученные результаты объективными? Думается, что нет. Очевидно, что делать обоснованные выводы можно лишь на основании продолжительных по длительности независимых экспериментов. Такие исследования должны финансироваться на государственном уровне, однако на сегодняшний день средства на это не выделяются или выделяются в недостаточном объёме.

Что касается ограничений в использовании смартфонов и планшетов по времени, то они противопоказаны ребятам, у которых уже обнаружена близорукость. Детям с дальновзоркостью в некоторых случаях даже рекомендуют заниматься с гаджетами для коррекции зрения. Детям с нормальным зрением жесткие ограничения не обязательны, независимо от возраста, но опять же при условии, что ребенок в целом ведет нормальный образ жизни, полноценно гуляет и занимается спортом.

Оснащение образовательных учреждения для детей правильно подобранной мебелью и ее наличие в домашних условиях имеют важное значение для охраны здоровья детей. Гигиенические требования, предъявляемые к детской мебели, основываются на современных данных антропометрии, физиологии, эргономики и способствуют гармоничному физическому развитию детей, выработке у них правильной осанки, длительному сохранению работоспособности, профилактике нарушений зрения и опорно-двигательного аппарата.

Необходимо иметь в виду, что время, которое ребёнок проводит за компьютером и мультимедийными девайсами, требует большого зрительного напряжения, гораздо большего, чем чтение книг. Поэтому очень важно правильно организовать рабочее пространство за столом. Центральная часть монитора должна находиться на уровне глаз или немного ниже, а расстояние от глаз до монитора должно быть минимум 50-70 см.

Вечером не рекомендуется сидеть за компьютером или девайсом в темноте. Чтобы избежать резкого перепада освещения и лишней нагрузки на глаза ребёнка, следует включать настольную лампу. Периодически необходимо делать паузы, во время которых выполнять гимнастику для глаз. Несоблюдение вышеуказанных условий может спровоцировать ухудшение зрения, появление синдрома «сухого глаза».

Чтобы потенциально увеличить время, которое можно сидеть за компьютером детям, желательно покупать современный жидкокристаллический монитор или качественный ноутбук, смартфон. Необходимо правильно настраивать параметры монитора: яркость и контрастность подстраивать так, чтобы глазам было комфортно, а на «рабочий стол» устанавливать спокойную картинку, без резких перепадов. Частота обновления экрана должна быть максимальной, 100 Гц и более, если позволяет оборудование.

Короткие волны синего света, которые излучает экран телефона, являются наиболее вредными для зрения. Свет от экранов заставляет глаза напрягаться и может привести к болезням: повреждению сетчатки, макулодистрофии и катаракте. Поэтому, чтобы сохранить хорошее зрение, офтальмологи рекомендуют всем, кто пользуется телефоном, компьютером и другими гаджетами более 2 часов в день, приобрести специальные защитные очки.

Одним из важнейших компонентов условий жизнедеятельности ребенка является естественное и искусственное освещение. Все помещения, где ребенок работает за дисплеем, должны иметь естественное освещение. В помещениях должно предусматриваться боковое левостороннее освещение. При двустороннем освещении, которое проектируется при длине учебных помещений более 6 м, обязателен правосторонний подсвет, высота которого должна быть не менее 2,2 м. При этом недопустимо направление светового потока спереди и сзади от воспитанников. Уровень естественного освещения, оцениваемый по коэффициенту естественного освещения, в учебных помещениях при одностороннем боковом естественном освещении на расстоянии 1 м от стены, противоположной световым проемам, должен быть 1,5%, т.е. составлять 1,5% от освещенности на этом же уровне, но на улице.

Важным условием нормальной работы зрительного анализатора человека является не только достаточность, но и равномерность освещения. Неравномерность естественного освещения учебных помещений не должна превышать 3:1. Светопроемы учебных помещений должны быть оборудованы регулируемыми солнцезащитными устройствами типа жалюзи, тканевыми шторами светлых тонов, сочетающимися с цветом стен, мебели. В нерабочем состоянии шторы должны размещаться в простенках между окнами. Запрещается применять шторы из поливинилхлоридной пленки.

Для отделки учебных помещений должны использоваться отделочные материалы и краски, создающие матовую поверхность. Для максимального использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений нельзя закрашивать оконные стекла, расставлять на подоконниках цветы (их размещают в переносных цветочницах высотой 65-70 см от пола или подвесных кашпо в простенках окон); деревья необходимо сажать не ближе 15 м, а кустарник – не ближе 5 м от здания. Очистка и мытье стекол должны проводиться 2 раза в год (осенью и весной).

В учебных помещениях должны быть обеспечены нормируемые уровни освещенности и показатели качества искусственного освещения (показатель дискомфорта и коэффициент пульсации освещенности) в соответствии с требованиями СНиП 23-05-95. Запрещается использовать в одном помещении люминесцентные лампы и лампы накаливания. Использование новых типов ламп и светильников обязательно должно согласовываться с органами Роспотребнадзора.

При использовании диа- и кинопроекторов освещенность на столах воспитанников должна быть 500 лк. При этом следует применять только местное освещение или создавать систему «функционального» искусственного освещения с «темным коридором» перед экраном.

Сравнительный анализ ежегодных результатов осмотров в ДОУ показывает, что распространенность заболеваний глаз среди детей и подростков неуклонно растёт. Поэтому, по нашему мнению, в программу профилактики и оздоровления детей в образовательных учреждениях должны включаться следующие разделы:

1. Профилактика возникновения нарушений зрения и оздоровление учащихся с миопией;
2. Формирование здорового образа жизни детей и подростков, гигиеническое обучение и воспитание;
3. Составление рекомендаций родителям по оздоровлению детей и подростков в домашних условиях.

Осуществление рекомендуемых профилактических и оздоровительных технологий возможно без нарушений образовательного процесса. Предложенная система не требует для своей реализации капитальных финансовых вложений, однако предполагает наличие необходимого медицинского оборудования и инструментария, укомплектованности учреждения медицинскими работниками согласно штатному расписанию, а также соответствующей подготовки медицинских работников и педагогов по вопросам профилактики, оздоровления и соблюдения санитарно-гигиенических требований к условиям обучения.

Наибольшая эффективность при использовании профилактических и оздоровительных программ наблюдается при систематическом проведении их, начиная с ДОУ. По результатам исследования нами были разработаны рекомендации для педагогов, медицинских работников ДОУ и родителей воспитанников «Профилактика миопии у детей с предмиопическими состояниями» включающие:

- а) рекомендации по правильному рассаживанию детей в кабинете, с учетом освещения и подбором мебели;
- б) рекомендации по соблюдению норм времени работы с мультимедийными устройствами;
- в) организация специальной гимнастики для глаз в середине занятия;
- г) лекции и беседы для родителей детей с предмиопией и миопией об организации зрительного режима, тренировке аппарата аккомодации в домашних условиях.

При проведении профилактики миопии и оздоровлении зрения необходимо учитывать тот факт, что все мероприятия необходимо проводить только после осмотра детей офтальмологом. С учетом рекомендаций офтальмолога, нами были разработаны памятки для воспитанников и их родителей, а также для медицинских работников ДООУ, которые в свою очередь должны, с целью повышения уровня информированности о возможных последствиях длительной и непрерывной работы за мультимедийными устройствами, проводить целенаправленную работу по формированию ЗОЖ среди воспитанников.

Список источников:

1. СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».
2. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных организациях».
3. СанПиН 2.2.2./2.4.1.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
4. Кучма В.Р. Гигиеническая безопасность использования компьютеров в обучении детей и подростков / В.Р. Кучма, М.И. Степанова, Л.М. Текшева. Под ред. В.Р. Кучмы. – М.: Просвещение, 2013. – 224 с.
5. Кучма В.Р. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся / под ред. члена-корр. РАН В.Р. Кучмы. М.: ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, 2016. – 610 с.
6. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 480 с.
7. <http://refleader.ru/nameratypol.html>

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

*Михайлова Елена Анатольевна - студентка 3курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Духовникова Евгения Андреевна*

Люди очень мало времени уделяют своему здоровью. Ведут малоподвижный образ жизни. К сожалению, у многих сложилось твердое убеждение, что вопрос здоровья или не здоровья целиком и полностью зависит от врачей. Однако в последнее время ученые доказали обратное. «Здоровье человека только на 10 % зависит от системы здравоохранения, на 20 % от наследственности, на 50 % от образа жизни и на 20 % от окружающей среды».

В современном мире с появлением инновационной бытовой техники, которая значительно облегчила трудовую деятельность человека, но при этом сократилась его двигательная активность. Лучше всего избегать как лени и праздности, так и чрезмерных физических нагрузок. Чрезмерная физическая нагрузка так же пагубно влияет на организм.

Все перечисленное снижает функциональные возможности человека и способствует появлению различных заболеваний.

Разумным выходом, в этом случае, будут занятия оздоровительной физической культурой, которая способствует укреплению организма. Физическая культура способствует профилактике и оздоровлению организма, что является очень важным, для людей, имеющих различные заболевания.

Физическая культура – это неотъемлемая часть общей культуры. В наше время – время значительных социальных, экономических, политических и других проблем профессионального и бытового порядка очень важно, чтобы человек обладал крепким здоровьем и был стрессоустойчив. Влияние неблагоприятных факторов на здоровье человека настолько велико, что внутренние защитные функции самого организма не в состоянии справиться с ними. Лучшим противодействием неблагоприятным факторам являются занятия физической культурой и спортом, которые способствуют восстановлению и укреплению здоровья людей, адаптации организма к значительным физическим нагрузкам. Инструментом физической культуры являются физические упражнения.

Физические упражнения – это естественные или специально подобранные движения, применяемые в физическом воспитании. Их отличие от обычных движений заключается в том, что они имеют целевую направленность и специально организованы для укрепления здоровья, восстановления нарушенных функций.

Цель: изучить влияние физических упражнений на организм человека.

Задачи исследовательской работы:

1. Изучить теоретический аспект по данной теме.
2. Рассмотреть влияние физических упражнений на организм человека.
3. Провести исследование и анализ, методом анкетирования, информированности женщин и мужчин разного возраста о влиянии физических упражнений на организм человека на базе фитнес-центра «Вертикаль».
4. Разработать и распространить один из видов санитарно-просветительской работы по теме курсового проектирования.

Объект исследования: физические упражнения.

Предмет исследования: влияние физических упражнений на организм человека.

Гипотеза данного исследования: мы предположили, что посетители фитнес-центра «Вертикаль» недостаточно информированы о влиянии физических упражнений на организм человека.

Методы исследования:

- ✓ Научно-теоретический анализ литературы.
- ✓ Анкетирование.
- ✓ Обобщение данных.

Физические упражнения – это такие двигательные действия, которые направлены на реализацию задач физического воспитания, сформированы и организованы по его закономерностям.

Слово «физическое» отражает характер совершаемой работы (в отличие от умственной), внешне проявляемой в виде перемещений тела человека и его частей в пространстве и во времени.

Слово упражнение обозначает направленную повторность действия с целью воздействия на физические и психические свойства человека и совершенствования способа исполнения этого действия.

Таким образом, физическое упражнение рассматривается, с одной стороны, как конкретное двигательное действие, с другой – как процесс многократного повторения.

С одной стороны – это средство физического совершенствования, телесного преобразования человека, его биологической, психической, интеллектуальной, эмоциональной и социальной сущности. С другой стороны – это также и метод (способ) физического развития человека.

Физические упражнения являются основным, "сквозным" средством всех видов физической культуры неспециального физкультурного образования, спорта, физической рекреации и двигательной реабилитации (Курамшин Ю.Ф.).

Физические упражнения, физическая активность, приводящая к возникновению напряжения, целью которого является поддержание хорошей физической формы и нормального состояния, являются средством для повышения уровня физической подготовленности.

Под физической подготовленностью понимают состояние человека, которое приобретает в результате физической подготовки и характеризуется высокой физической работоспособностью, хорошим развитием физических качеств, разносторонним двигательным опытом. Каждый должен знать свою медицинскую группу, физическое развитие, уровень физической подготовленности.

Высокая физическая работоспособность достигается развитием физических качеств человека.

Основными физическими качествами являются: быстрота, сила, выносливость, гибкость, ловкость (координация). Эти качества должны развиваться в комплексе, так как

развитие одного качества влияет на развитие другого. Средством развития физических качеств являются физические упражнения.

Все физические упражнения относятся к той или иной классификации.

Классификация физических упражнений – это разделение их на группы (классы) в соответствии с определенным классификационным признаком.

Рассмотрим основные, наиболее распространенные классификации.

Классификация физических упражнений:

- по признаку исторически сложившихся систем (гимнастика, игры, спорт, туризм);
- по признаку их преимущественной направленности на воспитание отдельных физических качеств.

Упражнения классифицируются по группам:

1) скоростно-силовые виды упражнений (спринтерский бег, метания, поднятие штанги и т.п.);

2) упражнения циклического характера на выносливость (кроссовый бег, бег на лыжах и т.п.);

3) упражнения, требующие высокой координации движений гимнастические упражнения, прыжки в воду, фигурное катание на коньках и т.п.);

4) упражнения, требующие комплексного проявления физических качеств и двигательных навыков в условиях переменных режимов двигательной деятельности (борьба, бокс, спортивные игры и т.п.);

- по анатомическому признаку (упражнения группируются по их воздействию на мышцы рук, ног, брюшного пресса, спины и т.д.).

- по признаку биомеханической структуры (циклические, ациклические и смешанные упражнения);

- по признаку физиологических зон мощности (упражнения максимальной, субмаксимальной, большой и умеренной мощности);

- по признаку спортивной специализации (соревновательные, специально подготовительные и общеподготовительные).

Но если физические упражнения, применяются без учета закономерностей физического воспитания, они могут дать отрицательный результат и даже нанести вред здоровью. Поэтому необходимо учитывать влияние физических упражнений в конкретных условиях, имея в виду, что организм человека – это единое целое и что любое движение вызывает деятельность много его органов и систем и оказывает на него общее и специфическое воздействие.

Под формами физических занятий физическими упражнениями понимают способы организации учебно-воспитательного процесса, каждый из которых характеризуется определенным типом взаимосвязи (взаимодействия) преподавателя (тренера, судьи) и занимающихся, а также соответствующими условиями занятий. По особенностям организации занимающихся и способами руководства ими занятия по физическому воспитанию подразделяются на две группы - урочные и неурочные.

Урочные формы – это занятия, проводимые преподавателем (тренером) с постоянным составом занимающихся. К ним относятся: уроки физической культуры (в школе, колледже профессионального образования, вузе и т.п.); спортивно-тренировочные занятия в избранном виде спорта.

Неурочные формы – это занятия, проводимые как специалистами (организованно), так и самими занимающимися (самостоятельно) с целью активного отдыха, укрепления или восстановления здоровья, сохранения или повышения работоспособности, развития и совершенствования физических качеств, совершенствования двигательных навыков. К ним относятся: малые формы занятий (утренняя гимнастика, вводная гимнастика, физкультпауза, физкультминутка, микропауза); крупные формы занятий (занятия аэробикой, шейпингом, калланетикой, атлетической гимнастикой и др.); соревновательные формы занятий.

В современном мире широко распространена самостоятельная форма занятий. Самостоятельные занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом должны быть обязательной составляющей частью здорового образа жизни каждого человека. Они являются неотъемлемой частью организации труда, восполняют дефицит двигательной активности, способствуют более эффективному восстановлению организма после утомления, повышению физической и умственной работоспособности.

Самостоятельные занятия могут проводиться в любых условиях, в разное время и включать задания преподавателя (инструктора) или по самостоятельно составленной программе. Эта форма занятий с каждым годом получает большее распространение. Она необходима для повышения спортивных результатов спортсменов, а также способствует привлечению все более широкого круга людей к занятиям спортом и внедрению здорового образа жизни.

Одна из доминирующих черт нашего времени – ограничение двигательной активности современного человека. Сто лет назад 96% трудовых операций совершались за счет мышечных усилий. В настоящее время -99% с помощью различных механизмов. Необходима компенсация дефицита двигательной активности, иначе наступает расстройство, дисгармония сложной системы организма человека.

Организм человека состоит из отдельных органов, выполняющих свойственные им функции. Различают группы органов, выполняющих совместно общие функции. Из внешней среды организм получает все необходимые для жизнедеятельности и развития вещества, вместе с тем он получает поток раздражителей (температура, влажность, солнечная радиация, производственные вредные воздействия и др.), который стремится нарушить постоянство внутренней среды организма (гомеостаз).

Нормальное существование человека в этих условиях возможно только в том случае, если организм своевременно реагирует на воздействия внешней среды соответствующими приспособительными реакциями.

Физические упражнения становятся своеобразным регулятором, обеспечивающим управление жизненными процессами и сохранение постоянства внутренней среды. А значит, физические упражнения надо рассматривать не только как развлечение и отдых, но и как средство сохранения здоровья.

Под влиянием физических упражнений улучшается функция дыхательного аппарата. Уменьшение объема мышечной деятельности (гипокинезия) приводит к снижению потребления кислорода, в результате чего возникает уржание дыхания и уменьшение легочной вентиляции. Уменьшение легочной вентиляции в покое и резкое ее увеличение при сравнительно небольших нагрузках вызывает нарушение газообмена в легких. Увеличивается кислородный запрос и быстро нарастает кислородный долг. Уменьшается эффективность газообмена в легких – насыщение крови кислородом, скорость потребления кислорода и коэффициент его использования. Все это приводит к существенному нарушению скорости окислительного фосфорилирования, т.е. возникает как бы детренированность основного механизма синтеза энергии в организме.

Улучшение функций дыхательного аппарата достигается двумя путями: обучение правильному дыханию и укрепление дыхательных мышц. Систематическое выполнение физических упражнений приводит к тому, что рост легочной вентиляции происходит в значительной степени за счет углубления дыхания, а не только за счет его учащения. В свою очередь глубокое дыхание приводит к лучшему использованию кислорода организмом и к увеличению амплитуды дыхательных экскурсий. С возрастанием тренированности увеличивается использование резервного воздуха в качестве дыхательного, и создаются более благоприятные условия для насыщения крови кислородом.

Давно установлено, что люди, занимающиеся систематическим физическим трудом и физкультурой, имеют более широкие сосуды сердца. Самое важное, благодаря экономной работе сердца тренированные люди на одну и ту же работу затрачивают меньше крови, чем нетренированные. Параметры сердечно-сосудистой системы человека, любящего физические

нагрузки, указывают на экономную ее работу и адекватное перераспределение крови по организму.

Экспериментами доказано, что под влиянием упражнений возрастает интенсивность окислительных процессов в сердечной мышце и оказывается выше ее рабочий потенциал. Растет количество гемоглобина и богатых энергией фосфорных соединений. Вместе с тем, по сравнению с сердцем нетренированного человека сердце людей, занимающихся спортом, работает экономичнее, затрачивая меньше энергии на одну единицу объема выбрасываемой крови.

У тренированных людей значительно улучшается сократительная способность миокарда, усиливается центральное и периферическое кровообращение, повышается коэффициент полезного действия, уменьшается частота сердечных сокращений не только в состоянии покоя, но и при любых нагрузках, вплоть до максимальной (это состояние называется тренировочной брадикардией), повышается систолический, или ударный, объем крови. Благодаря увеличению ударного объема крови сердечно-сосудистая система тренированного человека гораздо легче, чем нетренированного, справляется с возрастающими физическими нагрузками, полностью обеспечивая кровью все мышцы тела, принимающие участие в нагрузке с большим напряжением.

Влияние физической культуры на метаболизм доказано наукой. У человека, который систематически тренируется, содержание сахара и иных веществ в крови регулируется. Развивая группы мышц в комплексе, человек усиливает обменные процессы. Поглощение кислорода происходит более интенсивно, как и снабжение, им тканей.

Физические упражнения или занятия спортом повышают активность обменных процессов, тренирует, а также поддерживают на высоком уровне механизмы, осуществляющие обмен веществ и энергии в организме.

Большое значение физических упражнений заключается в том, что они повышают устойчивость организма по отношению к действию целого ряда различных неблагоприятных факторов. Например, таких, как пониженное атмосферное давление, перегревание, некоторые яды, радиация и др. Физические упражнения способствуют сохранению бодрости и жизнерадостности. Физическая нагрузка обладает сильным антистрессовым действием.

Для подтверждения или опровержения данной гипотезы мною было проведено анкетирование 15 посетителей фитнес-центра «Вертикаль» и проведено исследование на тему: «Влияние физических упражнений на организм человека», имеющих различное отношение и подход к занятиям физическими упражнениями.

Критериями включения в исследование были:

- респонденты, посетители (клиенты) фитнес-центра «Вертикаль»;

- согласие на участие в исследовании;
- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор опрашиваемых проводился случайным методом. Каждому участнику опроса были предложены 11 вопросов анонимной анкеты.

Возрастная структура опрашиваемых составила 18-55 лет.

Из 15 респондентов оказались: 7 мужчин – 47 %, 8 женщин – 53 %.

На вопросы: «Знаете ли Вы, что влияние физических упражнений благотворно влияет на дыхательную систему?», «Знаете ли Вы, что влияние физических упражнений благотворно влияет на сердечно-сосудистую систему?», «Физические упражнения положительно влияют на организм человека?» - все респонденты ответили «Да», что составило 100% (15 человек), из них: 7 мужчин – 47 %, 8 женщин – 53 %.

Когда респондентам был задан вопрос: «Достаточно ли Вы информированы о влиянии физических упражнений на организм человека?» - «Да» ответило 10 человек, что составило 67%, «Нет» ответило 5 человек, что составило 33%. После подсчета данных анкетирования видно, что большинство респондентов достаточно информированы о положительном влиянии физических упражнений на организм.

Когда опрашиваемых попросили ответить на вопрос: «Откуда Вы получаете информацию о влиянии физических упражнений на организм человека?», то выяснилось, что у большинства респондентов источников информации несколько, но проценты распределились следующим образом: «СМИ» - 8% (2 человека), «Сотрудник фитнес-центра» 16% (4 человека), «Интернет» - 36% (9 человек), «Общение с друзьями» - 24% (6 человек), так же был предложен «Свой вариант», в котором респондент мог ответить в свободной форме. Варианты прозвучали следующие: «Самонаблюдение» - 12% (3 человека), «Консультация спортивного врача, через интернет» - 4% (1 человек), «Наставники» - 4% (1 человек), «Опыт» - 4% (1 человек). Таким образом, результаты опроса показывают, что больше половины опрашиваемых информацию получают из интернет-пользователей и при общении с друзьями, а не от квалифицированных сотрудников фитнес-центра «Вертикаль».

На вопрос «Отмечаете ли Вы после занятий физическими упражнениями повышение артериального давления?», ответы респондентов разделились следующим образом: «Да» - 26,8% (4 человека), «Нет» - 74,2% (11 человек). Из тех респондентов, что ответили «Да» двое занимаются направлением «Брейк данс», постоянно используют перевернутые позиции корпуса и стойки на голове. А двое других находятся в возрастной категории от 47 до 66 лет, менее года посещают фитнес-центр и самостоятельно выстраивают себе комплект из физических упражнений, то есть без сопровождения фитнес-инструктора.

При вопросе «Отмечаете ли Вы после занятий физическими упражнениями понижение артериального давления?» 93,3% опрошиваемых (14 человек) ответили «Нет», и только 6,7% (1 человека) ответил «Да». Это говорит о том, что не способствуют резкому понижению артериального давления.

Респондентам был задан вопрос «Какие изменения своего физического состояния после занятий физическими упражнениями Вы отмечаете?». Ответы распределились следующим образом: «Лёгкая усталость» - 67% (10 человек), «Бодрость» - 26,3% (4 человека), «Сильная усталость» - 6,7% (1 человек). Хотелось бы отметить, что два респондента выделили сразу по два варианта ответов: один респондент - «Лёгкая усталость + Бодрость», а второй - «Бодрость + Хороший сон».

На такие вопросы как «Отмечаете ли Вы улучшение своего физического состояния после занятий физическими упражнениями?» и «Связываете ли вы улучшение своего физического состояния с занятиями физическими упражнениями?» все респонденты ответили «Да», что составило 100% (15 человек).

Последний вопрос анкеты «Как долго Вы занимаетесь в фитнес-центре?». Ответы были объединены следующим образом: «До 1 года» - 40,2% (6 человек), «От 1 года до 3 лет» - 33,5% (5 человек), «От 5 до 8 лет» - 13,4% (2 человека), «От 10 лет до 38 лет» - 13,4% (2 человека). По данным исследования можно сказать, что популярность занятий физическими упражнениями растёт. Необходимо так же отметить, то фитнес-центр «Вертикаль» существует чуть более семи лет, но клиенты сделали акцент на весь свой непрерывный тренировочный стаж.

Исходя из данного исследования, можно сказать, что большая часть респондентов, участвовавших в анкетировании, имеют значительный опыт занятий физическими упражнениями, то есть более одного года. Это говорит о сформировавшейся привычке и потребности в занятиях физическими упражнениями.

Результаты данного анкетирования указывают на то, что респонденты осведомлены о благотворном влиянии физических упражнений на дыхательную систему, сердечно-сосудистую систему и на организм человека в целом. Было выявлено, что большинство опрошенных респондентов информацию предпочитают получать из Интернет-ресурсов и при общении с друзьями, а не от квалифицированных сотрудников фитнес-центра «Вертикаль», что, собственно говоря, является их правом и не исключая, упущение сотрудников фитнес-центра. Занятия физическими упражнениями не сказываются на повышении или понижении артериального давления, а дают ощущение бодрости и лёгкой усталости. Физические упражнения оказывают благотворное влияние на улучшение физического состояния человека.

Исследовательская работа была посвящена изучению влияния физических упражнений на организм человека. Материалы работы позволяют сделать ряд выводов.

Во-первых, в результате изучения теоретического аспекта (литературных и интернет-источников) по данной теме мы выяснили, что физические упражнения—это определенная мера влияния на организм человека. Планируя физические упражнения, необходимо учитывать их адекватность (соответствие индивидуальным функциональным возможностям организма), постепенность повышения (развитие функциональных возможностей) и систематичность (последовательность и регулярность). Тема является актуальной и значимой, так как многие люди (возраст и половая принадлежность не имеет значение) эффективно проводят борьбу с гиподинамией и пытаются вести активный образ жизни. Так же определили основные физические качества человека, на какую классификацию делятся физические упражнения, какие имеются формы физических занятий.

Во-вторых, мы выяснили, какое влияние оказывают физические упражнения на организм человека, а в частности: дыхательную систему, сердечно-сосудистую системы, обмен веществ и энергию человека. В том числе, что с разумным сочетанием труда и отдыха, нормализацией сна и питания, отказа от вредных привычек систематическая мышечная деятельность повышает психическую, умственную и эмоциональную устойчивость организма. Большое значение физических упражнений заключается в том, что они повышают устойчивость организма по отношению к действию целого ряда различных неблагоприятных факторов. Например, таких как пониженное атмосферное давление, перегревание, некоторые яды, радиация и др. Физические упражнения способствуют сохранению бодрости и жизнерадостности. Физическая нагрузка обладает сильным антистрессовым действием.

В-третьих, изучили и проанализировали методом анкетирования, информированность женщин и мужчин разного возраста о влиянии физических упражнений на организм человека на базе фитнес-центра «Вертикаль», сделали вывод, что большинство респондентов информированы о влиянии физических упражнений на организм человека. Таким образом выставленная нами гипотеза данного исследования, что посетители фитнес-центра «Вертикаль» недостаточно информированы о влиянии физических упражнений на организм человека — не подтвердилась и считается опровергнутой.

В-четвертых, с целью информирования посетителей фитнес-центра «Вертикаль» о значимой роли физических упражнений была разработана памятка на тему: «Проблема нашей цивилизации - гиподинамия».

Теперь можно сказать, что цель достигнута и все поставленные задачи решены. Мы изучили теоретические аспекты по влиянию физических упражнений на организм человека в

целом и на отдельные системы организма (дыхательную, сердечно-сосудистую и на обмен веществ и энергии человека). Узнали о том, что такое физические упражнения, определили основные физические качества человека, на какую классификацию делятся физические упражнения, рассмотрели, какие имеются формы физических занятий. Нами было проведено анкетирование, которое помогло убедиться в том, что посетители фитнес-центра «Вертикаль» информированы о влиянии физических упражнений на организм человека. Это даёт нам право сделать вывод о том, что гипотеза, поставленная нами, не подтверждена, а значит, является ошибочной.

Таким образом, систематические занятия физическими упражнениями благотворно влияют на все органы и системы организма человека, предохраняют от нежелательных перегрузок и заболеваний.

Для того, чтобы человек не болел, чтобы организм хорошо усваивал энергию из окружающей среды и хорошо включался биосинтез клеток, необходимо выполнять достаточно много физических упражнений. Движение является самым мощным стимулятором метаболических процессов в организме, которые в период покоя активизируют биосинтетические - анаболические процессы. Движение – это жизнь!

Список источников:

1. Бачинин В.А. Лечебная физическая культура. М.: «Дрофа», 2005, - 171с.
2. Большаков А.В. Актуальные проблемы физкультуры. М.: «Знание», 2007,- 295с.
3. Васильева З.Л. Оздоровительный и профилактический эффект физкультуры. М.: «Просвещение», 2005, - 154с.
4. Добрынина В.И. Влияние физической культуры на организм человека. СПб.: «Питер - М», 2005, - 388с.
5. Драч Г.В. Эффективность физических упражнений. Ростов-на-Дону.: «Феникс», 2004, - 128с.
6. Каган М.С. Влияние физкультуры на возраст человека. СПб.: «Петрополис», 2005,- 104с.
7. Любинская С.М. Эффективность физических упражнений. М.: «Глобус», 2004, - 486с.
8. Добрынина В.И. Влияние физической культуры на организм человека. СПб.: «Питер - М», 2005, - 388с.
9. Драч Г.В. Эффективность физических упражнений. Ростов-на-Дону.: «Феникс», 2004, - 128с.
10. Каган М.С. Влияние физкультуры на возраст человека. СПб.: «Петрополис», 2005,- 104с.
11. Любинская С.М. Эффективность физических упражнений. М.: «Глобус», 2004, - 486с.
12. Машкова Л.Г. Средства физической культуры. СПб.: «Питер», 2005, - 129с.
13. Попова Е.В. Особенности физической культуры. М.: «Владос», 2003, - 292с.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Сидоренко Валерия Андреевна,
Качина Юлия Сергеевна – студентки 3 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич*

Оздоровительный и профилактический эффект массовой физической культуры неразрывно связан с повышенной физической активностью, усилением функций опорно-двигательного аппарата, активизацией обмена веществ. Учение Р. Могендовича о моторно-висцеральных рефлексах показало взаимосвязь деятельности двигательного аппарата, скелетных мышц и вегетативных органов. В результате недостаточной двигательной активности в организме человека нарушаются нервно-рефлекторные связи, заложенные природой и закрепленные в процессе тяжелого физического труда, что приводит к расстройству регуляции деятельности сердечнососудистой и других систем, нарушению обмена веществ и развитию дегенеративных заболеваний (атеросклероз и др.).

Для нормального функционирования человеческого организма и сохранения здоровья необходима определенная «доза» двигательной активности. В этой связи возникает вопрос о так называемой привычной двигательной активности, т. е. деятельности, выполняемой в процессе повседневного профессионального труда и в быту. В экономически развитых странах за последние 100 лет удельный вес мышечной работы как генератора энергии, используемой человеком, сократился почти в 200 раз, что привело к снижению энергозатрат на мышечную деятельность. В связи с этим для компенсации недостатка энергозатрат в процессе трудовой деятельности современному человеку необходимо выполнять физические упражнения с расходом энергии не менее 350--500 ккал в сутки (или 2000--3000 ккал в неделю). По данным Беккера, в настоящее время только 20 % населения экономически развитых стран занимаются достаточно интенсивной физической тренировкой, обеспечивающей необходимый минимум энергозатрат, у остальных 80 % суточный расход энергии значительно ниже уровня, необходимого для поддержания стабильного здоровья. Резкое ограничение двигательной активности в последние десятилетия привело к снижению функциональных возможностей людей среднего возраста.

Механизм защитного действия интенсивных физических упражнений заложен в генетическом коде человеческого организма. Скелетные мышцы, в среднем составляющие 40 % массы тела (у мужчин), генетически запрограммированы природой на тяжелую физическую работу. «Двигательная активность принадлежит к числу основных факторов,

определяющих уровень обменных процессов организма и состояние его костной, мышечной и сердечно-сосудистой систем», - писал академик В. В. Парин (1969).

Мышцы человека являются мощным генератором энергии. Различают общий и специальный эффект физических упражнений, а также их опосредованное влияние на факторы риска. Наиболее общий эффект тренировки заключается в расходе энергии, прямо пропорциональном длительности и интенсивности мышечной деятельности, что позволяет компенсировать дефицит энергозатрат. Специальный эффект оздоровительной тренировки связан с повышением функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Недостаточная двигательная активность и недостаток кальция в пище ухудшает состояние опорно-двигательного аппарата. Наиболее часто встречаются такие заболевания, как артрит, артроз, остеопороз, нарушение осанки, сколиоз.

В своем реферате я хочу подробнее рассмотреть сколиоз, как наиболее часто встречающееся заболевание опорно-двигательного аппарата, и в следствие чего сильно влияющее на состояние здоровья человека. Сколиоз встречается гораздо чаще, чем об этом думают. По данным Петербургского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера, у 40% обследованных школьников старших классов выявлено нарушение статики, требующее лечения. Название сколиоз получает по уровню изгиба: шейный, грудной или поясничный и соответственно выпуклой стороны искривления. Таким образом, можно встретить, например, правосторонний грудной сколиоз.

В связи с этим можно поставить следующие задачи:

- изучить и проанализировать литературу по данному вопросу
- изучить причины возникновения сколиоза
- изучить особенности формы и проявления данного заболевания опорно-двигательного аппарата
- изучить методики лечения данного заболевания
- изучить влияние ритмической гимнастики как одного из видов физической культуры на развитие и укрепление опорно-двигательного аппарата

Основной целью данной работы является изучение влияния физической культуры на развитие и укрепление опорно-двигательного аппарата (позвоночника).

«Опорно-двигательный аппарат составляют кости скелета с суставами, связки и мышцы с сухожилиями, которые наряду с движениями обеспечивают опорную функцию организма. Кости и суставы участвуют в движении пассивно, подчиняясь действию мышц, но играют ведущую роль в осуществлении опорной функции. Определённая форма и строение костей придают им большую прочность, запас которой на сжатие, растяжение, сгибание значительно превышает нагрузки, возможные при повседневной работе опорно-

двигательного аппарата. Например, большеберцовая кость человека при сжатии выдерживает нагрузку более тонны, а по прочности растяжение почти не уступает чугуна. Большим запасом прочности обладают также связки и хрящи суставов.

Скелетные мышцы осуществляют как статическую деятельность, фиксируя тело в определённом положении, так и динамическую, обеспечивая перемещение тела в пространстве и отдельных его частей относительно друг друга. Оба вида мышечной деятельности тесно взаимодействуют, дополняя друг друга: статическая деятельность обеспечивает естественный фон для динамической. Как правило, положение сустава изменяется с помощью нескольких мышц разнонаправленного, в том числе противоположного, действия. Сложные движения сустава выполняются согласованным, одновременным или последовательным сокращением мышц ненаправленного действия. Согласованность (координация) особенно необходима для выполнения двигательных актов, в которых участвуют многие суставы (например, бег на лыжах, плавание).

Скелетные мышцы представляют собой не только исполнительный двигательный аппарат, но и своеобразные орган чувств. В мышечном волокне и сухожилиях имеются специальные нервные окончания – рецепторы, которые посылают импульсы к клеткам различных уровней центральной нервной системы. В результате создаётся замкнутый цикл: импульсы от различных образований центральной нервной системы, идущие по двигательным нервам, вызывают сокращение мышц, а импульсы, посылаемые рецепторами мышц, информируют центральную нервную систему о каждом элементе системы. Циклическая система связей обеспечивает точность движениям и их координацию. Хотя управление движением скелетных мышц осуществляется различными разделами центральной нервной системы, ведущая роль в обеспечении взаимодействия и постановке цели двигательной реакции принадлежит коре больших полушарий головного мозга. В коре большой полушарий двигательная и чувствительная зоны представительств образуют единую систему, при этом каждой мышечной группе соответствует определённый участок этих зон. Подобная взаимосвязь позволяет выполнять движения, относя их действующим на организм факторами окружающей среды. Схематически управление произвольными движениями может быть представлено следующим образом. Задачи и цель двигательного действия формируются мышлением, что определяет направленность внимания и усилий человека. Мышление и эмоции аккумулируют и направляют эти усилия. Механизмы высшей нервной деятельности формируют взаимодействие психофизиологических механизмов управления движениями на различных уровнях. На основе взаимодействия опорно-двигательного аппарата обеспечиваются развёртывание и коррекция двигательной активности. Большую роль в осуществлении двигательной реакции осуществляют

анализаторы. Двигательный анализатор обеспечивает динамику и взаимосвязь мышечных сокращений, участвует в пространственной и временной организации двигательного акта. Анализатор равновесия, или вестибулярный анализатор, взаимодействует с двигательным анализатором при изменении положения тела в пространстве. Зрение и слух, активно воспринимая информацию из окружающей среды, участвуют в пространственной ориентации и коррекции двигательных реакций.»

Основной из причин заболевания опорно-двигательного аппарата является недостаток двигательной активности – гиподинамия. Она возникает «в связи с активной заменой ручного труда механизированным, развитием бытовой техники, транспортных средств и т. д. Неблагоприятно сказывается на состоянии всех органов и систем организма, способствует появлению избыточного веса тела, развитию ожирения, атеросклероза, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца.»

«У пожилых людей под влиянием естественных возрастных изменений нервных структур и опорно-двигательного аппарата уменьшаются объём и быстрота движений, нарушается координация сложных и тонких движений, ослабляется тонус мышц, возникает некоторая скованность. Всё это обычно проявляется раньше и в более выраженной форме у тех, кто ведёт сидячий образ жизни»

«Отсутствие двигательной активности мышц, окружающих кости, приводит к нарушению обмена веществ в костной ткани и потере их прочности, отсюда плохая осанка, узкие плечи, впалая грудь и другое, что вредно отражается на здоровье внутренних органов.»

«Отсутствие достаточной двигательной активности в режиме дня приводит к разрыхлению суставного хряща и изменению поверхностей, сочленяющихся костей, к появлению болевых ощущений, создаются условия для образования в них воспалительных процессов»

Сколиоз - это боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Реберный горб, который при этом наблюдается, образует деформацию с выпуклостью вбок и кзади - кифосколиоз. Этиологически различают сколиозы врожденные (по В.Д.Чаклину они встречаются в 23.0%), в основе которых лежат различные деформации позвонков:

- недоразвитие;
- клиновидная их форма;
- добавочные позвонки и т.д.

К приобретенным сколиозам относятся:

1. ревматические, возникающие обычно внезапно и обуславливающиеся мышечной контрактурой на здоровой стороне при наличии явлений миозита или спондилоартрита;

2. рахитические, которые очень рано проявляются различными деформациями опорно-двигательного аппарата. Мягкость костей и слабость мышц, ношение ребенка на руках (преимущественно на левой), длительное сидение, особенно в школе, - все это благоприятствует проявлению и прогрессированию сколиоза;

3. паралитические, чаще возникающие после детского паралича, при одностороннем мышечном поражении, но могут наблюдаться и при других нервных заболеваниях;

4. привычные, на почве привычной плохой осанки (часто их называют "школьными", так как в этом возрасте они получают наибольшее выражение). Непосредственной причиной их могут быть неправильно устроенные парты, рассаживание школьников без учета их роста и номеров парт, ношение портфелей с первых классов, держание ребенка во время прогулки за одну руку и. т.д.

Этим перечнем, конечно, охватываются не все виды сколиозов, а лишь основные. Осанка обусловлена наследственностью, но на ее формирование в процессе роста у детей влияют многочисленные факторы внешней среды.

Процесс формирования осанки начинается с самого раннего возраста и происходит на основе тех же физиологических закономерностей высшей нервной деятельности, которые характерны для образования условных двигательных связей. Это создает возможность для активного вмешательства в процесс формирования осанки у детей, обеспечивая её правильное развитие.

Причины, которые могут привести к нарушениям осанки (сколиозу), многочисленны. Отрицательное влияние на формирование осанки оказывают неблагоприятные условия окружающей среды, социально-гигиенические факторы, в частности длительное пребывание ребенка в неправильном положении тела. В результате неправильного положения тела происходит образование навыка неправильной установки тела. В одних случаях этот навык неправильной установки тела формируется при отсутствии функциональных и структурных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата, а в других - на фоне патологических изменений в опорно-двигательном аппарате врожденного или приобретенного характера. В основе нарушений осанки часто лежит недостаточная двигательная активность детей (гиподинамия) или нерациональное увлечение однообразными физическими упражнениями, неправильное физическое воспитание.

Кроме того, появление неправильной осанки (сколиоза) связано с недостаточной чувствительностью рецепторов, определяющих вертикальное положение позвоночника или ослабленностью мышц, удерживающих это положение, с ограничением подвижности в суставах, акселерацией современных детей.

Причиной сколиоза могут быть также нерациональная одежда, заболевания внутренних органов, снижение зрения, слуха, недостаточная освещенность рабочего места, несоответствующая росту ребенка мебель и др.

В 90-95 % случаев нарушения осанки являются приобретенными, чаще всего встречаются у детей астенического телосложения и чаще всего встречаются у детей астенического телосложения.

Нарушения осанки ухудшают внешний облик человека, способствуют развитию ранних дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках и создают неблагоприятные условия для функционирования органов грудной клетки и брюшной полости.

Нарушения осанки, как правило, не сопровождаются грубыми изменениями в позвоночнике. Грубые изменения в позвоночнике развиваются при сколиотической болезни. Они больше выражены при 2-3-4 степенях тяжести сколиоза.

Развивается сколиоз преимущественно в периоды интенсивного роста скелета, т.е. в 6-7 лет, 12-15 лет. С окончанием роста позвоночника увеличение деформации, как правило, прекращается, за исключением паралитического сколиоза, при котором деформация может прогрессировать в течение всей жизни.

Патологические изменения позвоночника определяются клинически по наличию:

- деформации или ряда других внешних признаков,
- фиксации позвоночника
- болезненности.

Фиксация позвоночного столба проявляется ограничением подвижности и связанной с этим функциональной неполноценностью позвоночника.

В зависимости от характера поражения перечисленные признаки бывают или изолированными, или сочетаются друг с другом. Для отдельных форм заболеваний типичны разные комбинации признаков с преобладанием то того, то другого из них.

В дальнейшем заболевания позвоночника описаны в соответствующих разделах в зависимости от ведущих симптомов.

При осмотре патологически измененного позвоночника обращают внимание на положение головы по отношению к туловищу.

Голова может быть наклонена кпереди или вбок. Наклон головы вбок – кривошея – может обуславливаться:

- изменениями костного скелета,
- изменениями мягких тканей (мышц, фасций, кожи),
- защитным мышечным напряжением (рефлекторная или болевая ригидность шеи).

Причины стойких изменений скелета и мягких тканей при кривошее могут быть врожденными и приобретенными. В последнем случае вынужденное положение головы, представляющее собой один из симптомов какого-либо заболевания или повреждения, называется симптоматической кривошеей.

Сколиоз представляет собой стойкое боковое отклонение позвоночника или его сегментов от нормального выпрямленного положения.

В отличие от нормального поясничного лордоза или грудного кифоза которые, увеличиваясь, могут делаться патологическими, в нормальном позвоночнике нет стойких боковых искривлений. Наличие стойкого бокового искривления позвоночника всегда является ненормальным, патологическим.

Обозначение «сколиоз» отражает наличие бокового искривления позвоночника и само по себе не является диагнозом. Оно требует дальнейших исследований, выявления особенностей бокового искривления, его причины и течения.

Среди приобретенных сколиозов выделяются:

- рахитический, вследствие перенесенного рахита;
- привычные или, как их называют, школьные сколиозы, возникающие на фоне неправильных привычных поз и неправильной осанки;
- статический сколиоз, возникающий при неправильном боковом стоянии таза; это часто наблюдается при неодинаковом развитии нижних конечностей (одна конечность короче другой);
- паралитический сколиоз, возникающий на фоне поражения мышц туловища;

По величине искривления позвоночника различают три степени сколиоза:

Первая степень сколиоза характеризуется- незначительным боковым отклонением позвоночника от средней линии.

Вторая степень характеризуется заметным отклонением позвоночника от средней линии и начинающимся реберным горбом.

Третья степень сколиоза характеризуется стойкой и более резко выраженной деформацией грудной клетки, наличием большого реберно-позвоночного горба и резким ограничением подвижности позвоночника.

В зависимости от анатомических особенностей бокового искривления различают две группы сколиозов: неструктурные, или простые, и структурные, или сложные (James, 1967). Точное разграничение этих групп имеет большое клиническое значение, так как избавляет многих больных от длительного ненужного лечения, а родителей от необоснованных волнений.

Неструктурный сколиоз представляет собой простое боковое отклонение позвоночника. Деформация, как показывает название, не имеет структурных, грубых анатомических изменений позвонков и позвоночника в целом, в частности нет фиксированной ротации, характерной для структурного сколиоза. По отсутствию фиксированной ротации позвоночника можно отличить неструктурный сколиоз от структурного. Определяют фиксированную ротацию позвоночника, пользуясь клиническими и рентгенологическими признаками. Клиническое определение стойкой ротации позвоночника является надежным методом, позволяющим безошибочно разграничить эти две группы сколиозов.

Различают пять видов неструктурных сколиозов:

- осаночный,
- компенсаторный,
- рефлекторный (люмбишиалгический),
- воспалительный
- истерический.

Осаночный сколиоз. В дополнение к вышесказанному при описании нарушения осанки во фронтальной плоскости здесь следует отметить, что осаночный сколиоз появляется у детей чаще всего к концу первого десятилетия жизни. Дугабокового грудного искривления своей выпуклостью обращена обычно влево в отличие от структурного сколиоза, который чаще всего бывает правосторонним. При лежании произвольном усилии искривление позвоночника исчезает, а при наклоне кпереди признаки фиксированной ротации не обнаруживаются.

Компенсаторный сколиоз. Укорочение одной ноги (истинное, кажущееся и относительное) обуславливает наклон таза и искривление позвоночника выпуклостью в сторону укорочения, если последнее не устранено ортопедической обувью, компенсирующей разницу в длине ног. Компенсаторный сколиоз имеет вид одной длинной дуги, включающей весь позвоночник. Такое боковое искривление позвоночника называют С-образным или тотальным сколиозом. Компенсаторный сколиоз не имеет фиксированной ротации и структурных изменений позвонков. По мнению большинства авторов, в позвонках обычно не наблюдается структурных изменений и при длительном существовании компенсаторного сколиоза

Рефлекторный (люмбишиалгический) сколиоз (scoliosis ischiadica) представляет собой рефлекторное боковое отклонение позвоночника и по сути не является истинным сколиозом. Это отклонение было бы правильнее называть щадящей позой, принимаемой больным для уменьшения раздражения корешков, которое чаще всего обусловлено грыжей диска.

Истерический и воспалительный сколиозы не имеют структурных изменений. Истерический сколиоз встречается очень редко, он производит впечатление тяжелого сколиоза, лишенного компенсаторных противо искривлений и фиксированной ротации позвоночника. Напоминает он осаночный сколиоз, но выражен значительно резче последнего. Истерический сколиоз может спонтанно исчезнуть и рецидивировать. Характерной особенностью структурного сколиоза считают сочетание в первичной кривизне бокового искривления с ротационным. Действительно, как бы рано структурный сколиоз не исследовали, постоянно обнаруживается ротация в соединении с боковым искривлением. Боковое искривление в первичной кривизне структурного сколиоза неотделимо от ротационного.

Проблема лечения сколиоза остается одной из наиболее трудных и актуальных задач ортопедии. Последние 2 года в хирургическом лечении сколиоза используется модифицированная система Cotrel - Dubousset. Всем больным проводили курсы предоперационной лечебной гимнастики по специально разработанной программе в течение 3 - 6 недель, направленную на растяжение иммобилизацию позвоночника. Операцию по указанной методике проводят в положение больного на боку, с подложением под выпуклую сторону деформации специальных валиков, чем достигается максимально возможная коррекция деформации на ортопедическом столе. Металлические стержни моделируем интраоперационно согласно физиологическим изгибам позвоночника и остаточной сколиотической деформации. У детей с незавершенным ростом позвоночника субламинарные фиксаторы изготавливаем в виде плавающих конструкций не препятствующим росту позвоночника.

Из терапевтических методов лечения сколиоза в последнее время наиболее популярной является мануальная терапия.

Мануальная терапия - метод диагностики и лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, получивший в последнее время широкое распространение. В его основе лежит воздействие на позвоночник, как на особый орган, включающий в себя не только позвоночный столб, но и окружающие его связки и мышцы. За долгие годы развития мануальной терапии были разработаны многочисленные и эффективные способы выявления нарушений в суставах и их лечение.

Приемы диагностики позволяют довольно точно определить состояние позвоночника и окружающих его тканей. Она включает в себя осмотр, пальпацию, исследование активных и пассивных движений. Это помогает выявить проблемы уже на ранних этапах заболевания, когда сам пациент еще не замечает начавшихся нарушений.

Мануальная терапия имеет богатый арсенал лечебных приемов, позволяющих восстановить состояние тканей. Основными методами в классической технике мануальной терапии являются: постизометрическая релаксация мышц, мобилизация и манипуляция.

Все большее распространение получают так называемые мягкие "изящные" техники, основанные на современных разработках в нейрофизиологии. Они безопасны и используют способности организма к саморегуляции. К ним относятся: миофасциальное растяжение, мышечно-энергетические техники, краниальная терапия.

Как и любой метод в медицине, мануальная терапия имеет свои определенные показания и противопоказания. Обязательным является рентгенологическое исследование заинтересованного отдела позвоночника. Все чаще приходится прибегать к более совершенному исследованию - магнитно-резонансной томографии, помогающему уточнить диагноз.

Отношение к мануальной терапии как среди пациентов, так и среди врачей довольно неоднозначное - от безоговорочной веры в чудодейственные возможности до полного отрицания и утверждений о ее вредности. Однако правильно и точно примененная, она дает достаточно быстрый и хороший результат обязательно в общем комплексе лечения.

Корригирующая ритмическая гимнастика при сколиозе. Самое действенное средство предупреждения и устранения дефектов осанки - физические упражнения. В последнее время в лечебных целях специалисты

рекомендуют упражнения ритмической гимнастики. Главная причина такого предпочтения - в эмоциональности этих упражнений, в том, что они благотворно влияют на психическую сферу человека с отклонениями в состоянии здоровья. Дети с большим удовольствием занимаются веселыми упражнениями, чем упражнениями заведомо известными как лечебные. Именно поэтому ритмическую гимнастику следует рассматривать и как важнейшее средство обязательного комплекса физкультурно-оздоровительных мероприятий для школьников с нарушениями осанки.

В целях профилактики и устранения сколиоза упражнения ритмической гимнастики наибольшую пользу приносят тогда, когда их проводят по группам, комплектуемым соответственно выявленным типам осанки, а также с учетом пола, возраста и уровня физического развития учащихся. В таких группах всегда есть возможность предложить каждому занимающемуся выполнение комплекса тех упражнений, которые ему наиболее необходимы в данный момент. Поэтому, организуя занятия, учитель физкультуры и врач должны тщательно обследовать каждого с тем, чтобы правильно отнести его к той или иной группе и разработать для каждой группы соответствующий ее задачам комплекс упражнений.

При стойких нарушениях осанки занятия следует проводить в специальных группах корригирующей гимнастики под наблюдением врача. В группах корригирующей ритмической гимнастики, где занимаются с функциональными нарушениями осанки, присутствие врача на каждом занятии необязательно. Однако он обязан и в них осуществлять систематический медицинский контроль, оказывая помощь учителю физической культуры в обеспечении дифференцированного подхода к решению задач, стоящих перед каждой группой.

Методика составления комплексов упражнений корригирующей ритмической гимнастики аналогична методике построения комплексов для уроков с элементами ритмической гимнастики. Следовательно, каждый такой комплекс должен состоять из трех частей. В подготовительную часть включают несложные общеразвивающие и корригирующие упражнения, соответствующие типу нарушения осанки. Темп выполнения - медленный, умеренный и средний. Оптимальная дозировка упражнений - 6-8 повторений.

Основную часть насыщают собственно корригирующими упражнениями, большинство из которых должно выполняться в положении лежа на спине, на боку и на животе. В этих положениях легче следить за выпрямленным положением тела, мышцы не испытывают длительной статической нагрузки, как при удержании тела в положениях стоя и сидя. Темп выполнения - медленный, умеренный и средний.

Дозировка зависит от самочувствия детей, их физической подготовленности и усвоенности материала. В среднем упражнения повторяют 8-16 раз. Все упражнения обязательно выполняются в обе стороны. Заключительная часть строится из упражнений на расслабление, выполняемых в исходных положениях лежа на спине, дыхательных и специальных упражнений на ощущение правильной осанки.

Выполняя упражнения, дети должны дышать через нос, не задерживая дыхание. Следует учитывать также, что формированию правильной осанки способствуют упражнения с предметами. С помощью их можно усилить эффект воздействия на отдельные мышечные группы.

Примерный комплекс упражнений ритмической гимнастики

1.И.п.: о.с., руки к плечам. 1 - наклон вправо, руки в стороны, кисти разогнуть; 2 - и.п.; 3 - наклон влево, руки в стороны, кисти разогнуть; 4 - и.п.; 5 - наклон вправо, шаг левой влево, руки вверх, пальцы врозь; 6 - и.п.; 7 - наклон влево, шаг правой вправо, руки вверх, пальцы врозь; 8 - и.п. 8-16 раз. Темп средний.

2.И.п.: стойка ноги врозь, руки за голову. 1-2 - два пружинящих наклона вправо; 3 - поворот туловища направо; 4 - и.п. То же в другую сторону. По 8-16 раз. Темп средний.

3.И.п.: о.с., руки вверх, кисти в замок. 1 - наклон назад, правая назад на носок; 2 - и.п. То же с другой ноги. По 8 раз. Темп средний.

4.И.п.: широкая стойка ноги врозь. 1 - наклон вперед, руками коснуться пола; 2 - поворот туловища направо, правая рука в сторону- назад; 3-4 - то же в другую сторону. По 4-8 раз. Темп средний.

5.И.п.: стойка на коленях, руки к плечам. 1 - поворот туловища направо, правую руку в сторону- назад, левую руку вверх; 2 - и.п. То же в другую сторону. По 8 раз. Темп средний.

6.И.п.: стойка на коленях, руки за голову. 1-2 - два пружинящих поворота туловища направо; 3-4 - два пружинящих поворота туловища налево; 5-6 - сед на пятки с небольшим наклоном назад, руки вперед ладонями кверху; 7-8 - и.п. 4раза. Темп средний.

7.И.п.: стойка на коленях, руки вперед, кисти разогнуть; 1-2 - сесть на правое бедро, руки влево; 3-4 - то же в другую сторону. По 4-8 раз. Темп средний.

8.И.п.: стойка на левом колене, правую в сторону на носок, руки в стороны. 1-2 - наклон к правой ноге, левой рукой коснуться правого носка, правую руку назад; 3-4 - и.п. То же в другую сторону. По 4-8 раз. Темп средний.

9.И.п.: то же. 1-2 - наклон к правой ноге, головой коснуться правого колена, руки назад; 3-4 - и.п. То же в другую сторону. По 4 раза. Темп средний.

10.И.п.: стойка на коленях, ноги врозь. 1-3 - три пружинящих наклона к правому колену, руки в стороны; 4 - и.п. То же в другую сторону. По 4 раза. Темп средний.

11.И.п.: сед на левом бедре с упором на левую руку. 1 - выпрямить правую ногу и руку в сторону; 2 - согнуть правую ногу и руку влево; 3 - выпрямить правую ногу и руку в сторону; 4 - и.п. 4 раза. То же в другую сторону. Темп средний.

12.И.п.: упор на коленях. 1-2 - правую назад на носок, левую руку вверх; 3-4- и.п., расслабить мышцы спины. То же в другую сторону. По 8 раз. Темп медленный и средний.

13.И.п.: упор на правом колене, левую ногу в сторону. 1 - согнуть руки; 2 - и.п. То же с другой ноги. По 4-8 раз. Темп средний.

14.И.п.: сед ноги врозь, руки вверх, кисти в замок. 1-3 - три пружинящих поворота туловища направо; 4 - и.п. То же налево. По 4-8 раз. Темп средний.

15.И.п.: сед ноги скрестно, руки в стороны. 1 - наклон вправо, правая рука за спину, левую согнуть вверх; 2 - и.п. То же в другую сторону. По 4-8 раз. Темп средний.

Заключение

В формировании правильной осанки основную роль играют позвоночник и мышцы, окружающие его.

Причины, которые могут привести к нарушениям осанки (сколиозу), многочисленны. Отрицательное влияние на формирование осанки оказывают неблагоприятные условия окружающей среды, социально-гигиенические факторы, в частности длительное пребывание ребенка в неправильном положении тела. В результате неправильного положения тела происходит образование навыка неправильной установки тела. В одних случаях этот навык неправильной установки тела формируется при отсутствии функциональных и структурных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата, а в других - на фоне патологических изменений в опорно-двигательном аппарате врожденного или приобретенного характера.

Таким образом, только разумные занятия спортом и физической культурой приносят профилактический и оздоровительный эффект. А неправильно организованные занятия физическими упражнениями или проводимые без учета анатомо- физиологических особенностей и состояния детского организма приводят к патологическим отклонениям в опорно- двигательном аппарате.

Профилактика развития нарушений осанки и сколиозов должна быть комплексной и включать:

- сон на жесткой постели в положении лежа на животе или спине;
- правильная и точная коррекция обуви : устранение функционального укорочения конечности, возникшее за счет нарушений осанки; компенсация дефектов стоп (плоскостопие, косолапость).
- организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и т.д.);
- постоянная двигательная активность , включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом, плавание,;
- отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
- контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков , сумок, портфелей и др.;
- плавание.
- ритмическая гимнастика

Для выработки правильной осанки и профилактики ее нарушений необходимо систематически, не менее 3-х раз в неделю тренировать мышцы спины и живота. Занятия физической культурой должны быть систематическими и регулярными. Только в этом случае можно рассчитывать на максимальный положительный эффект.

При этом необходимо учитывать свои возможности, состояние здоровья, уровня тренированности и рекомендации лечащего врача. Оздоровительный эффект занятий

массовой физической культурой связан прежде всего с повышением аэробных возможностей организма, уровня общей выносливости и физической работоспособности. Выполнение физических упражнений положительно влияет на все звенья двигательного аппарата, препятствуя развитию дегенеративных изменений, связанных с возрастом и гиподинамией. Повышается минерализация костной ткани и содержание кальция в организме, что препятствует развитию остеопороза. Увеличивается приток лимфы к суставным хрящам и межпозвоновым дискам, что является лучшим средством профилактики артроза и остеохондроза. Все эти данные свидетельствуют о неocenимом положительном влиянии занятий оздоровительной физической культурой на организм человека.

Список источников:

- 1) Большая медицинская энциклопедия том 23 стр. 386-389
- 2) Ю.И.Курпан, Е.А. Таламбум, Л.Л. Силин "Движения против остеохондроза позвоночника" - М: Физкультура и спорт, 1987.
- 3) Журнал "Здоровье" №1 за 1991 год
- 4) Н.А. Касьян "Боль в спине" М: Физкультура и спорт, 1991.
- 5) С.Д.Шевченко с соав., Вестник травм.и ортоп. им. Н.Н.Приорова.- 1997.
- 6) Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. - М., Медицина, 1966. - 349 с.
- 7) Гранит Р. Основы регуляции движений - М., Мир, 1973. - 368 с.
- 8) Угрюмов В.М. Повреждения позвоночника и спинного мозга и их хирургическое лечение. - М.-Л., Медгиз, 1961.
- 9) Физиология движений / под ред. М. А. Алексеева, В. С. Гурфинкеля, П.Г. Костюка и др. - Л., Наука.- 1976. - 375 с.
- 10)Опорно-двигательный аппарат, спланхнология, центральная нервная система. Методическое пособие по изучение анатомии человека. Казань, 1972.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

*Кувалова Кристина Павловна - студентка 1 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Комко Юлия Олеговна*

В наше время инфекционные болезни занимают ведущее место в патологии детей. Ежегодно на земном шаре рождается около 150 млн. детей и примерно 12-15 млн. детей умирает в возрасте от 1 недели до 14 лет. Около 10 млн. детей умирает от инфекционных заболеваний, причем 3 млн. – от инфекций, против которых имеются вакцины [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние годы выявлено более 30 новых болезнетворных микроорганизмов, начиная от исключительно

опасного вируса геморрагической лихорадки Эбола и коронавируса до ротавируса – наиболее распространенного возбудителя диареи у детей во всем мире. Малярия, туберкулез, дифтерия, корь, краснуха вновь заявляют о себе во многих странах [2]. Миру угрожает рост заболеваемости инфекционными болезнями, усугубляющийся растущей резистентностью возбудителей к антибактериальным препаратам.

В России ежегодно регистрируют более 30 миллионов больных гриппом и другими респираторными инфекциями, более 200 тысяч больных вирусными гепатитами, от 2 до 3 миллионов больных так называемыми инфекционными заболеваниями (корь, эпидемический паротит, коклюш, менингококковая инфекция и др.). На высоком уровне остается заболеваемость туберкулезом. Инфекционные болезни остаются одной из главных причин детской смертности в нашей стране. Особенно это актуально в отношении детей первого года жизни. По неполным данным в структуре показателей младенческой смертности суммарная доля инфекционных болезней (с учетом смертности от пневмонии, острых респираторных заболеваний, врожденных инфекций) составляет не менее 70% [6].

В настоящее время вакцинопрофилактика является основным способом предотвращения различных инфекционных заболеваний у детей. Профилактические прививки привели в XX веке к снижению заболеваемости полиомелитом, корью, коклюшем, эпидемическом паротите, туберкулезом, малярией, брюшным тифом и некоторыми другими инфекционными заболеваниями. Однако, начиная с конца XX и до сих пор остается проблема полного охвата населения нашей страны мероприятиями по специфической вакцинопрофилактике. Актуальность данной проблемы чрезвычайно велика, и обусловлена тем, что отказ от вакцинопрофилактики порой приводят к тяжелым хроническим процессам, инвалидности, а иногда является причиной смерти пациента. Сестринский персонал принимает активное участие в профилактике инфекционных заболеваний, в том числе и в вакцинации детского населения на всех его этапах: проводит санитарно-просветительную работу с родителями, планирует календарь прививок, выполняет профилактические прививки, контролирует поствакцинальные реакции.

Целью работы выступает изучение роли медицинской сестры в организации и проведении специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей.

Объект исследования – вакцинопрофилактика в системе современного здравоохранения.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в организации и проведении специфической профилактики инфекционных заболеваний у детей.

Методы исследования

- 1) изучение научной литературы;
- 2) метод статистического анализа;
- 3) социологический опрос в форме анкетирования.

Исследовательская часть работы включала два этапа. На первом этапе проведен статистический анализ частоты инфекционных заболеваний детей в возрасте от 0 до 17 лет за период 2015-2018 г. на базе КГБУЗ «Детская городская больница №1» г. Комсомольска-на-Амуре. Наглядные сведения полученных статистических данных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика заболеваемости детскими инфекциями за период 2015-2018 г.г.

Год	Ветряная оспа (чел.)	Корь (чел.)	Эпидемический паротит (чел.)	Кок-люш (чел.)	Скарлатина (чел.)	Краснуха (чел.)	Всего:
2015	2222	6	5	52	56	4	2345
2016	2343	4	3	43	48	2	2443
2017	2529	1	1	39	32	1	2603
2018	4289	1	0	19	29	1	4339
Итого:	11383	12	9	153	165	8	11730

В результате изучения статистических данных было выявлено, что возросла заболеваемость ветряной оспой и значительно снизилась заболеваемость детскими инфекциями, входящими в национальный календарь прививок. Из этого можем сделать вывод, что иммунопрофилактика детских инфекционных заболеваний эффективна.

На втором этапе исследования нами был проведен письменный опрос в форме анонимного анкетирования родителей детей возрастной группы 2 года – 5 лет на базе МДОУ детский сад №118 г. Комсомольска-на-Амуре (приложение 3). В опросе приняли участие 52 человека. Результаты анкетирования показали следующее.

Большинство родителей (88% респондентов) считают актуальной проблему сохранения иммунитета у современных детей, однако, 8% опрошенных данный вопрос не тревожит, а 4% не считают вопрос сохранения детского здоровья проблемой (график 1).

Считаете ли Вы актуальной проблему сохранения иммунитета у современных детей?

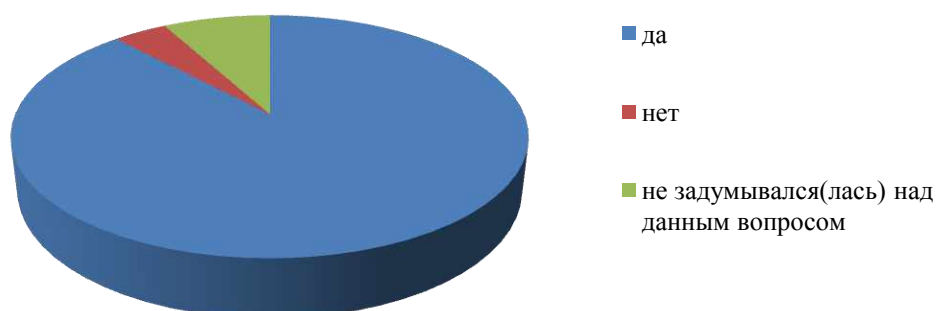


График 1

Тем не менее, все опрошенные (100%) утверждают, что принимают активное участие в вакцинации своих детей (график 2), причем организаторами плановой прививочной кампании для родителей выступают именно медицинские работники поликлинического участка (для 69% респондентов) и дошкольного образовательного учреждения (для 31% опрошенных). Никто из родителей не отслеживает сроки вакцинации детей ни по Национальному календарю прививок, ни через доступные источники средств массовой информации, включая Интернет, ни через третьих лиц, что подчеркивает важную роль именно медицинской сестры в соблюдении родителями сроков своевременной вакцинации и ревакцинации детей (график 3).

Прививаете ли Вы своего ребенка (детей)?

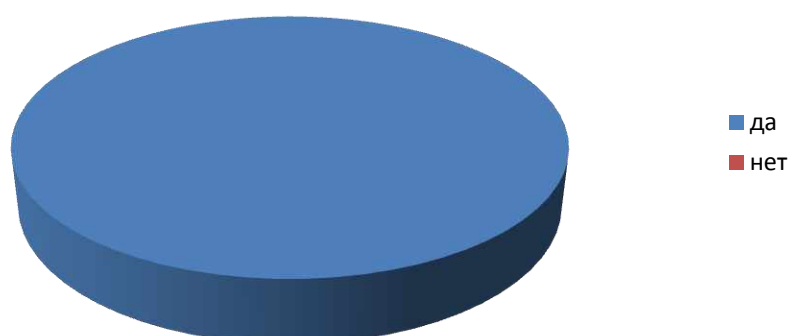


График 2

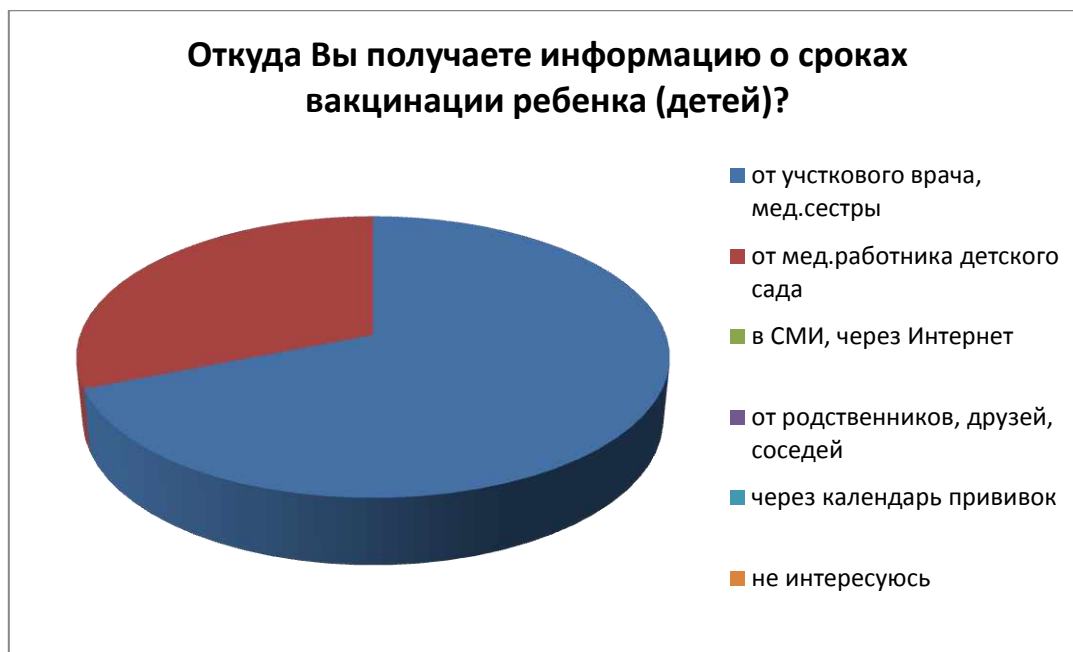


График 3

Несмотря на 100% участие опрошенных родителей в прививочной кампании своих детей только 23% из них отметили вакцинацию как один из возможных способов сохранения иммунитета у подрастающего поколения (таблица 1). Большая же часть родителей (89%) обозначила роль в решении проблемы сохранения здоровья детей спортивными мероприятиями: физическим упражнениям, занятиям в бассейне. Следует отметить, что анкетирование проводилось среди родителей детей, посещающих детский сад, где активно функционирует плавательный бассейн. Далее рейтинг проводимых родителями мероприятий, поддерживающих иммунитет их детей выглядит следующим образом: использование витаминов, поливитаминов (46%), прогулки на свежем воздухе (27%), полноценное витаминизированное питание ребенка (17%), соблюдение ребенком режима дня (12%), закаливание (6%). 2% из опрошенных родителей считают, что массаж ребенка также способствует сохранению его иммунитета, а 8% респондентов и вовсе не проводят никаких мероприятий, способствующих профилактике инфекционных заболеваний у их детей. Следует отметить, что большая часть опрошенных (72%) отметила одновременно несколько применяемых способов поддержания иммунитета ребенка.

Таким образом, родители отдают предпочтение мероприятиям по повышению неспецифических защитных сил организма.

Таблица 1

<i>Какие способы сохранения иммунитета у своего ребенка (детей) Вы используете?</i>	
ответы респондентов	% опрошенных
спорт (бассейн, физические упражнения)	89%
витамины, поливитамины	46%
прогулки на свежем воздухе	27%
вакцинация	23%
полноценное витаминизированное питание	17%
режим дня	12%
специальных приемов не применяю	8%
закаливание	6%
массаж	2%

Вместе с тем, 81% родителей согласились с тем, что наиболее эффективным способом профилактики инфекционных заболеваний выступает именно вакцинация (график 4), хотя 77% не уверены в абсолютной безопасности современных вакцин, считают, что их использование может привести к серьезным негативным последствиям на организм ребенка (график 5).

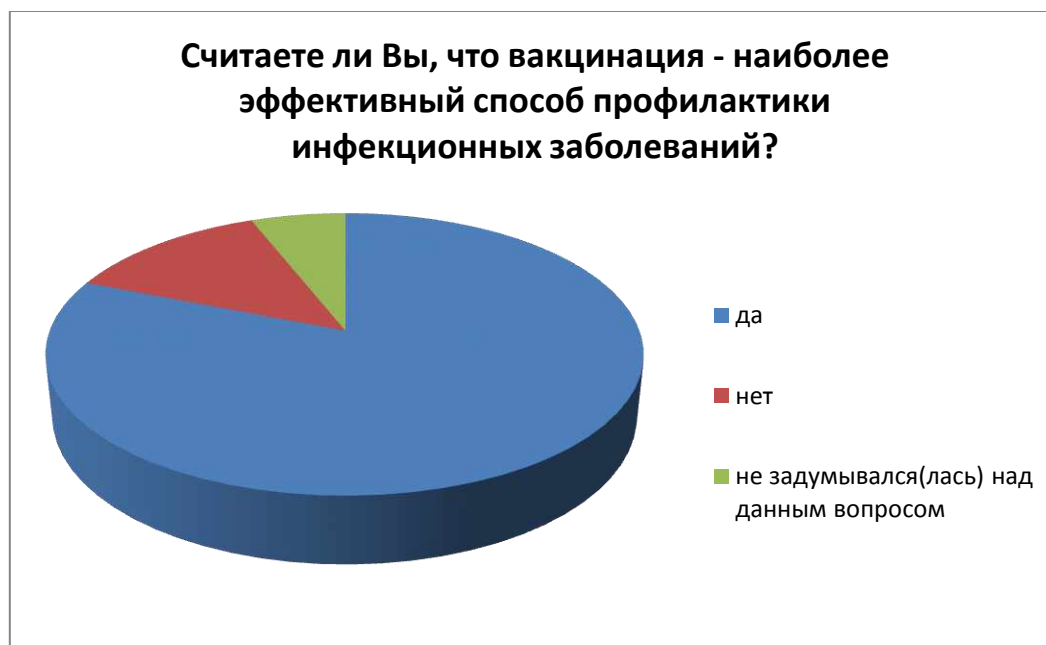


График 4

Считаете ли Вы современные вакцины полностью безопасными для здоровья ребенка?

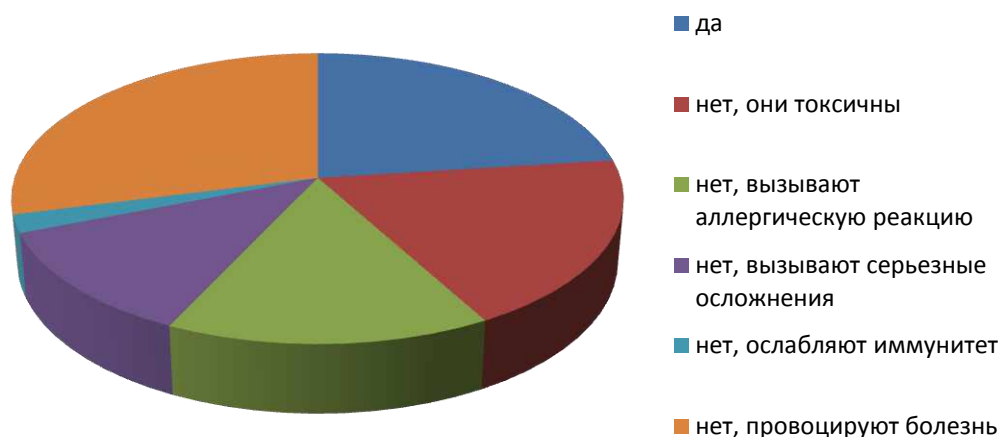


График 5

Несмотря на выявленное в результате анкетирования серьезное и осознанное отношение современных родителей к проблеме детской иммунопрофилактики и роли вакцинации в ней, отмечается недостаточная осведомленность взрослого населения в вопросе инфекционных заболеваний. Так, некоторые родители заменяют понятие «инфекционные заболевания» на более широкое понятие «болезнь» и к данной группе относят, например, заболевания сердца, гельминтозы, воспаления носоглоточных миндалин (таблица 2). Тем не менее, среди истинно опасных для здоровья и жизни ребенка инфекционных заболеваний они называют менингит (69%), грипп (31%), энцефалит (23%), полиомиелит (19%), дифтерию (18%), ангину (8%), эпидемический паротит (4%), а также дизентерию (2%).

Таблица 2

Какие детские инфекционные заболевания Вы считаете опасными для здоровья и жизни ребенка?	
ответы респондентов	% опрошенных
менингит	69%
грипп	60%
дифтерия	35%
энцефалит	23%
полиомиелит	19%
заболевания сердца	15%
ангина	8%
эпидемический паротит	4%

гельминты	2%
аденоиды	2%
дизентерия	2%

Кроме того, по мнению родителей, в профилактике практически всех выше перечисленных заболеваний важная роль отводится вакцинации (таблица 3). Добавили респонденты в этот список гепатит и ветряную оспу. Кроме того, ни один из опрошенных не назвал такие заболевания, как туберкулез, коклюш, столбняк, гемофильная инфекция, корь, краснуха.

Таблица 3

<i>От каких инфекционных заболеваний разработаны и применяются вакцины?</i>	
ответы респондентов	% опрошенных
грипп	73%
дифтерия	40%
менингит	35%
энцефалит	23%
полиомиелит	19%
гепатит	12%
ветряная оспа	12%
ангина	8%
гельминтозы	2%
дизентерия	2%
Затрудняюсь ответить, не знаю	15%

Настораживает тот факт, что большинство современных родителей не имеют никаких представлений об осложнениях инфекционных заболеваний, включенных в Национальный календарь профилактических прививок (таблица 4).

Таблица 4

<i>Знаете ли Вы, к каким осложнениям могут привести следующие инфекционные заболевания?</i>			
инфекционное заболевание	да	нет	впервые слышу о болезни
вирусный гепатит В	60%	37%	4%
туберкулез	92%	8%	0%
дифтерия	4%	75%	21%
коклюш	0%	19%	81%
столбняк	12%	52%	37%

полиомиелит	6%	48%	46%
гемофильная инфекция	0%	21%	79%
краснуха	0%	44%	56%
корь	4%	68%	28%
паротит	31%	58%	12%

Наше исследование показало, что для современных родителей характерны, с одной стороны, ограниченные, с другой стороны, искаженные представления о тех инфекционных заболеваниях и их последствиях на организм ребенка, в борьбе с которыми применяется специфическая иммунопрофилактика. Тем не менее, практически все опрошенные родители (96%) пожелали расширить свои знания в вопросе вакцинации детей, их интересуют, прежде всего, проблема безопасности современных вакцин (график 6, 7).

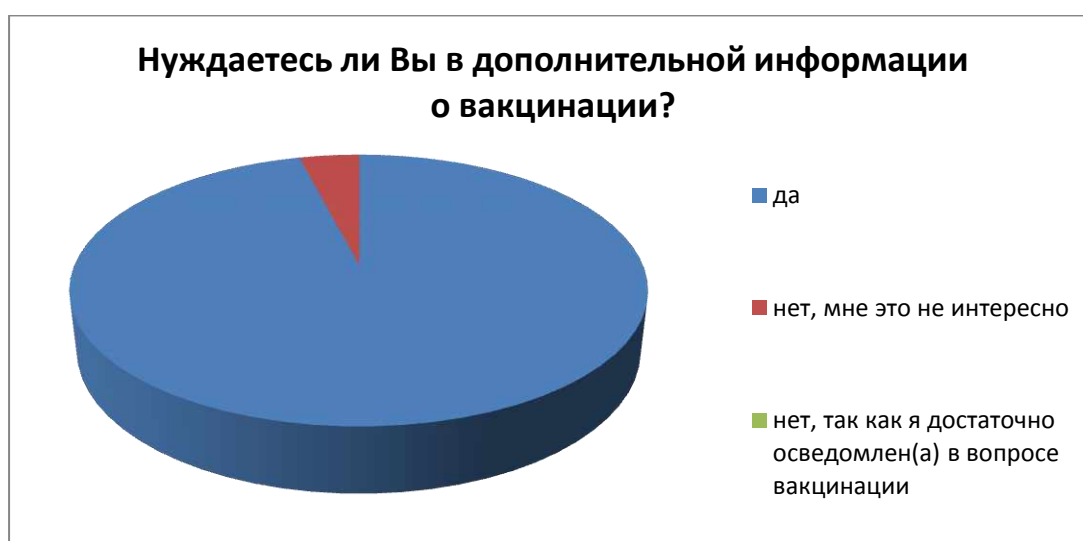


График 6

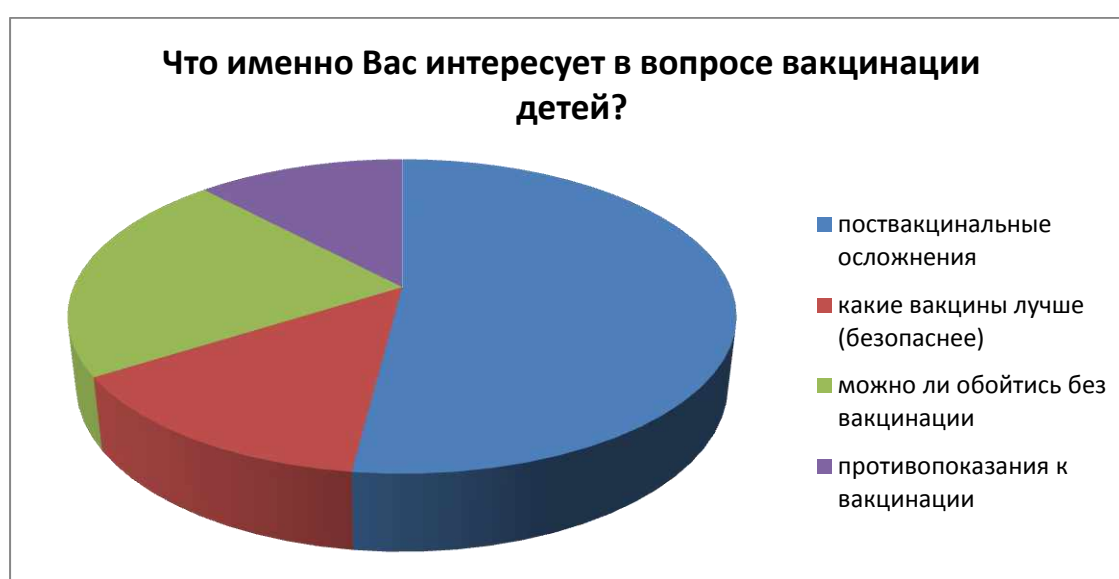


График 7

Таким образом, именно качественная санитарно-просветительская работа медицинской сестры позволит сформировать у современных родителей осознанное, ответственное отношение к здоровью их детей, повысит их мотивацию к сотрудничеству с медицинским персоналом в рамках иммунопрофилактических мероприятий. Активное информирование родителей со стороны медицинского персонала приводит к повышению знаний населения о вакцинопрофилактике, ее пользе и факторах риска развития осложнений. Роль медицинской сестры заключается в проведении бесед с родителями об иммунопрофилактике, информировании о заболевании, от которого ставится данная прививка, рассказе о составе вакцин, о возможных реакциях и осложнениях.

Список источников:

1. Федеральный закон №157 от 17.09.1998г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
2. Вакцины и вакцинация. Национальное руководство (+ CD-ROM). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 880 с.
3. Вакцины и вакцинация. Национальное руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 640 с.
4. Ивановская Н. Г. Вакцинопрофилактика в работе участкового терапевта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 425с.
5. Китченера Г. С. Вакцины для профилактики инфекционных заболеваний у детей. – М.: Медицина, 2015. – 325с.
6. <http://www.gks.ru>
7. <http://www.kolibel.ru/vakcinoprofilaktika.htm>
8. <http://nczd.ru/departament/consult/vaccination/>

ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА, ОРВИ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ У СТУДЕНТОВ

*Санникова Лидия, Кочнева Елена – студентки 1 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Куклева Татьяна Валерьевна*

Современное общество активно поддерживает здоровый образ жизни (ЗОЖ). Активизировалось так же и внимание к здоровому образу жизни у студентов. Не мало важным фактором является отношение будущего специалиста к своему здоровью. Тем более, если речь идёт о специалистах в сфере медицины.

То, насколько ответственно относится студент к своему здоровью, создаёт основу для трудоспособности. Кроме того, высокий уровень ответственности за своё здоровье открывает возможности для медицинского работника нести в массы достоверную информацию о здоровом образе жизни и профилактике гриппа и ОРВИ.

Несмотря на то, что студенты относятся к условно здоровому слою населения, их образ жизни связан с гиподинамией, неправильным питанием, значительным нервно-психическим напряжением. Поэтому у студентов часто наблюдаются нарушения дыхательной, пищеварительной и других систем организма, свидетельством чего являются неспецифические признаки – быстрая утомляемость, низкая работоспособность, раздражительность, нарушения сна и др. Все эти факторы повышают риск к заболеваниям гриппа и ОРВИ.

Объект исследования – студенты медицинского колледжа.

Предмет исследования – отношение студентов к ЗОЖ и мерам профилактики гриппа и ОРВИ.

Задача – поиск методов профилактики гриппа и ОРВИ у студентов.

Цель – меры формирования ЗОЖ у студентов.

Актуальность данного исследования заключается в том, что учитывая специфику климатических особенностей нашего региона и увеличение количества болеющих гриппом и ОРВИ, студенты являются на сегодняшний день той возрастной категорией, для которой необходимо проводить профилактические мероприятия. Так как данные профилактические мероприятия будут основой становления здорового специалиста, а также с помощью данных профилактических мероприятий повысится трудоспособность будущих работников в сфере медицины. Это является важной причиной для общества и государства в целом заботиться о профилактике гриппа и ОРВИ, и в том числе уделять внимание пропаганде ЗОЖ для студентов. Студентов мы относим к группе риска из-за высокой эмоциональной и умственной нагрузки.

Нами была выдвинута гипотеза: Если студент осведомлен в вопросах профилактики гриппа и ОРВИ, а также придерживается ЗОЖ, то студент менее подвержен заболеванию гриппом и ОРВИ.

С целью подтверждения данной гипотезы нами было проведено исследование на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж». В исследовании приняли участие 25 студентов, из них 2 юноши и 23 девушки.

Наше исследование состоит из двух глав. Первая глава включает два параграфа «Природа гриппа и ОРВИ» и «ЗОЖ как профилактика гриппа и ОРВИ». Вторая глава представляет собой практическую часть нашего исследования и представлена двумя параграфами «Организация исследования и анализ результатов» и «Разработанные рекомендации по профилактике гриппа и ОРВИ».

Природа гриппа и ОРВИ.

Грипп — это инфекционное заболевание, заболеть которым может любой человек. Возбудителем гриппа является вирус, который от инфицированных людей попадает в носоглотку окружающих.

Большинство людей болеют гриппом всего лишь несколько дней, но некоторые заболевают серьёзнее, возможно тяжёлое течение болезни, вплоть до смертельных исходов.

При гриппе обостряются имеющиеся хронические заболевания, кроме этого, грипп имеет обширный список возможных осложнений:

- Лёгочные осложнения (пневмония, бронхит). Именно пневмония является причиной большинства смертельных исходов от гриппа.
- Осложнения со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (отит, синусит, ринит, трахеит).
- Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардит, перикардит).
- Осложнения со стороны нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, невралгии, полирадикулоневриты).

Термин ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) - группа инфекций включает в себя более 200 возбудителей острых респираторных заболеваний, в том числе вирус гриппа. Путь передачи вирусов – воздушно-капельный. Источник инфекции – заболевший человек.

ОРВИ вызывается большим числом возбудителей, среди которых не менее 5 различных групп вирусов (вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы и др.) и более 300 их подтипов. Их всех объединяет то, что они очень заразны, так как передаются воздушно-капельным путем. Есть данные, что вирусы ОРВИ эффективно распространяются и при телесном контакте, например, при рукопожатии.

Согласно Зайцеву А.А., до настоящего времени ОРВИ имеют наиболее широкое распространение и представляют социально значимую проблему здравоохранения. Практически каждый человек ежегодно переносит 2 – 3 эпизода ОРВИ [].

Инкубационный период может колебаться от нескольких часов до 3-х дней, обычно 1-2 дня. Тяжесть заболевания варьирует от лёгких до тяжёлых гипертоксических форм. Некоторые авторы указывают, что Типичная гриппозная инфекция начинается обычно с резкого подъёма температуры тела (до 38°C - 40°C), которая сопровождается ознобом, лихорадкой, болями в мышцах, головной болью и чувством усталости. Выделений из носа, как правило, нет, напротив есть выраженное чувство сухости в носу и глотке. Обычно появляется сухой, напряжённый кашель, сопровождающийся болью за грудиной.

Среди всех возбудителей острых респираторных вирусных инфекций вирус гриппа самый жестокий. Он сильнее других повреждает защитную оболочку дыхательных путей, расчищая путь для других инфекций. Температура, слабость, потливость и прочие симптомы – далеко не главное, чем угрожает людям это коварное заболевание. Самое страшное – это осложнения. Гайморит и пневмония, миокардит, пиелонефрит – вот далеко не самый полный перечень болезней, которые может спровоцировать грипп.

ЗОЖ как профилактика гриппа и ОРВИ

Ещё Гегель утверждал: «Здоровье – это наивысшее благо». То, в каком состоянии здоровье человека зависит не только от наследственных факторов и окружающей среды, но так же и от того, как человек сам относится к своему здоровью. Важны мотивация человека и его усилия направленные на сохранение и укрепление здоровья.

По мнению Паначева В.Д. понимание роли физической культуры, как одного из ведущих факторов формирования ЗОЖ студентов, послужило тому, что активизировался поиск эффективных педагогических условий, подходов, технологий формирования ЗОЖ студентов средствами физической культуры [1].

Здоровье – это важная цель в жизни каждого человека. Эту цель можно достичь отказавшись от вредных привычек, питаясь правильно и занимаясь физической культурой. Хочется отметить, что чем раньше человек начинает прилагать усилия к сохранению и укреплению своего здоровья, тем лучшего результата он добьется. Студенческий возраст подходит для начала освоения знаний о ЗОЖ и смены образа жизни на более здоровый.

Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, который направлен на улучшение и сохранение здоровья человека.

Более чем на 50 % здоровый образ жизни определяет состояние здоровья человека.

Выделяют несколько составляющих здоровья:

- а) физическое (текущее состояние и характер взаимодействия между собой элементов целостного организма)
- б) психическое (состояние душевного комфорта, которое обеспечивает адекватную регуляцию поведения)
- в) нравственное (установки, мотивы и система ценностей поведения человека в социальной среде)
- г) социальное (влияние общества на причины возникновения болезней)
- д) профессиональное (здоровье индивида в условиях его профессиональной деятельности).

Ни для кого не секрет, что ЗОЖ способствует сохранению и укреплению здоровья.

Ведение здорового образа жизни, как важное составляющее профилактики гриппа и ОРВИ для каждого человека, способствует повышению устойчивости организма к инфекционным заболеваниям.

ЗОЖ включает:

- оптимальный режим труда и отдыха;
- правильное (сбалансированное и качественное) питание;
- двигательная активность: занятия физкультурой и спортом, закаливание;
- соблюдение правил личной гигиены;
- психогигиена, умение управлять своими эмоциями;
- отказ от вредных привычек (алкоголь, табачные изделия, наркотические средства)

Режим труда.

Оптимальный режим труда и отдыха должен предусматривать достаточное время для сна, трудовой деятельности, отдыха и приёма пищи.

Физическая культура.

Регулярные физические упражнения, тренировки способствуют укреплению иммунной системы, позволяя организму адекватно отвечать на воздействие респираторных вирусов.

Питание.

Нерациональное питание, дефицит белков, жиров, витаминов и микроэлементов является причиной вторичных иммунодефицитных состояний и создает благоприятные условия для инфицирования вирусами гриппа и ОРВИ.

Употребляйте в пищу темно-зеленые, красные и желтые овощи и фрукты, содержащие антиоксиданты, витамины А, С, Е и бета-каротин.

Вредные привычки становятся причиной многих серьезных заболеваний, оказывают отрицательное воздействие на иммунитет и способствуют возникновению респираторных инфекций. Курильщики более склонны к респираторным заболеваниям и испытывают более частые простуды.

Стресс

Люди, которые регулярно испытывают стресс, как правило, имеют ослабленный иммунитет, поэтому они чаще болевают и у них чаще развиваются осложнения инфекционных заболеваний.

Таким образом, проанализировав теоретические аспекты по теме нашего исследования, мы можем сделать вывод о том, что ЗОЖ является неотъемлемой частью в

системе профилактики гриппа и ОРВИ. Кроме того, хотим отметить важность информационных мероприятий о ЗОЖ среди студентов.

Организация и проведение тестирования.

Нами была выдвинута гипотеза: Если студент осведомлён в вопросах профилактики гриппа и ОРВИ, а также придерживается ЗОЖ, то студент менее подвержен заболеванию гриппом и ОРВИ.

С целью подтверждения данной гипотезы нами было проведено исследование на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж». В исследовании приняли участие 25 студентов, из них 2 юноши и 23 девушки. В возрасте от 18 лет и старше.

В качестве методики исследования нами была разработана и использована анкета на тему «ЗОЖ и профилактика гриппа и ОРВИ». Разработанная нами анкета состоит из 15 вопросов. Данное анкетирование было направлено на выяснение отношения студентов к своему здоровью, а также уточнение у студентов приверженности к ЗОЖ и осведомленности испытуемых о ЗОЖ.

Посредством первого вопроса «Ваш пол» мы уточнили, что в нашем исследовании приняли участие 2 юноши и 23 девушки.

Вторым вопросом мы определили, что возраст 15 респондентов – 18 лет, 7 студентов в возрасте 19 – 25 лет и 3 испытуемых в возрасте старше 30 лет. Студенты из возрастной категории 26 – 30 лет в нашем исследовании не приняли участие.

Третьим вопросом мы попросили оценить респондентов состояние своего здоровья. 14 студентов из 25 оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное. 7 испытуемых отметили состояние своего здоровья как хорошее. Неудовлетворительно состояние своего здоровья оценили 2 респондента из 25. И 2 студента отнесли состояние своего здоровья к категории «иное».

В четвёртом вопросе мы выяснили имеются ли у испытуемых хронические заболевания. Из 25 респондентов 17 отметили отсутствие хронических заболеваний, тогда как наличие таких заболеваний мы выявили у 8 студентов.

Пятым вопросом мы определили частоту заболевания у студентов простудными болезнями. Результаты анкетирования показали, что 1 – 2 раза в год болеют 14 человек из 25 испытуемых. Ответ «не болею» выбрали 4 респондента. И к категории часто болеющих простудными заболеваниями себя отнесли 7 студентов.

На шестой вопрос испытуемым нужно было ответить положительно ли они относятся к вакцинопрофилактике против гриппа или отрицательно. «Положительно» как ответ выбрали 20 респондентов и отрицательное отношение было выявлено у 5 человек.

Седьмым вопросом мы просили оценить студентов по их мнению достаточно ли они информированы про вакцинопрофилактику против гриппа. Из 25 участников исследования 23 студента считают, что они достаточно информированы про вакцинопрофилактику против гриппа. В то время как 2 респондента отнесли себя к категории недостаточно информированных про вакцинопрофилактику против гриппа.

На восьмой вопрос испытуемым необходимо было ответить прививаются ли они от гриппа. По результатам анкетирования мы увидели, что прививаются от гриппа 18 человек из 25 респондентов, тогда как не прививаются от гриппа 7 человек.

«Ведёте ли вы здоровый образ жизни?» был девятым вопросом в нашей анкете. Мы выяснили, что из 25 участников нашего исследования здоровый образ жизни ведут 17 студентов, а 8 испытуемых отметили, что не придерживаются здорового образа жизни.

Десятым вопросом мы уточнили сколько участников нашего исследования занимаются спортом. Результаты анкетирования показали, что физической культурой в рамках учебной программы занимаются 14 человек из 25 респондентов. Активный здоровый образ жизни ведут 9 студентов. И пассивное отношение к здоровому образу жизни выразили 2 студента.

В одиннадцатом вопросе нашей анкеты мы выяснили сколько участников нашего исследования имеют такую вредную привычку как курение. Из 25 студентов некурящими оказались 23 человека. И 2 испытуемых отметили себя в категории курящих.

В двенадцатом вопросе мы опрашивали студентов о режиме питания. Из 25 испытуемых 1 – 2 раза в день питаются 11 респондентов. Такой режим питания как 3 – 4 раза в день отметили 8 человек. И к категории «иное» себя отнесли 6 студентов.

В тринадцатом вопросе мы уточнили режим сна у студентов. Из 25 участников нашего исследования спят менее 8 часов 18 человек. Тратят 8 часов и более на сон 8 студентов. И ответ «иное» выбрали 2 испытуемых.

В четырнадцатом вопросе мы попросили испытуемых ответить, связывают ли они проблемы со здоровьем с тем образом жизни который они ведут. Из 25 студентов 17 участников нашего исследования считают, что проблемы со здоровьем не связаны с тем образом жизни который они ведут. В то время как 7 испытуемых связывают проблемы со здоровьем с тем образом жизни, который они ведут. А так же 1 участник исследования выбрал ответ «иное».

В пятнадцатом вопросе мы уточнили о том, хотели бы участники исследования получать дополнительную информацию о ЗОЖ. По результатам опроса мы видим, что 18 испытуемых не хотят получать дополнительно информацию о ЗОЖ. В то время как 7 студентов выразили желание о данном виде информации.

Проанализировав результаты, полученные поле анкетирования, мы хотим представить вам Таблицу 1 «Соотношение состояния здоровья студентов с частотой простудных заболеваний и занятиями спортом».

Таблица 1

Вопросы	Ответы		
Как вы оцениваете состояние своего здоровья?	Удовлетворительно 14 чел.	Хорошее 7 чел.	Неудовлетворительное или иное 4 чел.
Часто ли вы болеете простудными заболеваниями?	1 – 2 раза в год 14 чел.	Не болею 4 чел.	Часто 7 чел.
Занимаетесь ли вы спортом?	На физкультуре 14 чел.	Да, активно 9 чел.	Нет 2 чел.

Из представленной таблицы мы видим, что студенты в количестве 14 испытуемых, оценившие состояние своего здоровья как удовлетворительное, болеют редко (1 – 2 раза в год), а также отдают предпочтение занятиям физической культурой. Что говорит о том, что физическая культура в рамках учебной программы для студентов является эффективной мерой профилактики гриппа и ОРВИ. Кроме того, физкультуру стоит рассматривать как одно из наиболее продуктивных направлений здорового образа жизни.

Также мы хотим представить Таблицу 2 «Связь проблем со здоровьем с недостаточным информированием студентов о ЗОЖ».

Таблица 2

Вопросы	Ответы	
	Да	Нет
Связываете ли вы проблемы со здоровьем с тем образом жизни, который вы ведёте?	7 чел.	17 чел.
Хотели бы вы дополнительно получать информацию по ЗОЖ?	7 чел.	18 чел.

По результатам Таблицы 2 мы можем сказать о том, что большинство респондентов (17 человек) не связывают проблемы со здоровьем с тем образом жизни, который они ведут.

И также большинство испытуемых (18 человек) не хотели бы получать дополнительную информацию о ЗОЖ. Эти результаты говорят нам о том, что студенты недостаточно информированы о здоровом образе жизни. Так как ЗОЖ является профилактической мерой для профилактики проблем со здоровьем.

Кроме того, о недостаточной осведомлённости в вопросах ЗОЖ нам демонстрирует Таблица 3 «Режим питания и сна при ЗОЖ».

Таблица 3

Вопросы	Ответы		
Ведёте ли вы здоровый образ жизни?	Да 23 чел.	Нет 2 чел.	Иное 0 чел.
Режим питания?	3 – 4 раза в день 8 чел.	1 – 2 раза в день 11 чел.	Иное 6 чел.
Режим сна?	8 часов и более 5 чел.	Менее 8 часов 18 чел.	Иное 2 чел.

Из представленной Таблицы 3 мы можем сказать, что студенты мало знакомы с вопросами здорового образа жизни. Большинство респондентов (23 человека) ответили, что ведут здоровый образ жизни. Но при этом мы видим, что из 25 участников исследования всего лишь 8 человек принимают пищу 3 – 4 раза в день. Остальные юноши и девушки принимают пищу 1 – 2 раза в день. Такой режим питания мы не можем отнести к ЗОЖ. Говоря о режиме сна из таблицы, мы видим, что лишь 5 студентов спят 8 часов и более. Остальные респонденты придерживаются режима сна, не относящегося к ЗОЖ.

Таким образом, исходя из полученных результатов проведённого анкетирования, мы можем сделать вывод о том, что студенты не информированы в достаточной мере в вопросах здорового образа жизни. В результате мы можем отметить, что из 25 студентов, принявших участие в нашем исследовании всего 4 респондента, не болеют простудными заболеваниями.

Разработанные рекомендации

Здоровый образ жизни способствует сохранению и укреплению здоровья. Ведение здорового образа жизни, как важное составляющее профилактики гриппа и ОРВИ для каждого человека, способствует повышению устойчивости организма к инфекционным заболеваниям.

ЗОЖ включает:

- оптимальный режим труда и отдыха;
- правильное (сбалансированное и качественное) питание;

- двигательная активность: занятия физкультурой и спортом, закаливание;
- соблюдение правил личной гигиены;
- психогигиена, умение управлять своими эмоциями;
- отказ от вредных привычек (алкоголь, табачные изделия, наркотические средства)

Важно высыпаться, не переутомляться, заниматься спортом и больше бывать на свежем воздухе. Спать нужно ежедневно не менее 8 часов.

Нерациональное питание, дефицит белков, жиров, витаминов и микроэлементов является благоприятным условием для инфицирования вирусами гриппа и ОРВИ.

Список наиболее полезных для защиты от ОРВИ продуктов наверняка знаком многим:

- Чеснок – является проверенным продуктом для профилактики ОРВИ и гриппа. Его пахучие дольки нужно съедать ежедневно детям и взрослых в период простуд.

- Лук – кладезь фитонцидов, как и чеснок. В рацион питания включать «убийцу микробов» можно в любом виде.

- Мед – обладающий богатым составом продукт используется и для профилактики заболеваний, и при их лечении. Для взрослого ежедневной нормой употребления сладкого продукта является 2-3 ч. л. Можно добавлять мед в воду или творог, каши, теплый чай.

- Клюква – улучшает обмен веществ, укрепляет иммунитет. Во время болезни ягода поможет снять жар и воспаление.

- Лимон – в питание его нужно включать из-за содержания в нем витамина С. Вместе с лимоном в меню стоит добавить и грейпфруты, апельсины, другие цитрусовые.

- Квашеная капуста – является проверенным «поставщиком» витамина С. Для укрепления иммунитета в капусту можно добавлять ягоды клюквы, оливковое масло.

- Кисломолочные продукты – простокваша, йогурт, кефир, творог обязательно должны присутствовать в рационе при профилактике ОРВИ. Эти продукты положительно влияют на состояние микрофлоры кишечника — стража иммунитета.

- Каши из цельного зерна – овсянка, гречка, каша из ячменя являются источниками энергии, важных для иммунитета микроэлементов, витаминов, например, селена и цинка, необходимых для борьбы с вирусами.

Нужно найти какой-то вид спорта или физическое занятие, которые не только позволяют поддерживать организм в хорошем состоянии, но и доставляют удовольствие.

Люди, которые регулярно испытывают стресс, как правило, имеют ослабленный иммунитет, поэтому чаще болевают и чаще испытывают осложнения инфекционных заболеваний.

Вредные привычки становятся причиной многих серьезных заболеваний, оказывают отрицательное воздействие на иммунитет и способствуют возникновению респираторных инфекций.

Курильщики более склонны к респираторным заболеваниям и испытывают более частые простуды.

Меры профилактики гриппа и ОРВИ:

- после каждой поездки в общественном транспорте, по приходу домой, необходимо тщательно вымыть руки. Если возможности вымыть руки нет, – при себе рекомендуется иметь антибактериальные влажные салфетки или антибактериальный гель.

- не следует прикасаться грязными руками к лицу, слизистым оболочкам рта, носа.

- избегайте мест скопления людей.

- если вы почувствовали недомогание, первые признаки заболевания уже появились – в общественных местах используйте маску для того, чтобы исключить распространение инфекции среди людей. Благодаря маске здоровый человек может защититься от заражения, посещая общественные места в разгар эпидемии.

- если вы все - таки заболели, воздержитесь от посещения работы, оставьте дома заболевшего ребенка. Это не только снизит возможность распространения инфекции, но и уменьшит вероятность развития осложнений, в том числе опасных для жизни.

Меры профилактики гриппа в разгар эпидемии:

- после каждой поездки в общественном транспорте, по приходу домой, необходимо тщательно вымыть руки. Если возможности вымыть руки нет, – при себе рекомендуется иметь антибактериальные влажные салфетки или антибактериальный гель.

- не следует прикасаться грязными руками к лицу, слизистым оболочкам рта, носа.

- избегайте мест скопления людей.

- если вы почувствовали недомогание, первые признаки заболевания уже появились, – в общественных местах используйте маску, для того, чтобы исключить распространение инфекции среди людей. Благодаря маске здоровый человек может защититься от заражения, посещая общественные места в разгар эпидемии.

- если вы все - таки заболели, воздержитесь от посещения работы, оставьте дома заболевшего ребенка. Это не только снизит возможность распространения инфекции, но и уменьшит вероятность развития осложнений, в том числе опасных для жизни.

Заключение

Нами была выдвинута гипотеза: Если студент осведомлён в вопросах профилактики гриппа и ОРВИ, а также придерживается ЗОЖ, то студент менее подвержен заболеванию гриппом и ОРВИ.

С целью подтверждения данной гипотезы нами было проведено исследование на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж». В исследовании приняли участие 25 студентов, из них 2 юноши и 23 девушки. В возрасте от 18 лет и старше.

В качестве методики исследования нами была разработана и использована анкета на тему «ЗОЖ и профилактика гриппа и ОРВИ». Разработанная нами анкета состоит из 15 вопросов. Данное анкетирование было направлено на выяснение отношения студентов к своему здоровью, а также уточнение у студентов приверженности к ЗОЖ и осведомленности испытуемых о ЗОЖ.

Исходя из полученных результатов проведённого анкетирования, мы можем сделать вывод о том, что студенты не информированы в достаточной мере в вопросах здорового образа жизни.

Необходимость проведения информационных мероприятий о здоровом образе жизни говорят результаты нашего исследования. Где из 25 респондентов лишь 7 студентов оценили состояние своего здоровья как хорошее. В тоже время 23 испытуемых отметили, что ведут здоровый образ жизни, но из результатов анкетирования мы видим, что большинство участников исследования не придерживаются ни режима сна, ни режима питания. Эти данные говорят о том, что тенденция к ЗОЖ присутствует у студентов, но малая информированность в данном вопросе не позволяет правильно организовать режимы сохранения и укрепления своего здоровья. Ещё одним фактом тенденции к ЗОЖ мы видим в том, что из 25 участников нашего исследования 23 студента не имеют такой вредной привычки как курение. В результате мы можем отметить, что из 25 студентов, принявших участие в нашем исследовании всего 4 респондента не болеют простудными заболеваниями.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза о том, что если студент осведомлён в вопросах профилактики гриппа и ОРВИ, а также придерживается ЗОЖ, то студент менее подвержен заболеванию гриппом и ОРВИ, была подтверждена.

На основе полученных результатов нами были разработаны и предложены рекомендации по профилактике гриппа и ОРВИ. Данные рекомендации направлены на сохранение и укрепление здоровья.

Список источников:

1. Дружилов С.А. Здоровый образ жизни как целесообразная активность человека // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 4 [Электронный ресурс]
2. Зайцев А.А. «Грипп и острые респираторные вирусные инфекции: рациональная симптоматическая терапия», Москва, «Лечебное дело» №3.
3. Зароднюк Г.В., Ларионова М.Н. Основы здорового образа жизни студента.- Санкт-Петербург: Издательство Политехнического университета, 2016
4. Карачев П.Н. Формирование здорового образа жизни студентов. [Электронный ресурс].
5. Назарова Е. Н., Жиллов Ю. Д. Основы здорового образа жизни. [Электронный ресурс].
6. Паначев В.Д. Физическая культура и спорт – средство социальнопедагогического развития личности // Мониторинг качества здоровья в практике формирования безопасной здоровьесберегающей образовательной среды: материалы всерос. науч. практ. конф., г. Волгоград, 25-27 нояб. 2011г. – с. 28-32.
7. Паначев В.Д. К оценке здорового образа жизни в студенческой молодежи // Физическая культура и спорт в структуре здоровьесберегающей системы высшей школы: сб. науч. тр. по материалам междунар. науч.- метод. конф., посвященной 80-летию образования Ставропольского государственного университета 19 апр. 2011г. – с.67-71.
8. Паначев В.Д. Анализ физической культуры и здорового образа жизни. Международный журнал экспериментального образования №4 (2) 2013 Москва С. 40-45

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
СТАЦИОНАРА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**

*Бединина Анастасия Владимировна – студентка 3 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Кокишарова Наталья Услановна*

Гастрит - это распространенное заболевание желудка, в основе которого лежит нарушение его функций в результате воспаления слизистой оболочки. Острый гастрит возникает вследствие грубых нарушений питания (прием недоброкачественной пищи, крепких алкогольных напитков в больших количествах или их суррогатов), непереносимость определенных пищевых продуктов и лекарственных средств, присутствия в пище болезнетворных микроорганизмов и др. Для острого гастрита характерны относительно быстро возникающие неприятные вкусовые ощущения, тяжесть, распирание в подложечной области, повышенное слюноотделение, тошнота, рвота с непереваренными остатками пищи, кислым (потом) горьким вкусом во рту, иногда диарея, общая слабость, головокружение, в тяжелых случаях – коллапс. При тяжелой форме острого гастрита также может дойти до кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки.

Покров слизи защищает слизистую оболочку от самопереваривания. Возбуждающие средства, типа никотина, алкоголя или крепкого кофе, а также некоторые болеутоляющие и

антиревматические медикаменты, могут нарушить эту самозащиту.

При гастритах, атонии желудка и кишечника умеренная физическая нагрузка, не вызывающая утомления, повышает обмен веществ, улучшает кровообращение и возбуждает деятельность всех органов выделения пищеварительных соков.

В последние годы данная патология стабильно занимает ведущие места в структуре терапевтических заболеваний. Во многих странах мира разработаны национальные рекомендации по диагностике и лечению хронического гастрита и внешнесекреторной недостаточности желудочно-кишечного тракта. До недавнего времени в России рекомендаций подобного уровня не было, хотя необходимость их создания в помощь практическому здравоохранению очевидна.

В январе 2013 г. в «Российском журнале гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» был опубликован инициативный проект Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению хронического гастрита. В течение 2014-2015 гг. этот проект обсуждался на всех симпозиумах РГА, а его наиболее дискуссионные аспекты - на страницах профильных изданий. Для создания финального согласованного документа его авторы и эксперты, участвовавшие в принятии решений, в течение года анализировали информацию, поступавшую от врачей практического здравоохранения и научных работников.

В настоящее время проблема от гастрита не теряет своей актуальности. Ее численность по разным источникам составляет в среднем от 15 % . Основными причинами больных являются: нарушения гемостаза, эндокринная система, острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

Острый гастрит является полиэтиологическим заболеванием. Достоверно изучены и известны более 100 факторов, способствующих возникновению острого воспаления слизистой оболочки желудка, однако достоверно удается установить причину заболевания лишь в 75-80% случаев.

Учитывая многочисленность этиологических факторов, целесообразно их объединение в группы в зависимости от ведущих причин возникновения данного заболевания, а именно, алиментарные факторы, связанные с патологией билиарного тракта. Основным этиологическим фактором возникновения острого гастрита является алиментарный, в частности, хроническая алкогольная интоксикация. В последние 10 – 15 лет количество больных увеличилось в 2 раза. Это связано с ростом потребления населением алкоголя, что является одной из основных причин развития этого заболевания.

Так, преобладание в частоте заболевания алиментарных причин развития острого гастрита, в частности алкогольного, характерно для Российской Федерации, Финляндии,

Голландии.

В большинстве стран хронический гастрит 70% обусловлен употреблением алкоголя, 25-30% случаев – у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе желчнокаменная болезнь, 4-9 % случаев – среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Также причинами гастрита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции. Чаще в возрасте 30-60 лет. Важной составной частью комплексной терапии при остром и хроническом гастрите является лечебной диетой [1].

Следовательно, изменяя характер питания, можно повлиять на течение патологического процесса. Медсестра, являясь как бы наставником пациента, помогает ему реализовать правильное питание и улучшить свое здоровье - этим обусловлена актуальность нашей работы.

Целью: организация мероприятий направленных на улучшения качества жизни пациентов с хроническим гастритом, а также разработка памяток для пациентов. Достижение цели осуществляется путем решения следующих .

Задачи:

1. Изучить и проанализировать источники литературы по заданной теме.
2. Определить роль медицинской сестры стационара в улучшение качества жизни пациентов с хроническим гастритом.
3. Провести анкетирование с целью определения знаний пациентов по факторам риска и образа жизни с хроническим гастритом.
4. Разработать рекомендации пациентам по улучшению качества их жизни.

Объект исследования: роль профессиональной деятельности медицинской сестры стационара в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом.

Предмет исследования: уровень информированности пациентов о заболевании, по факторам риска и профилактики гастрита.

Методы исследования:

- метод анализа статистических материалов;
- метод аналитический.

Практическая значимость работы: настоящая работа заключается в организации мероприятий направленных на улучшение качества жизни пациентов с хроническим гастритом, и в разработки памяток для пациентов, по осуществлению профилактики предупреждающей развитие обострений и осложнений гастрита.

Исследовательская работа проведена в КГБУЗ «Городская больница № 2» города Комсомольска – на Амуре в период с марта 2018 года по апрель 2018 года. Стационар

расположен по адресу: улица Культурная дом 5.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения (КГБУЗ «Городская больница № 2»), является лечебно – диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно – поликлиническую плановую и экстренную, круглосуточную – стационарную, соответствующую самым современным медицинским стандартам помощь, как жителям собственного, так и других регионов. Городская больница №2 Комсомольска-на-Амуре – многопрофильное медучреждение. В структуре больницы функционирует несколько подразделений: стационар, параклинические отделения, амбулаторно-поликлиническая служба, представленная 2взрослыми и 2детскими поликлиниками.

КГБУЗ «Городская больница №2» оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно методической и консультативной помощи.

Ответственность за состояние больного, обратившегося за помощью, лежит на медицинском персонале. От чётких соблюдения правил лечебного процесса, информированности и профессионализма медицинских сестёр, наблюдающих и оказывающих сестринский уход пациентам, зависит очень многое. В обязанности медицинской сестры входит не только своевременное и правильное выполнение назначений врача, но и грамотная организация, а также информирование пациентов о своевременном принятии профилактических мер способствующих развитию обострений, и развитию тяжёлых осложнений, а также помочь пациенту психологически адаптироваться в сложившейся ситуации, связанной с изменением в состоянии здоровья.

Это организация включает в себя следующие мероприятия:

- Проводить беседы с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений. Обеспечить пациента необходимой научно-популярной литературой, памятками.
- Проводить беседы с пациентом: о значении диеты и соблюдении режима питания; о сути диеты при его заболевании. Поощрять пациента следованию диеты.
- Проводить контроль за соблюдением пациентом предписанной диеты, передачами родственников.
- Проводить беседу с пациентом о необходимости приема пищи и жидкости.
- Провести беседу с близкими родственниками пациента о характере передач. Обеспечить прием мягкой и полужидкой пищи, небольшими порциями, но часто, в удобное

для пациента время. По согласованию с врачом обеспечить прием жидкости не менее 2 л в сутки (кипяченая вода, минеральная щелочная вода без газа, молоко и др.).

- Проводить беседу с пациентом о необходимости систематического приема лекарственных препаратов для уменьшения болей.
- Проводить контроль засвоевременным приемом пациентом лекарственных препаратов.
- Взвешивать пациента 2 раза в неделю.
- Оказывать помощь пациенту при перемещении, сопровождать его.
- Помогать пациенту, проводить гигиенический уход.
- Проводить контроль приема пищи и жидкости пациентом.
- Обеспечить пациента средствами экстренной связи с медсестрой.
- Поместить емкости для рвотных масс, кувшин с водой и салфетки у постели пациента.
- Оказать пациенту помощь при рвоте. Обеспечить прием противорвотных средств по назначению врача.
- Проводить беседы с пациентом о влиянии алкоголя и табакокурение на слизистую оболочку желудка.
- Создать пациенту психоэмоциональный покой.

Таким образом, роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом является санитарно – просветительская работа – пропаганда здорового образа жизни. Это режим труда и отдыха, достаточная активность, рациональное, сбалансированное питание. Доказано, что главные причины, приводящие к физической изношенности и преждевременной смерти, - не в болезнях, а в неправильном образе жизни. А задача медицинской сестры – помочь и научить пациента правильно применять те или иные средства для укрепления и поддержания здоровья. Четкая организация санитарно – просветительской работы и неукоснительное выполнение всех мер профилактики пациентом, способствующих обострению и развитию тяжелых осложнений, во многом определяют роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом.

На базе терапевтического отделения КГБУЗ «Городская больница № 2» было проведено исследование. Мы проанализировали статистические данные пролеченных пациентов в терапевтическом отделении с хроническим гастритом за период 2016-2018 года. В 2016 году в терапевтическом отделении всего пролечено с хроническим гастритом 80 пациентов, из них оперированных по поводу острого гастрита 3 пациента. За 2017 год пролечено 93 человека из них оперированных 1 пациент. В 2018 году получили медицинскую помощь 110 пациентов из них оперированных по поводу осложнения (рак желудка) 1 пациент.

Анализируя показатели, отмечается рост пролеченных пациентов с хроническим гастритом на 10 случаев, однако было отмечено понижение оперированных пациентов по поводу хронического гастрита в 2016 году на 5 случаев и умерших от хронического гастрита нет (Рисунок 1).

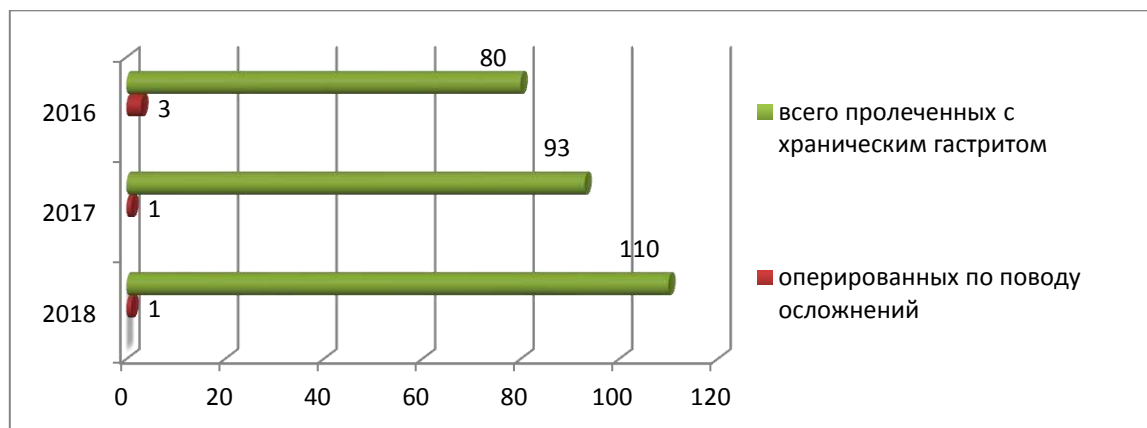


Рис. 1. Анализ заболеваемости с хроническим гастритом в терапевтическом отделении

В тоже время существенно увеличилось число пролеченных пациентов с острым гастритом на 12, хроническим гастритом на 6 случаев. Это объясняется, в частности тем, что увеличилось число больных, которым было проведено необходимое лечение (Рисунок 2).

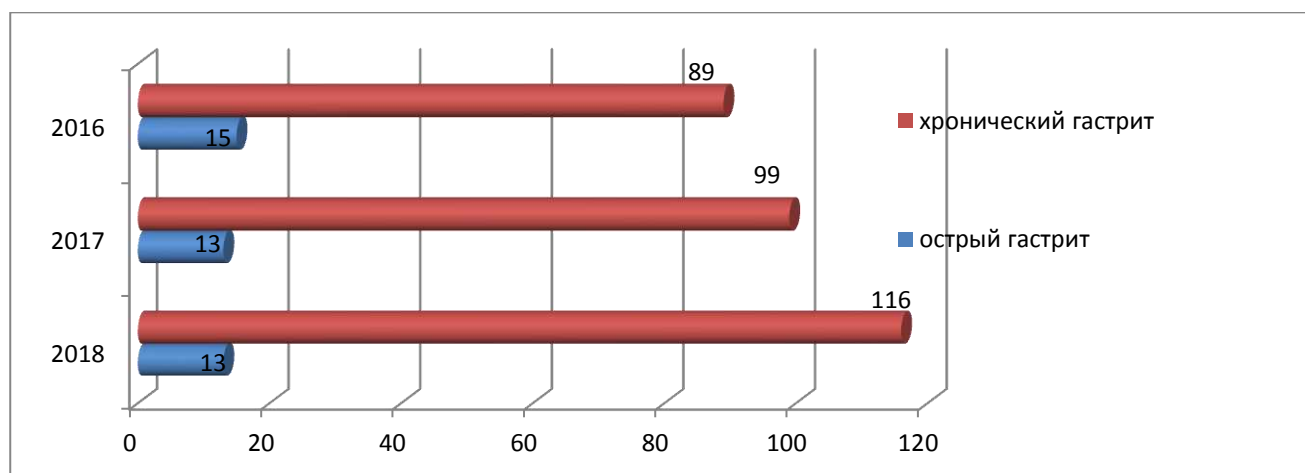


Рис. 2. Классификация хронического гастрита

Проанализировав показатели по половому признаку, следует отметить, что наиболее высокие показатели у мужчин.

В 2016 году количество заболевших мужчин возросло с 40 до 55 случаев.

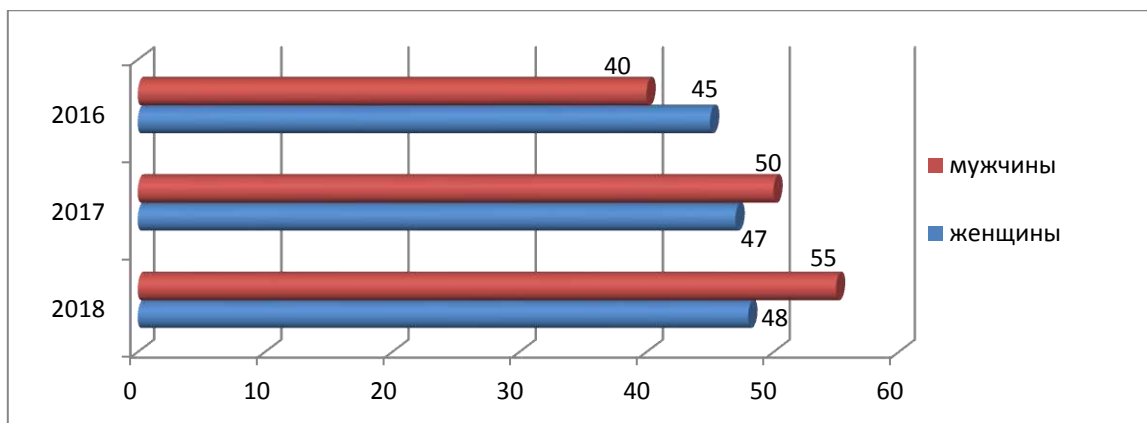


Рис. 3. Показатель заболеваемости хронического гастрита по половому признаку

Учитывая важность проблемы в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом, нами было решено провести анонимное анкетирование среди пациентов, находившихся на лечении в стационаре по поводу хронического гастрита. В анкетировании приняли добровольное участие 20 пациентов, из которых 15 человек составили мужчины, а 5 человек женщины. По анкетам, заполненным пациентами, был проведен анализ образа жизни больных хроническим гастритом, включающий вопросы о факторах риска, а также степени выполнения рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов. Заполненные анкеты позволяли также оценить источники информации о своем заболевании, диете и мерах профилактики.

Задав вопрос в анкете: «Сколько Вам лет?» Большинство опрошиваемых это люди в возрасте от 30 до 60 лет – эта возрастная категория составила - 11 человека, от 60 до 80 лет – 4 человека, от 18 до 30 лет – 5 человек (Рисунок 4).

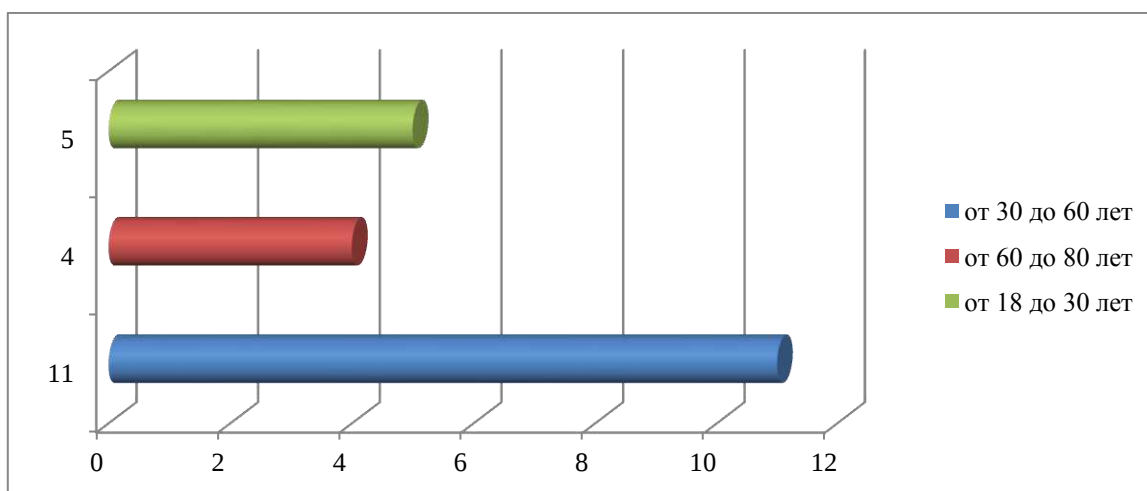


Рис. 4. Возраст респондентов.

Анализируя показатели ответа на вопрос: «Ваш социальный статус», надо отметить, в основном это были лица временно не работающие – 7 не работающих, 11 работающих и 2

человек это инвалиды (Рисунок 5).

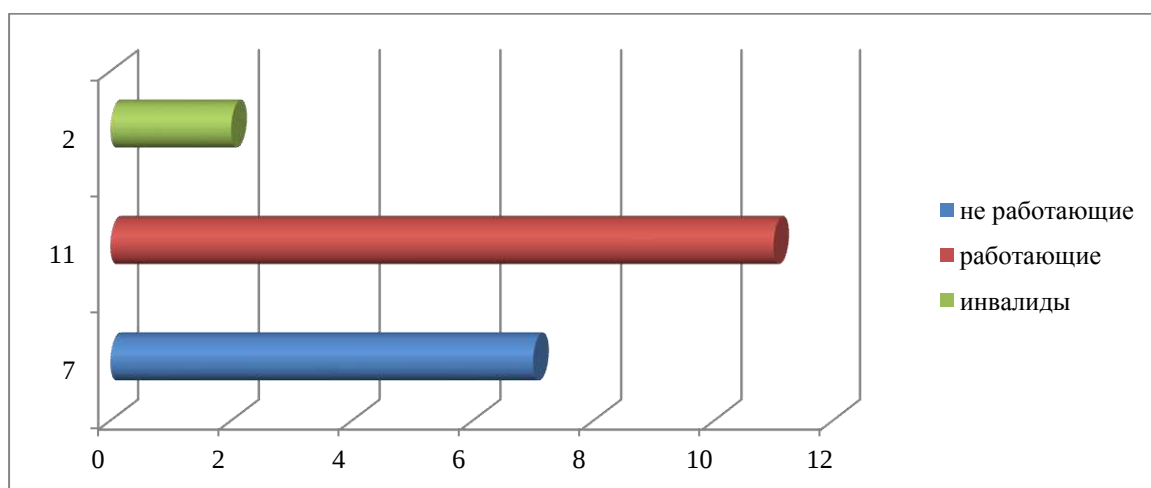


Рис. 5. Ответ на вопрос «Ваш социальный статус?»

Проведенный на основании данных анкет анализ уровня знаний больных о своем заболевании показал: 10 пациентов знают, что требуется постоянное лечение их болезни, 3 считают, что достаточно периодического лечения, 3 убеждены в том, что хронический гастрит можно вылечить. При этом 4 больных занимаются самолечением, принимают травы и биологически активные добавки, которые врач не назначал (Рисунок 6).

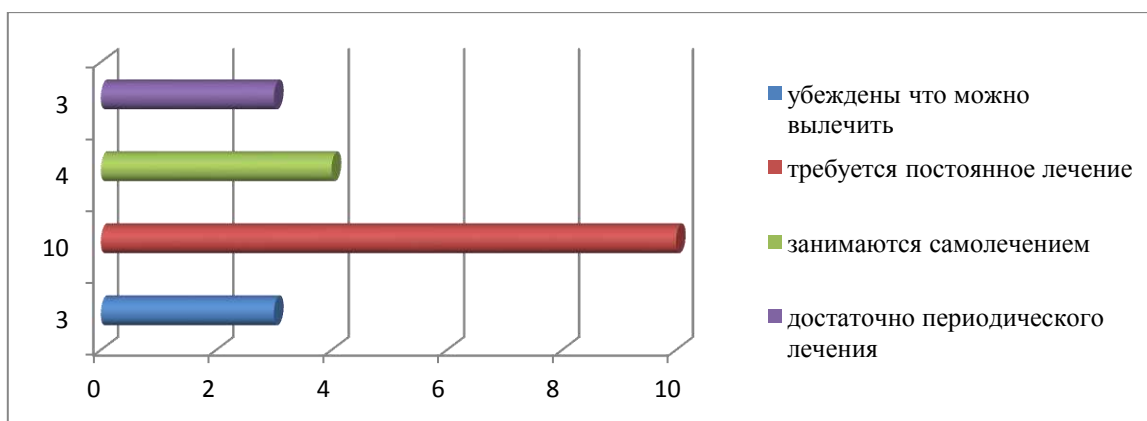


Рис. 6. Ответ на вопрос «Вы владеете информацией о своем заболевании?»

Далее, мы предложили пациентам ответить на вопрос: «Как Вы считаете, сможете распознать признаки не отложного состояния при гастрите?» При анализе были получены следующие результаты: могут распознать только 9 пациентов из опрошенных, а остальные 11 не владеют такой информацией (Рисунок 7).

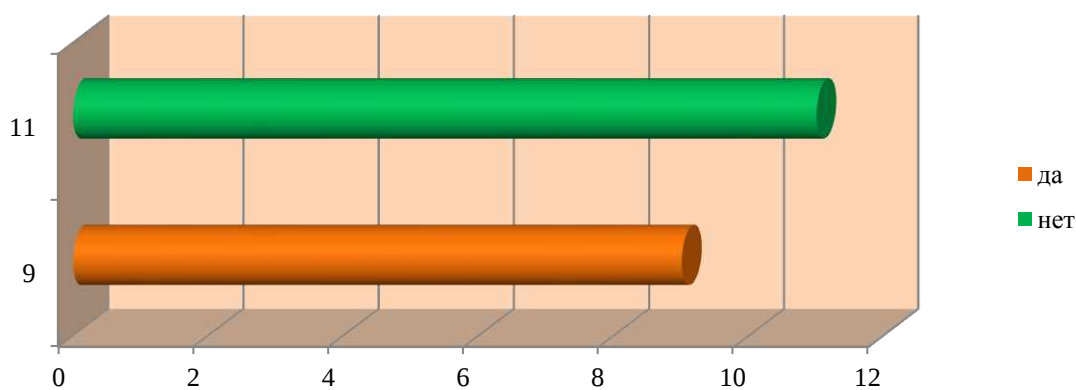


Рис. 7. Ответ на вопрос: «Как Вы считаете, сможете распознать признаки не отложного состояния при хроническом гастрите?»

Обнаружена довольно низкая приверженность больных к лечению. Полностью соблюдали врачебные рекомендации только 5 опрошенных нами пациентов, остальные по разным причинам нарушали регулярность приема препаратов. Анализ причин невыполнения назначений врача показал, что подавляющее большинство больных нарушают рекомендации по материальным соображениям или объясняют это отсутствием необходимости приема при улучшении самочувствия. Другими причинами служат: боязнь привыкания, впечатление, что назначено много лекарств, забывчивость (Рисунок 8).

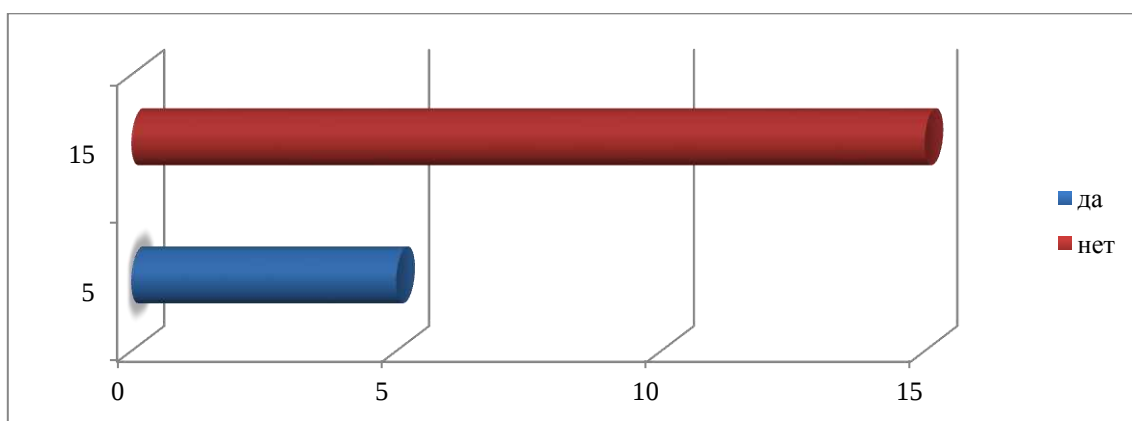


Рис. 8. «Вы выполняете рекомендации врача по приему лекарственных препаратов?»

Анкетирование также позволило выявить источники информации больных о хроническом гастрите. Для 9 пациентов источником информации о хроническом гастрите является специальная литература и интернет, 5 от знакомых, остальные бпациентов узнали о данном заболевании от медицинских работников. Пациенты пользуются разными источниками информации, включая специальную литературу и интернет, причем полученные сведения не могут оценивать правильно. Далеко не все получают информацию о

заболевании от медицинского персонала и, по-видимому, этой информации недостаточно (Рисунок 9).

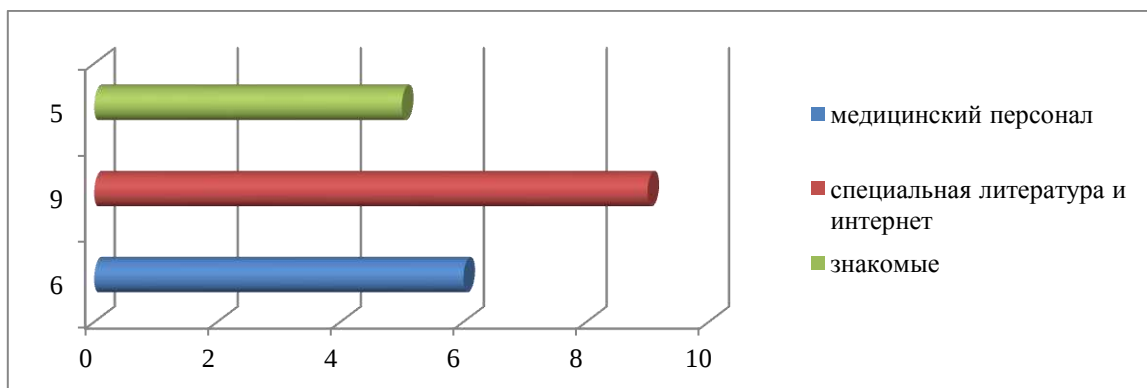


Рисунок 9. «Что для Вас является источником информации о хроническом гастрите?»

Отдельный вопрос был связан с факторами риска, о том, что может способствовать или провоцировать заболевание, были полученные следующие результаты: 3 – пациентов затруднились ответить, 6 – нарушение диеты, 5 - употребление алкоголя и табакокурение, 6 пациента отметили заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Как показало исследование, не достаточная осведомленность пациентов о факторах риска. (Рисунок 10).

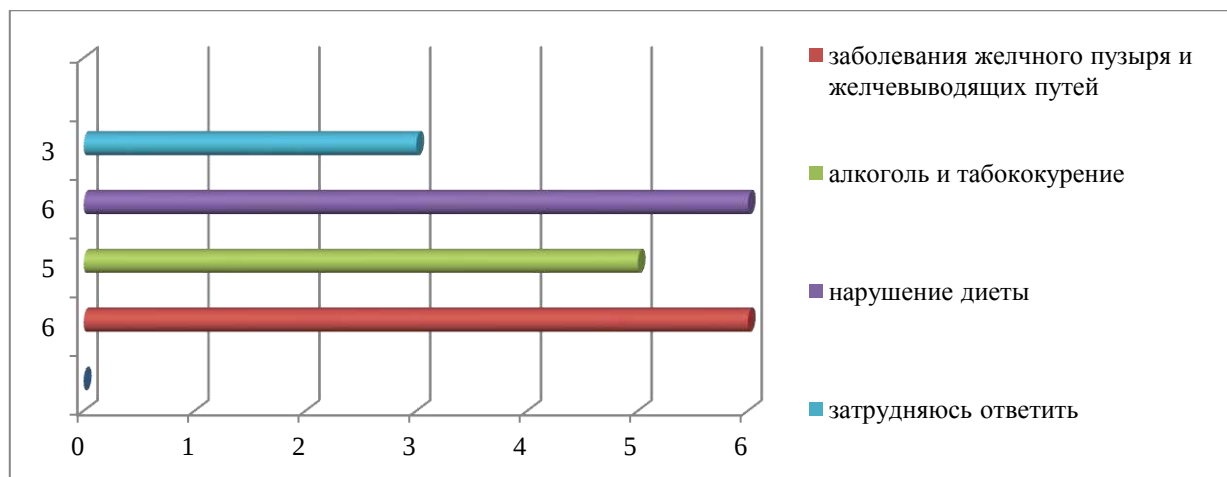


Рис. 10. Ответ на вопрос «Какая причина заболевания хроническим гастритом?»

Анкетирование показало, что только 5 пациентов ведут дневники здоровья, 15 опрошенных пациента не имеют представления о самоконтроле состояния (Рисунок 11).

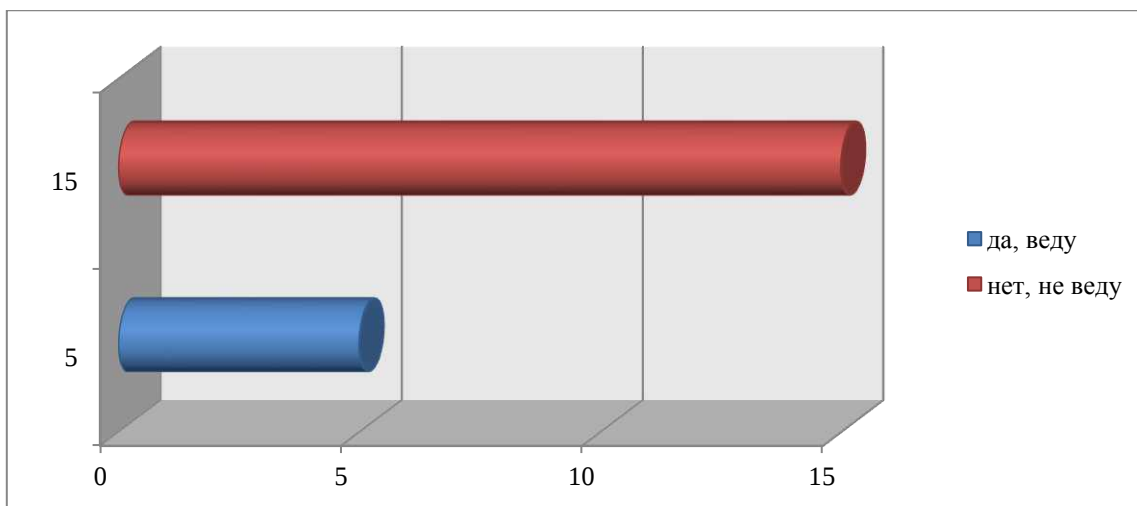


Рис. 11. Ответ на вопрос: «Ведете ли Вы дневник здоровья?»

Осознание необходимости проведения постоянной поддерживающей терапии имеет большое значение для понимания пациентами сути своего заболевания. На вопрос анкеты: «Проводил ли с Вами кто-то из медицинских сестер беседу о необходимости постоянного поддерживающего лечения?» Ответы пациентов распределились следующим образом: 11 опрошенных ответили – нет, не проводили беседы, и 9 ответили – медицинская сестра. Из анализа анкет стало ясно, что медицинские сестры, осуществляющие уход за пациентами с хроническим гастритом, не акцентируют внимание пациентов на этой проблеме, хотя предполагается, что роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом в получении больными знаний о своем заболевании должна быть высока (Рисунок 12).

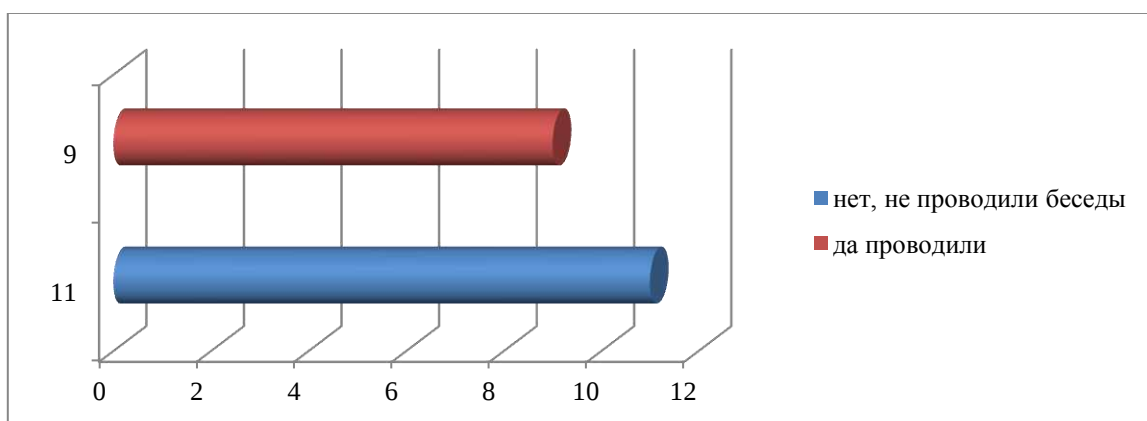


Рис. 12. Ответ на вопрос: «Проводил ли с Вами кто-то из медицинских сестер беседу о необходимости постоянного поддерживающего лечения?»

Анализируя ответ на вопрос: «Что наиболее тревожит Вас в вашем сегодняшнем

состоянии?» подавляющее число анкетированных отметили отсутствие информации о том, как жить дальше после выписки из стационара (Рисунок 13).

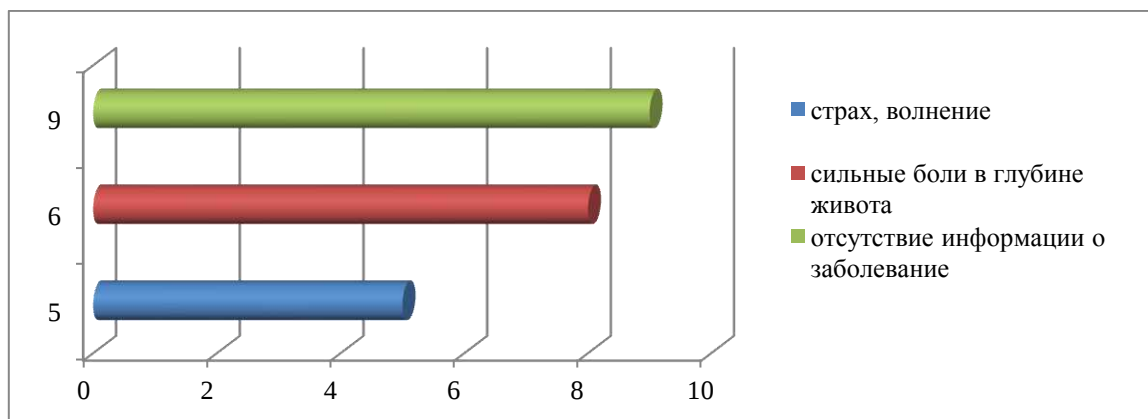


Рис. 13. Ответ на вопрос: «Что наиболее тревожит Вас в вашем сегодняшнем состоянии?»

В ходе опроса мы пытались выяснить, в какой информации нуждаются пациенты. В 8 случаев необходимы сведения о видах и длительности реабилитационных мероприятий, 5 опрошенных выразили желание получить профессиональную консультацию по поводу образа жизни, 3 – об особенностях диеты и факторах риска, 4 пациентов заинтересованы в получении информации о профилактике рецидивов (Рисунок 14).

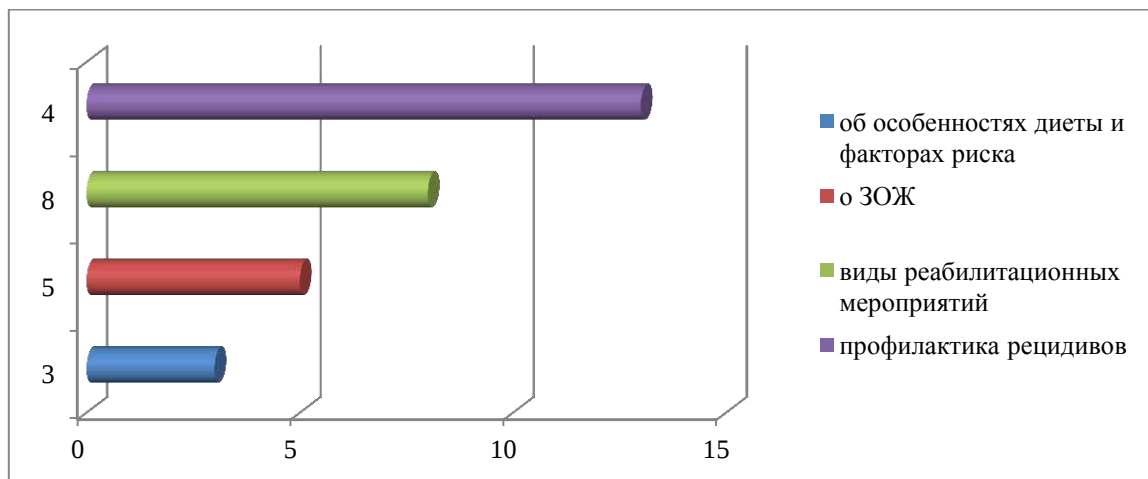


Рис. 14. Ответ на вопрос: «В какой информации Вы нуждаетесь?»

Проведенное нами социологическое исследование показало, что приверженность больных хроническим гастритом к лечению нельзя считать высокой, поэтому зачастую пациенты не получают терапию, отвечающую современным требованиям. К сожалению, полностью соблюдают рекомендации врачей по приему лекарственных препаратов менее

трети больных, а еще 10 человек считают отсутствие улучшения самочувствия. Основной причиной несоблюдения рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов являются материальные трудности.

Согласно ответам, только 11 пациентов получали соответствующие беседы от медицинского персонала. Очевидно, сведения о хроническом гастрите не были изложены соответствующим образом и не были понятны больными. Именно это, по-видимому, заставляет больных искать дополнительные источники информации, не всегда доступные их пониманию. Еще менее продуктивно в этом смысле общение с другими людьми и перенимание их опыта лечения. Также анализ результата опроса показал, неосведомленность пациентов о факторах риска, профилактики и не владения информацией о признаках не отложного состояния при хроническом гастрите, все это говорит о недостаточном уровне медицинской активности и медицинской грамотности населения.

Нужно заметить, что борьба с осложнениями при хроническом гастрите зависит не только от врачей, лекарственной терапии, ответственного отношения больных к своему здоровью, но и от участия медицинских сестёр. Медицинская сестра, обладающая расширенными знаниями и опытом по улучшению качества жизни пациентов с хроническим гастритом способна повысить качество жизни больных с этим заболеванием и даже продлить им жизнь, что крайне важно.

В настоящее время медицинская сестра должна использовать в своей работе принципы педагогики и психологии, уделять повышенное внимание объёму знаний больных о своем заболевании, быть бдительной. Качественное исполнение своих профессиональных обязанностей, особенно тщательная работа с пациентом и его родственниками, пропаганда здорового образа жизни, мотивирование и побуждение больных соблюдать диетотерапию, назначения и рекомендации врача, стимулирование интереса к жизни все это – успех лечения и, в первую очередь, жизнь пациента, его качество жизни, именно поэтому нами были составлены рекомендации медицинским сестрам:

- Необходимо регулярно проводить санитарно – просветительную работу с пациентами по профилактике развитию обострений, по приостановлению прогрессирования воспаления, по предупреждению развитие осложнений.
- Разработать для пациентов и их родственников памятки и буклеты по режиму труда и отдыха, лечебному питанию.
- Медицинская сестра должна организовать и проводить различные мероприятия с целью информированности населения о заболевании и признаках не отложного состояния при хроническом гастрите, а также о факторах риска и, как уменьшить воздействие управляемых факторов риска.

- Посоветовать пациентам продолжать диспансерное наблюдение.
- Обучать пациентов, как правильно вести дневник здоровья и контролировать свое самочувствие.

Таким образом, мы пришли к выводу, что роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с хроническим гастритом заключается в разработке оптимальной программы реабилитации включающая в себя комплексы лечебной физкультуры, и обширной антистрессовой терапии. Медицинская сестра выступает в качестве консультанта при составлении рекомендаций по режиму труда и отдыха, лечебному питанию, мерам профилактики обострений и советам по здоровому образу жизни. Все это способствует улучшению качества жизни пациентов с хроническим гастритом.

Хронический гастрит – это заболевание слизистой оболочки желудка, в основе которого лежит воспалительный процесс, приводящий к ее повреждению и изменению внешней и внутрисекреторной функций, ведущее к серьезным нарушениям обмена веществ.

В последние годы данная патология стабильно занимает ведущие места в структуре терапевтических заболеваний. Заболеваемость хроническим гастритом из года в год стабильно увеличивается и, по мировым статистическим данным, составляет от 100 до 600 человек на 1000000 населения в год.

Хронический гастрит – заболевание, вызывающие резкие боли, тошноту, изжогу и другие неприятные симптомы. Но хуже то, что без должного внимания болезнь быстро прогрессирует. Преобладающим этиологическим фактором развития заболевания является алиментарный фактор, в частности, алкоголь. Также причинами гастрита могут быть отравления, переизбыток жирной, соленой и острой пищи, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции.

Учитывая важность проблемы в улучшении качества жизни пациентов, нами было решено провести анкетирование пациентов. По анкетам, заполненным пациентами, был проведен анализ образа жизни больных хроническим гастритом, включающий вопросы о факторах риска, а также степени выполнения рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов. Заполненные анкеты позволяли также оценить источники информации о своем заболевании, диете и мерах профилактики.

Анкетирование позволило выявить недостаточную осведомленность пациентов о своем заболевании и здоровом образе жизни. Все эти факторы оказывают прямое влияние на качество жизни пациентов, именно поэтому, с целью улучшения качества жизни пациента были составлены рекомендации медицинским сестрам, также разработали памятки для пациентов о мерах профилактики по развитию обострений и факторах риска (Приложение 2).

На основании проведенного исследования роль медицинской сестры возрастает.

Медицинская сестра должна уделять постоянное внимание мероприятиям по повышению качества жизни пациента.

При своевременном проведении санитарно – просветительской работы и обучения пациентов и их родственников соблюдению мер профилактики направленных на предупреждение развитию обострений и осложнений хронического гастрита, существенно можно улучшить качество жизни пациента с хроническим гастритом.

Таким образом, изучив и проанализировав теоретический материал по заданной теме и проведя социологическое исследование, нами сделаны следующие выводы:

Среднему медперсоналу отводится основная, главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера.

Роль медицинской сестры в данном случае заключается в правильном и точном составлении рекомендаций пациентам по режиму труда и отдыха, лечебному питанию, мерам профилактики обострений и советам по здоровому образу жизни. Все это способствует улучшению качества жизни пациентов с хроническим гастритом.

Список источников:

1. Гоч Е.М., Коваленко Ю.В., Красовский В.В. и др. Благоприятный исход редкого осложнения деструктивного хронического гастрита // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.-2014-№5- С.-93
2. Диллинджер Э.П. Инфекционные осложнения хронического гастрита // Клини.микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2013. - Т. 5, № 2. - С.-109
3. Климов А.Е Антиоксидантная и магнитнолазерная терапия в комплексном лечении больных хронического гастрита // Рос.мед. журн. - 2012. - № 5 - С.-19
4. Кононов В.С. Возможности озон-ультразвукового воздействия в комплексном лечении больных с инфицированным хронического гастрита // Казанский мед.журнал – 2013, №2. С.-173
5. Корольков А.Ю. Антиоксидантная и магнитнолазерная терапия в комплексном лечении больных хронического гастрита // Рос.мед. журн. - 2013. - №5. - С.- 18

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Барьянова Татьяна Сергеевна – студентка 3 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Кокишаров Максим Анатольевич*

В апреле 2011 г. был опубликован доклад ВОЗ о состоянии борьбы с неинфекционными болезнями (2010 г.), или Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям (НИЗ). Доклад о ситуации в области НИЗ представляет собой первый документ о всемирной эпидемии диабета, сердечно-сосудистых, онкологических и

хронических заболеваний, а также о факторах риска их развития и детерминантах. Согласно отчету, в 2008 г. в общей сложности в мире умерли 57 млн. человек, НИЗ унесли 36 млн. человеческих жизней, причем значительная доля этих смертей пришлась на людей моложе 60 лет, т.е. на лиц, находящихся в наиболее продуктивном периоде жизни [2, с. 18].

Из НИЗ рак – наиболее частая причина заболеваемости и летальных исходов в Европе после сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), за год заболевают раком более 3 млн. человек и 1,7 млн. умирают. Ежегодно в мире регистрируются 12,7 млн. больных злокачественными новообразованиями и 7,6 млн умерших от них, что составляет 13 % всех умерших, при этом большинство (75 %) этих случаев приходится на развивающиеся страны, которые имеют ограниченные ресурсы для профилактики, своевременной диагностики и лечения рака или совсем их не имеют. По прогнозам МАИР, смертность от рака будет продолжать расти и к 2030 г. число летальных исходов при раке составит 13,1 млн. в год.

Неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) и смертность среди данного контингента больных на протяжении последних десятилетий свидетельствует о важности и актуальности этого заболевания в клинической онкологии. Заболеваемость РМЖ не равномерна и составляет различную величину: от 25 – 35 на 100 000 в Великобритании, Дании, США, Канаде до 2 – 5 на 100 000 в Японии, Мексике и Венесуэле. Высокая заболеваемость в Прибалтийских республиках 18,0 – 20,2 на 100 000, низкая в республиках Средней Азии 7,4 – 10,4 на 100 000 [2].

Злокачественные опухоли молочной железы в России выявлены в 1998 г. у 42607 пациенток: 54 % опухолей выявлено при профосмотрах; у 56,7 % пациенток РМЖ выявлен – I - II стадии, у 28,19 – III стадии, у 12,9 % - IV стадии. Абсолютное число больных с впервые выявленным диагнозом РМЖ в течении последних 10 лет возрастает в среднем на 3,9 % ежегодно. «Грубый» показатель заболеваемости женского населения России РМЖ возрос по сравнению с уровнем 1998 г. на 39,7 % и достиг 54,8 %. Вышеуказанный прирост обусловлен как «постарением» населения так и истинным ростом. В современной России, как и во всем мире, наблюдается рост частоты онкологических заболеваний. На конец 2010 г. количество больных злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составило 2 794 189, т. е. 2,0 % населения страны, из них 20,4 % – сельские жители.

По мнению ВОЗ, рака часто можно избежать, а ранняя диагностика значительно повышает шансы на излечение. Выбор темы исследования обусловлен её актуальностью для практической деятельности медицинской сестры. Чтобы хорошо справляться с обязанностями по профилактике РМЖ, нужно не только быть внимательным и чутким

человеком, но и образованным специалистом, понимающим сущность заболевания, смысл проводимых манипуляций, механизм действия применяемых лекарственных средств, причины возможных осложнений.

Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинских сестер в области профилактики рака молочной железы.

Нами поставлены задачи исследования:

1. изучить научную и учебно-методическую литературу по теме исследования;
2. ознакомиться с методами организации и исполнения сестринской деятельности при профилактике РМЖ;
3. проанализировать систему профилактики РМЖ;
4. оценить профессиональную деятельность медицинской сестры при профилактике РМЖ;
5. выполнить анализ статистических данных;
6. разработать и выполнить тематический буклет в качестве реализации одного из возможных направлений профилактики РМЖ сестринским персоналом.

Объектом исследования является сестринский процесс и методы организации сестринской деятельности по профилактике РМЖ.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при профилактике РМЖ.

Теоретическая значимость. Обобщены теоретические сведения о профессиональной деятельности медицинской сестры при профилактике РМЖ; проведён анализ конъюнктурных данных в сфере исследуемого заболевания за последние три года.

Практическая значимость. В качестве реализации одного из возможных направлений профилактики РМЖ разработан и выполнен соответствующий тематический буклет.

Структура дипломной работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

В качестве аналитической части настоящего исследования был проведен анализ конъюнктурного отчета за 2015 год Краевого государственного бюджетного учреждения «Онкологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края – специализированного лечебного учреждения, оказывающего онкологическую помощь жителям г. Комсомольска-на-Амуре, Комсомольского, Солнечного и Амурского районов, на основании лицензии серия ЛО № 27-01-001435 на осуществление медицинской деятельности, выданной 19.03.2013 г. Министерством здравоохранения Хабаровского края.

За основу анализа были приняты содержащиеся в отчёте основные показатели (таблица 1).

Таблица 1

Основные показатели за отчетный период

	2013	2014	2015
1	2	3	4
Общая численность населения г. Комсомольска-на-Амуре (по данным отдела сбора и обработки статистических данных г. Комсомольска н/А)	257891	254934	253030
Общая заболеваемость на 100000	435,1	440,5	428,4
Запущенность, %	30,0	26,7	25,6
Смертность от рака на 100000	200,9	198,5	193,7
Умершие до года	29,0	27,4	24,4
Индекс отношения заболеваемости к показателю смертности	2,1	2,2	2,4

Как видно из представленной таблицы отмечается незначительное снижение показателя онкологической заболеваемости, в 2015 г. он составляет 428,4 на 100 000 населения (2014 г. – 440,5 на 100 000 населения), тогда как показатель онкологической запущенности в 2015 г. снизился до 25,6 (в 2014 г. – 26,7), на этом фоне отмечается снижение показателя годичной летальности, который составляет 24,4.

При этом следует обратить внимание на небольшое снижение показателя смертности от злокачественных новообразований, на 2015 г. он составил 193,7 на 100 000 населения (2014 г. – 198,5, 2013 г. – 200,9; 2012 г. – 195,96 2011 г. – 195,5, на 100 000 населения). Хочется отметить стабильное повышение индекса накопления контингентов, который на 2015 г. составил 5,1 (2014 г. – 5,1; 2013 г. – 5,0; 2012 г. – 4,9). Положительная динамика данного показателя, опережающая рост заболеваемости, свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи.

При анализе таблицы, в сравнение с другими годами, отмечается увеличение роста злокачественных новообразований легких, кожи, молочной железы, в 2015 году лидирующую позицию занимают легкие, тогда как в 2014 году на первом месте – кожа. Заболеваемость среди населения по нозологиям распределилась следующим образом (рисунок 1): 2015 г. (I-е место – легкие, бронхи, трахея – 54,5; II-е место – кожа – 52,5; III-е место – молочная железа – 43,1); 2014 г. (I-е место – кожа – 64,7; II-е место – легкие, бронхи, трахея – 52,6; III-е место – молочная железа – 48,3); 2013 г. (I-е место – кожа; II-е место – легкие, бронхи, трахеи; III-е место – молочная железа).

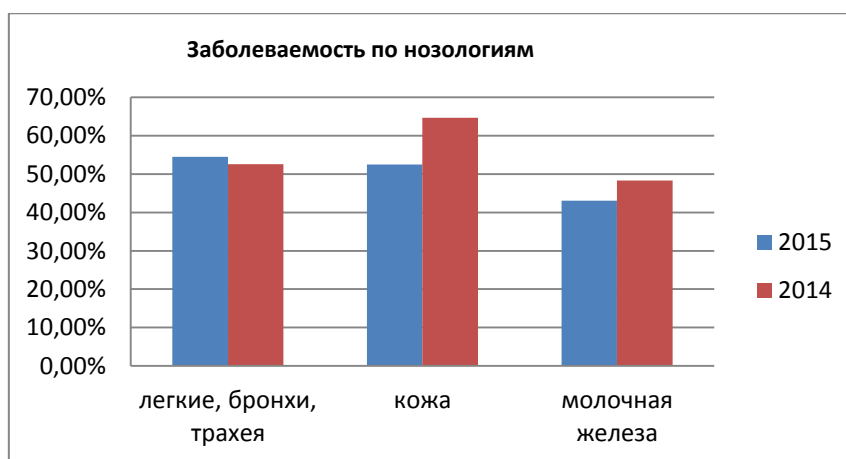


Рис. 1 – Заболеваемость по нозологиям

Особое внимание следует обратить на анализ заболеваемости РМЖ женского населения. Его динамика представленная, на рисунке 2, выглядит следующим образом: 2015 год (I-е место – молочная железа – 78,8; II-е место – кожа – 75,1; III-е место – тело матки – 22,1); 2014 год (I-е место – молочная железа – 90,1; II-е место – кожа – 87,0; III-е место – тело матки – 30,0); 2013 год (I-е место – молочная железа – 81,0; II-е место – кожа – 67,4; III-е место – ободочная кишка – 32,3).

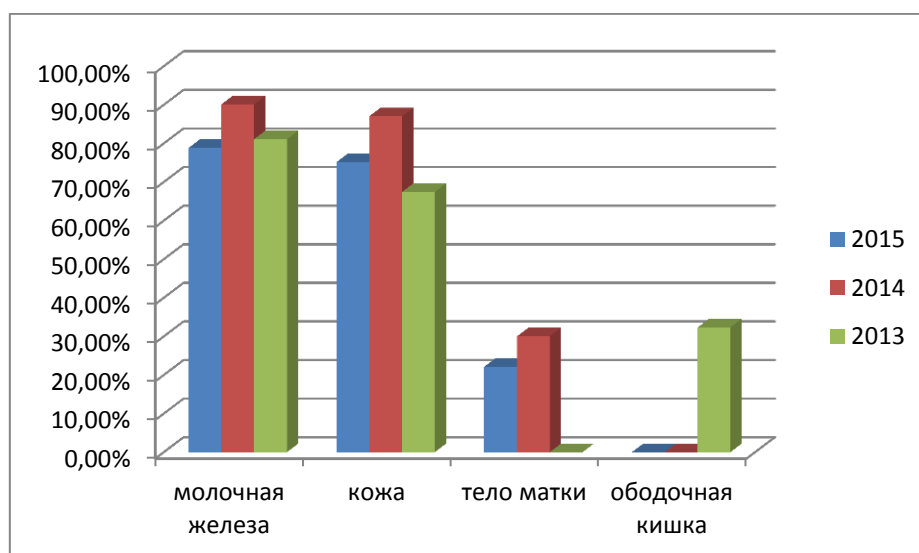


Рис. 2 – Динамика заболеваемости женского населения

Представленная диаграмма дает основание сделать вывод что к 2015 г. отмечается, хотя и незначительное, но снижение статистики заболеваемости раком молочной железы по сравнению с предыдущими годами.

Структура впервые выявленных больных по локализациям представлена в цифровом

выражении в таблице, приведенной в приложении 2.

Из представленной таблицы видно, что в структуре впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями:

- на первом месте – рак кожи,
- на втором – рак легких,
- на третьем – рак молочной железы.

Наглядно динамика в распределении мест в структуре впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями представлены на рисунке 3.

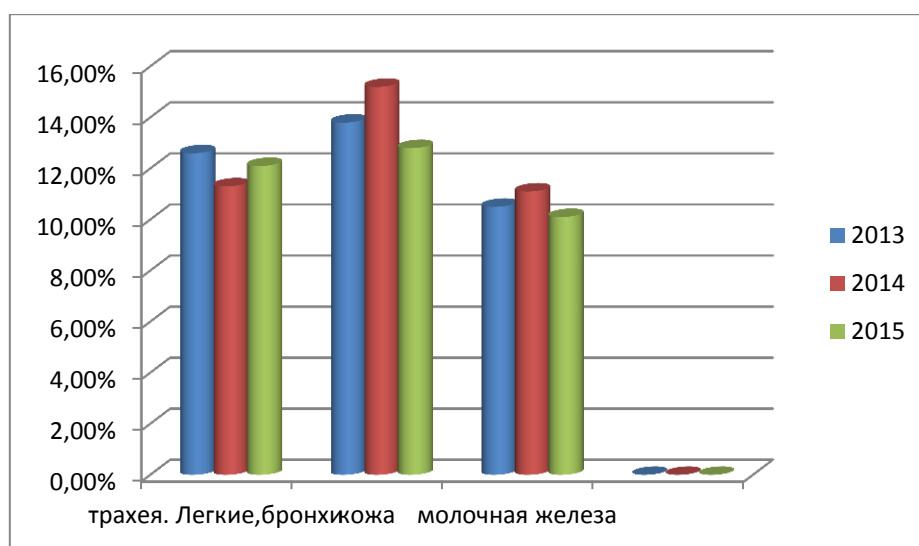


Рис. 3 – Структура впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями

Распределение впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями по стадиям представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение впервые выявленных ЗНО по стадиям (%)

	Из впервые взятых					
	2013		2014		2015	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I-II стадия	554	51,6	614	57,2	560	55,0
III стадия	215	20,0	189	17,6	196	19,3
IV стадия	274	25,5	246	22,9	211	20,7
Без стадии	30	2,8	25	2,3	51	5,0
Всего	1073	100	1074	100	1018	100

	Из впервые взятых					
	2013		2014		2015	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Диагноз, подтвержденный морфологически (от впервые выявленных)	987	92,0	903	84,1	874	85,1

Как видно из представленной таблицы в 2015 г. выявляемость больных с I – II стадиями заболевания снизилась и составляет – 55,0 % (2014 г. – 57,2 %), что напрямую зависит от онконастороженности общей лечебной сети.

Увеличился показатель количества установленных диагнозов злокачественных новообразований подтвержденных морфологически, проведено 874 исследования, что составляет 85,9 % (2014 г. – 903 исследования, что составляет 84,1 %, 2013 г. – 987 исследований, что составляет 92 %, 2012 г. – 787 исследование, что составляет 74,7 %). Наряду с этим ситуация с предоставлением результатов гистологического заключения остается актуальной. На данный момент сроки составляют более 6 месяцев.

Удельный вес больных со II-ой клинической группой – 79,3 % (2014 г. – 77,1 %; 2013 г. – 74,7 %), с IV клинической группой среди впервые зарегистрированных больных – 20,7 % (2014 г. – 22,9 %; 2013 г. – 25,3 %). Среди впервые зарегистрированных больных с IV клинической группой на:

- I-ом месте – больные с заболеваниями легких, бронхов, трахеи;
- II-ом месте – больные с заболеваниями желудка;
- III-ем месте – больные с заболеваниями поджелудочной железы.

2014 год: на I-ом месте – больные с заболеваниями легких, бронхов, трахеи; II-ом месте – больные с заболеваниями желудка; III-ем месте – больные с заболеваниями толстого кишечника.

Итак, непосредственно РМЖ в структуре впервые выявленных ЗНО по локализациям, стадиям и клиническим группам за 2015 г. может быть представлен более наглядно в следующем виде (рисунок 4).

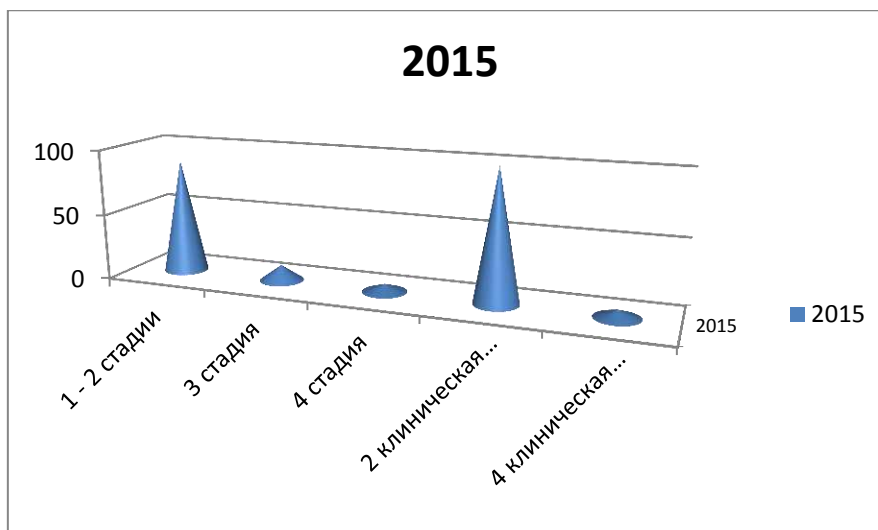


Рис. 4 – РМЖ в структуре впервые выявленных ЗНО по локализациям, стадиям и клиническим группам за 2015 г.

Таким образом, высокий показатель выявляемости больных с IV клинической группой продолжает оставаться характерным для злокачественных новообразований внутренних локализаций. Данный показатель указывает на недостаточную онконастороженность врачей общей лечебной сети в отношении онкозаболеваний внутренних локализаций.

Анализ статистики позволяет сделать вывод, что отмечается рост распространенности злокачественных новообразований молочной железы, кожи, тела матки. Это связано с ростом заболеваемости данных патологий, увеличением показателя выявляемости больных I - II стадии, а так же повышением эффективности лечения данных патологий. При этом хочется отметить, что показатели распространенности злокачественными новообразованиями практически во всех локализациях имеют отчетливую тенденцию к повышению (исключение составляют показатели распространенности ЗНО пищевода и желудка). Что заставляет усилить внимание в отношении данных локализаций специалистов общей лечебной сети.

При анализе запущенности по нозологическим группам отмечается преобладание злокачественных новообразований визуальных локализаций. На первом месте рак печени и внутриспеченочных протоков, на втором месте рак полости рта на третьем месте злокачественные новообразования поджелудочной железы и губы и языка. Увеличилась также запущенность рака яичников, мочевого пузыря, щитовидной железы. Представленные данные позволяют сделать вывод о недостаточной онконастороженности в поликлиниках общей лечебной сети города в отношении онкопатологии.

При анализе причин поздней диагностики за 2015 г. следует обратить внимание на

причины. Из них:

- по вине врачей выявлено – 6,8 % запущенных форм (из них: неполное обследование – 42,8 %, несовершенство диспансеризации – 7,1 %; ошибка R-логическая – 28,6 % ошибка морфологическая – 14,3 %; ошибка других специалистов – 7,1 %); (2014 г.: по вине врачей выявлено – 5,3 %; не полное одследование – 68,7 %; несовершенство диспансеризации – 1,9 %; ошибка других специалистов – 1,2 %); (2013 г.: по вине врачей выявлено – 3,0 % запущенных форм (из них: неполное обследование – 44,4 %, ошибка клиническая – 22,2 %, ошибка других специалистов – 33,3 %); 2012 г.: по вине врачей выявлено – 6,8 % запущенных форм (из них: неполное обследование – 60,0 %, несовершенство диспансеризации – 15 %, ошибка в рентгенологическая – 10 %, ошибка морфологическая – 10 %, ошибка других специалистов – 5 %); 2011 г. – по вине врачей выявлено – 5,1 % запущенных форм (из них: неполное обследование – 50,0 %, ошибка в рентгенологическая – 18,8 %, несовершенство диспансеризации – 12,5 %, ошибка клиническая – 12,5 %, ошибка морфологическая – 6,3 %);

- по вине больного: несвоевременное обращение – 35,9 %, отказ от обследования 2,9 %, (2014 г.: несвоевременное обращение – 41,0 %, отказ от обследования – 1,7 %; 2013 г.: несвоевременное обращение – 45,8 %, отказ от обследования – 4,0 %; 2012 г.: несвоевременное обращение – 40,9 %, отказ от обследования – 2,4 %).

- прочее: скрытое течение болезни – 52,9 %; другие причины – 1,4 %. (2014 г.: 50,0 %; другие причины – 2,3 %; причины неизвестны – 0,7 %; 2013 г.: скрытое течение болезни – 46,2 %; другие причины – 1,3 %; причины неизвестны – 0,7 %; 2012 г.: скрытое течение болезни – 48,7 %; другие причины – 0,7 %; причины неизвестны – 0,7 %).

Статистические данные смертности от злокачественных новообразований представлены в приложении 5.

Смертность от злокачественных новообразований в 2015 году на 100000 населения:

- легкие – 39,5 (2014 г. – 27,9, 2013 г. – 38,8, 2012 г. – 33,8, 2011 г. – 31,1);
- желудок – 19,4 (2014 г. – 21,2, 2013 г. – 21,1, 2012 г. – 27,3, 2011 г. – 20,5);
- молочная железа – 14,6 (2014 г. – 17,3, 2013 г. – 11,9, 2012 г. – 16,5, 2011 г. – 14,4).

Из приведенной в приложении 5 таблицы видно, что среди умерших от ЗНО продолжают лидировать легкие, по сравнению с 2014 г. она увеличилась на 11,6, на третьем месте продолжает оставаться молочная железа и, по сравнению с 2014 г. она уменьшилась на 2,7.

Общее число умерших больных от злокачественных новообразований в 2015 г. 490 человек (2014 г. 506 человек, 2013 г. – 518 человек, 2012 г. – 510 человек, 2011 г. – 516

человек).

Отдельное внимание следует такому показателю, как пятилетняя выживаемость.

На конец 2015 г. число больных, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более – 2735, что составляет 51,8 % от числа больных состоящих на учёте, на конец отчётного года (2014 г. – 2582 (50,3 %); 2013 г. – 2726 (55,8 %); 2012 г. – 2169 (46,1 %)). Таким образом, наблюдается незначительное увеличение показателя пятилетней выживаемости относительно 2014 г.

Серьёзное значение профилактической работы в сфере РМЖ очевидно при анализе эффективности проводимых профилактических осмотров.

Доля больных, выявленных при профилактических осмотрах за 2015 г., согласно поданным извещениям о больных с впервые установленным диагнозом злокачественное новообразование, составляет 78,9 % (2014 г. – 31,1 %, 2013 г. – 63,8 %; 2012 г. – 39,3 %, 2011 г. – 22,5 %). По локализациям она представлена в приложении 6.

Анализируя эффективность профилактических осмотров за 2015 г. видно, что она увеличилась по сравнению с 2014 г. на 74,9 % (2014 г. – 32,7 %, 2013 г. – 63,8 %, 2012 г. – 39,3 %, 2011 г. – 22,5 %, 2010 г. – 6,5 %).

Доля больных с опухолевым процессом I – II стадии, выявленных при профилактических осмотрах:

- от общего числа больных, выявленных на профилактических осмотрах – 92,9 % (2014 г. – 75,5 %, 2013 г. – 79,7 %, 2012 г. – 67,8 %);

- от общего числа больных впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования – 73,3 % (2014 г. – 23,0 %, 2013 г. – 48,9 %, 2012 г. – 25,8 %);

- имеющих визуальные формы злокачественных новообразований от общего числа больных, выявленных на профилактических осмотрах – 57,1 % (2014 г. – 53,8 %, 2013 г. – 49,8 %, 2012 г. – 50,1 %).

Итак, на основании проведённого анализа можно сделать следующие самостоятельные выводы:

- 1) показатель онкологической заболеваемости населения г. Комсомольска-на-Амуре незначительно снизился и в 2015 г. составляет 428,4 на 100 000 населения;

- 2) показатель онкологической запущенности в 2015 г. снизился до 25,6 (2014 г. – 26,7; в 2013 г. – 30,0), на этом фоне отмечается снижение показателя годичной летальности, который составляет 24,4 (2014 г. – 29,0);

- 3) обращает на себя внимание снижение показателя смертности от злокачественных новообразований, на 2015 г. он составил 193,7 на 100 000 населения, что ниже целевого

показателя на 3,3 (2014 г. – 198,5; 2013 г. – 200,9; 2012 г. – 195,96; 2011 г. – 195,5 на 100 000 населения). Стабильно повышается индекс накопления контингентов, который на 2015 г. составил 5,1 (2014 г. – 5,1; 2013 г. – 5,0; 2012 г. – 4,9). Положительная динамика данного показателя, опережающая рост заболеваемости, свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи;

4) на конец 2015 г. число больных, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более – 2735, что составляет 51,8 % от числа больных состоящих на учёте, на конец отчётного года (2014 г. – 2582 (50,3 %); 2013 г. – 2726 (55,8 %); 2012 г. – 2169 (46,1 %); 2011 г. – 2021 (45,3 %)). Таким образом, наблюдается увеличение показателя пятилетней выживаемости;

5) при анализе запущенности по нозологическим группам отмечается преобладание злокачественных новообразований внутренних локализаций. На 1 месте рак печени и внутрипеченочных протоков, на 2 месте рак поджелудочной железы. Но, к сожалению, на 3 месте злокачественные новообразования полости рта, которые относятся к визуальным локализациям. Увеличилась также запущенность рака пищевода, гортани, тела матки. Представленные данные позволяют сделать вывод о недостаточной онконастороженности в поликлиниках общей лечебной сети города в отношении данных патологий;

6) сохраняется проблема морфологических исследований операционного материала онкодиспансера, удлиненные сроки исследований (более 6-ти месяцев) влияют на качество оказываемой специализированной помощи, не позволяют в полной мере соблюдать стандарты лечения больных со злокачественными новообразованиями.

В настоящее время важно обеспечить не только своевременные, эффективные диагностические мероприятия и лечение заболеваний, но и активизировать мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) населения, повысить мотивацию к этому. Мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья граждан, увеличение продолжительности их жизни через формирование ЗОЖ, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительные программы, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака, регламентируются Указом Президента РФ от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Принимая за основу положение Венской декларации о том, что сестринская профессиональная деятельность направлена на достижение и поддержание лучшего здоровья, необходимо больше внимания фокусировать на состоянии человека, а не на состоянии болезни.

Главной задачей, требующей дальнейшего исследования, осмысления и обсуждения, был поиск ниши для уникального применения сестринской позиции в системе

здравоохранения и ее квалификации, а также определение целей и показателей для оценки эффективности сестринской деятельности в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Являясь членом команды ПМСП, медицинские сестры могут полноценно проводить работу по профилактике болезней, в т. ч. и раковых, и укреплению здоровья среди населения. При максимальном использовании знаний среднего медицинского персонала и его умений можно сократить затраты и повысить качество услуг в области ПМСП.

Профилактическая деятельность медсестер может быть широкой, многообразной и самостоятельной и заключаться не только в помощи врачу, медико-просветительской работе, но и в обучающей, консультативной помощи. Трудно переоценить роль медицинской сестры в формировании ЗОЖ у населения, обучении навыкам по сохранению и укреплению здоровья как больных, так и здоровых людей.

Правильно организованная сестринская профилактическая помощь населению значительно повышает эффективность медицинской помощи у 75 % пациентов и снижает общие затраты на здравоохранение в 1,5 раза.

Особая роль сестринского персонала в условиях ПМСП заключается в использовании современных технологий профилактики, в т. ч. по формированию медицинской активности населения. Они помогают повысить мотивацию пациентов к переходу от теоретического знания профилактики к ее практическому применению, стать ориентированными не на болезнь, а на активную профилактику заболеваний, основанную на ЗОЖ. Именно медицинской сестре сейчас должна отводиться ключевая роль в медико-социальной помощи людям, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде ЗОЖ.

В настоящее время медицинские сестры РФ активно взаимодействуют с зарубежными коллегами по проблемам совершенствования сестринского дела, участвуют в международных проектах. Один из таких проектов реализовывался в Саратовской области. Иностранцами партнерами проекта выступили медицинская система «Гандерсон Лютеран» (Ла-Кросс, Висконсин, США) и общественная организация «Всемирные услуги из Ла-Кросса Инкорпорейтед» (Ла-Кросс, США); глобальная компания «Бристоль-Майерс Скуибб» стала грантодателем. Основные цели этого проекта:

- расширение участия медицинских сестер в профилактических и образовательных мероприятиях,
- повышение роли медсестринского персонала в онкологическом уходе;
- повышение информированности населения о мерах по снижению риска заболеваемости через изменение стиля жизни и контроля за своим здоровьем – на примере рака молочной железы.

По результатам проведенного мониторинга была установлена степень

осведомленности населения о профилактических мероприятиях в сфере онкологии и скрининговых программах, проводимых в системе здравоохранения, что помогло определить дальнейшие действия в области просвещения населения.

Исследование позволило выявить основные проблемы:

- недостаточную информированность населения о стратегиях в профилактике РМЖ, а у той части населения, которая получает широкий доступ к информации, – о факторах риска онкологических заболеваний, профилактических мерах и диагностических методах;
- недостаточную готовность пациентов принимать и применять полученные знания, что свидетельствует о слабой заботе со стороны населения о собственном здоровье;
- недостаточное использование имеющегося потенциала медицинских сестер в системе ПМСП в профилактических и образовательных мероприятиях среди населения.

Основная роль в информировании и обучении населения принципам ЗОЖ с целью профилактики РМЖ должна отводиться участковым медицинским сестрам.

Именно ими должно осуществляться информирование населения о факторах риска и мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни в рабочее время с учетом специфики групп населения на закрепленном участке, различающихся по возрасту и полу.

В качестве реализации одного из возможных направлений профилактики РМЖ в рамках просветительской работы медицинской сестры в рамках настоящего дипломного проекта разработан и выполнен буклет соответствующей тематики.

Возможно привлечение студентов медицинского колледжа, которые могут активно участвовать в различных мероприятиях, помогая распространять в школах, в средних и высших учебных заведениях, в магазинах города, во время проведения мероприятий, посвященных ЗОЖ, информацию о профилактике РМЖ. На первый взгляд процесс повышения мотивации населения среди школьников и молодежи не оказывает большого влияния на смертность в настоящее время, однако в следующие десятилетия именно представители этой возрастной категории составят статистику заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний.

Помимо просветительской работы с населением по профилактике РМЖ необходимо систематическое проведение массового обследования здорового населения с целью выявления скрыто протекающих (бессимптомных) онкологических заболеваний – скрининг. Цель скрининга – выявление людей с нарушениями, позволяющими предполагать определенные раковые заболевания или предрак, и быстрое направление таких людей для более точного диагностирования и лечения в соответствующие медицинские учреждения. Программы скрининга особенно эффективны для часто встречающихся типов рака, в отношении которых существуют эффективные по стоимости, недорогие, приемлемые и

доступные для большинства населения, подвергающегося риску, скрининг-тесты. Более чем 50-летний опыт скрининга рака в странах с высоким ресурсом здравоохранения показал, что организованные популяционные программы скрининга могут уменьшить смертность от рака экономически эффективным образом.

С точки зрения Международного агентства по изучению рака (МАИР) РМЖ – «идеальная» опухоль для проведения популяционного скрининга.

К сожалению, чаще всего скрининговые программы (ПСА и маммография) работают только по мере обращаемости населения за подобной помощью. Из всех методов и тестов, предлагавшихся и испытывавшихся для скрининга на РМЖ, наиболее широкое внедрение в практику скрининговых обследований получил метод рентгеновского исследования молочных желез – маммография.

В 2006–2007 гг. в РФ были проведены мероприятия по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», направленные на охрану здоровья женского населения. В настоящее время по результатам реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в медицинских организациях проведено существенное обновление медицинского оборудования. В рамках национального проекта переоснащена маммологическая служба страны и укреплена материально–техническая база онкологических учреждений субъектов РФ.

Таким образом, была создана материально-техническая база для реализации приказа Минздравсоцразвития России от 15.03.2006 г. № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболевании молочной железы» [18]. Приказ регламентирует порядок организации деятельности смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения по раннему выявлению заболеваний молочной железы, в котором женщина должна проходить первый этап обследования молочных желез.

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. При условии ранней диагностики РМЖ и адекватного лечения показатели смертности от этой патологии снижаются на 25–30 %.

Профессиональная компетентность медицинской сестры формируется на стадии профессиональной подготовки специалиста. Качество сестринского образования с учетом изменений, происходящих в системе здравоохранения и образования, определяется содержанием государственного образовательного стандарта и достигается на различных этапах профессионально-практического обучения.

В медицинских вузах и колледжах должны быть определены приоритеты и пересмотрены программы обучения по специальности «Сестринское дело». Важно признать,

что разделы программ, относящиеся к межпрофессиональной коммуникации, а также к взаимодействию с пациентами, являются разумным и эффективным средством совершенствования учебной программы медсестринского отделения. Следует внести изменения в учебную программу по психологии, включать обучение навыкам общения и отношений между медсестрой, пациентом и семьей – сотрудничество ради улучшения результатов лечения пациента.

Таким образом, среднему медицинскому персоналу должна отводиться ключевая роль в медико-профилактической помощи населению, в его санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни.

Тема моей дипломной работы обозначена как «Роль медицинской сестры в профилактике рака молочной железы». Актуальность выбранной темы несомненна.

Безусловно, высокие темпы роста заболеваемости и смертности наряду с инвалидностью, которая развивается у многих после лечения РМЖ, приводят к значительным социально-экономическим потерям. Между тем существуют медико-экономически эффективные и доступные меры борьбы с раком, которые можно реализовать независимо от уровня ресурсов страны. Это – профилактика, раннее выявление, лечение и паллиативная помощь.

Как представляется, ключевыми факторами в повышении уровня заболеваемости являются недостаточный доступ к информации, профилактике, раннему выявлению заболеваний и лечению.

Здесь следует отметить, что в нашей стране далеко не полностью используются возможности сестринского персонала, функции которого зачастую сводятся к выполнению технической работы, не требующей профессиональной подготовки. При максимальном использовании знаний и умений медсестер можно сократить затраты на медико-санитарную помощь и повысить качество услуг в этой области.

Показатели заболеваемости и смертности могут явиться индикатором профилактической работы медицинских работников первичного звена и прежде всего – медсестер. Пропаганда здорового образа жизни, раннее выявление заболеваний, информирование и обучение населения методам профилактики должны стать приоритетными задачами лечебно-профилактических учреждений.

Для каждой страны характерны свои опыт и возможности, собственная модель сестринского ухода. В мировой практике накоплен богатый опыт использования сестринского персонала в удовлетворении потребностей населения в медицинской помощи. Однако очевидна бесперспективность использования зарубежного опыта без проведения глубокого анализа и необходимой адаптации к социально-экономическим условиям нашей

страны, а также к сложившимся традициям, которые могут оказывать сдерживающее влияние на реформирование сестринского дела.

В последние 10 лет укрепились международные связи России в области здравоохранения, в том числе – и сотрудничество в области сестринского дела, направленное на совместный поиск решения актуальных проблем, создание оптимальных моделей медицинской помощи населению, развитие и совершенствование сестринского дела. Стремление более эффективно использовать сестринский потенциал, его возможности, знания и опыт послужило основанием для проведения многих международных проектов по проблемам сестринской помощи. Основная их цель – расширение доли участия медсестер в профилактических и образовательных мероприятиях, повышение роли медсестринского персонала в онкологическом уходе (на примере РМЖ), увеличение информированности населения о мерах снижения риска развития заболеваний путем изменения стиля жизни и контроля за здоровьем (на примере РМЖ).

На основании проведённого исследования следует сделать вывод, что медицинской сестре должна быть отведена ключевая роль в медико-профилактической помощи населению, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни.

Список источников:

1. Справочник медицинской сестры / Сост. Вяткина П.А. – М.: Эксмо, 2012. – 187 с.
2. Бирюкова, Н. В. Роль медсестры в профилактике рака (на примере рака молочной железы) / Н. В. Бирюкова // Медицинская сестра. 2013. – № 2. – С. 17-21.
3. Куликов, Е. П. Рак молочной железы : учеб. пособие / Е. П. Куликов. – Рязань. : РГМУ, 2013. – 75 с.
4. Хант, К. Система стадирования рака молочной железы: нужно ли пересчитать? / К. Хант // Онкология сегодня. – 2015. – №1 (10). – С.13-17.
5. Рак молочной железы (пер. с англ.) / под ред. У. И. Чен, Э. Уордли. – М. : Рид Элсивер, 2009. – 205 с.
6. Завалишина, Л. Э. Методические рекомендации по проведению HER2-тестирования рака молочной железы : методич. рекомендации / Л. Э. Завалишина, Ю. Ю. Андреева, А. А. Рязанцева, Г. А. Франк. – М. : Медицина, 2011. – 24 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Матрос Юлия Сергеевна – студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Болдырева Татьяна Леонидовна*

Инфаркт миокарда - очень распространенное заболевание, является самой частой причиной внезапной смерти. Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него

продолжает увеличиваться. Сейчас все чаще инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. Пик заболеваемости приходится на 50-70 лет. Инфаркт миокарда является основной причиной смертности не только в России, но и на всей планете. Именно этот фактор указывает на актуальность данной проблемы.

Инфаркт миокарда (ИМ) – острое заболевание, обусловленное развитием некроза в сердечной мышце в результате нарушения ее кровообращения, которое возникает вследствие тромбоза коронарной артерии или резкого ее сужения атеросклеротической бляшкой. В очень редких случаях нарушение коронарного кровотока происходит в результате спазма непораженной коронарной артерии.

Факторами риска развития инфаркта миокарда могут быть: курение; высокий уровень общего холестерина, ХС ЛПНП, триглицеридов; низкий уровень ХС ЛПВП; низкая физическая активность (гиподинамия); избыточная масса тела (ожирение); менопауза и постменопаузальный период; употребление алкоголя; психосоциальный стресс; питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров; артериальная гипертензия; сахарный диабет; пожилой возраст; семейный анамнез раннего развития ИБС; перенесенный ИМ; тяжелая стенокардия; тяжелый коронарный атеросклероз (по данным КАГ).

Клиническая картина ИМ проявляется болями за грудиной достаточно длительными, жгучими, хотя могут быть и атипичные формы инфаркта миокарда. Ведущим методом диагностики инфаркта миокарда является ЭКГ. Необходимо также определять тропонины, КФК – МВ, холестерин, сахар крови, АСАТ, АЛАТ; проводить ОАК и ОАМ. Ко всем обследованиям медсестра должна подготовить пациента. Для лечения используются антиагреганты, антикоагулянты или тромболитики, В – адреноблокаторы, нитраты короткого действия, ингибиторы АПФ, БРА (сартаны), антагонисты кальция. Медицинская сестра обязана уметь оказать неотложную помощь и осуществлять уход за пациентом.

Инфаркт миокарда надо лечить исключительно в стационаре, так как полноценная терапия и уход может осуществляться только в больнице. Уход за больным должен быть профессиональным и тщательным, а также заботливым и успокаивающим. Первые несколько дней после инфаркта человек вынужден соблюдать строгий постельный режим, поэтому уход за ним включает все меры по уходу за лежачими больными.

Статистика смертности от инфаркта миокарда достаточно велика. Большинство пациентов умирают, не дождавшись скорой помощи. Ещё половина погибает в дороге, если не оказываются срочные реанимационные мероприятия.

Цель исследования – выявить факторы риска у пациентов с инфарктом миокарда и показать роль медицинской сестры в информированности пациента о данном заболевании

Для реализации поставленной цели, нами в работе были определены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать теоретический материал по данной теме.
2. Провести анкетирование, проанализировать и составить диаграммы по анкете.
3. Сделать выводы о факторах риска инфаркта миокарда и информированности пациентов о профилактике данного заболевания
4. Подготовить памятку по профилактике инфаркта миокарда.

Объект исследования: Сестринский уход за пациентами.

Предмет исследования: Сестринский уход за пациентами с инфарктом миокарда

Гипотеза: не все пациенты знают о причинах инфаркта миокарда, регулярном приеме лекарственных препаратов и соблюдении диеты при данном заболевании

В качестве методов исследования использованы:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме,
- метод анкетирования и опроса

Полученные данные проанализировали и оформили в виде диаграмм.

При проведении научно-исследовательской работы нами была разработана анкета и проведено исследование выборочно среди пациентов кардиологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» и пациентов, находящихся на приеме врача-кардиолога в поликлинике.

В анкетирование приняли участие 40 респондентов. Данные, полученные при опросе, представлены в диаграммах.

1. На вопрос: Ваш пол? - Получены ответы, что в анкетировании участвовало 28 мужчин и 12 женщин

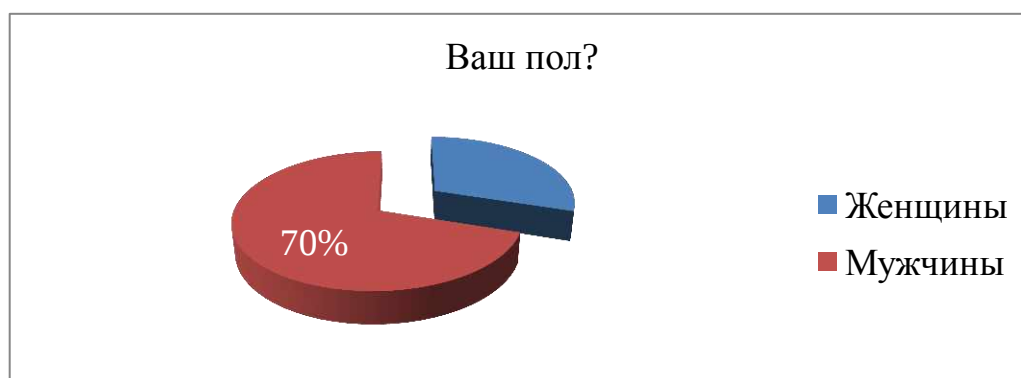


Рисунок 1.

По диаграмме 1 можно сделать вывод, то что мужчины более подвержены этому заболеванию.

2. По вопросу: Ваш возраст?

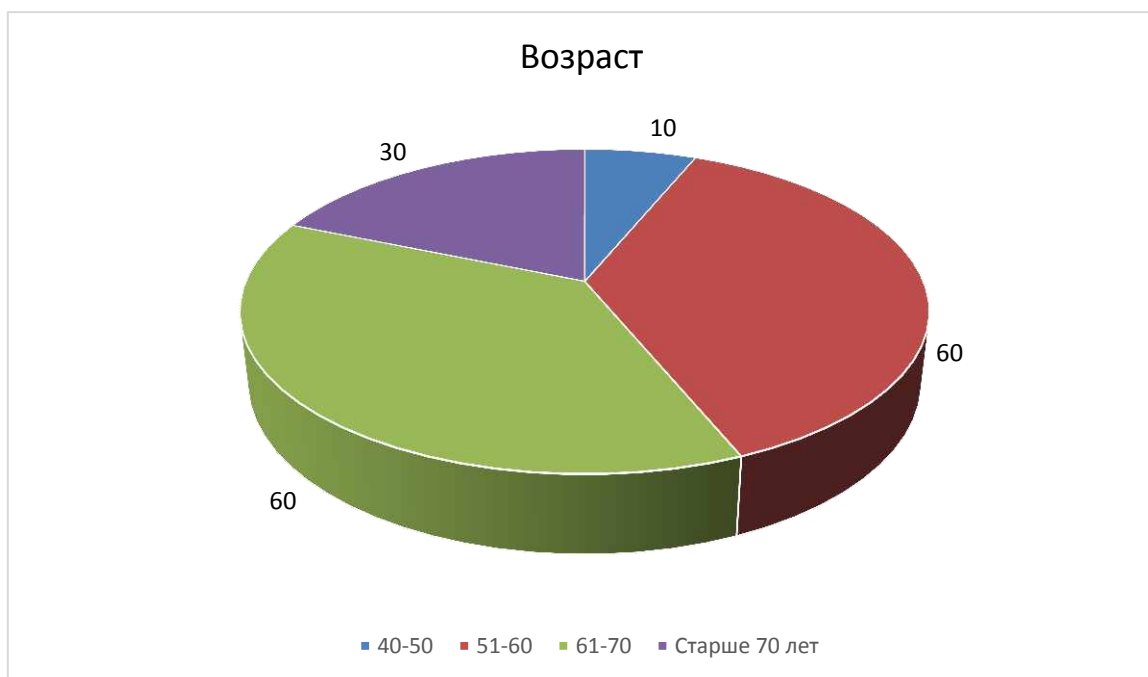


Рисунок 2.

Из диаграммы 2 следует вывод, что пик заболеваемости приходится на период между 50 и 70 годами

3. По ответам на вопрос: Кто-либо из ваших родственников умер в молодом возрасте?

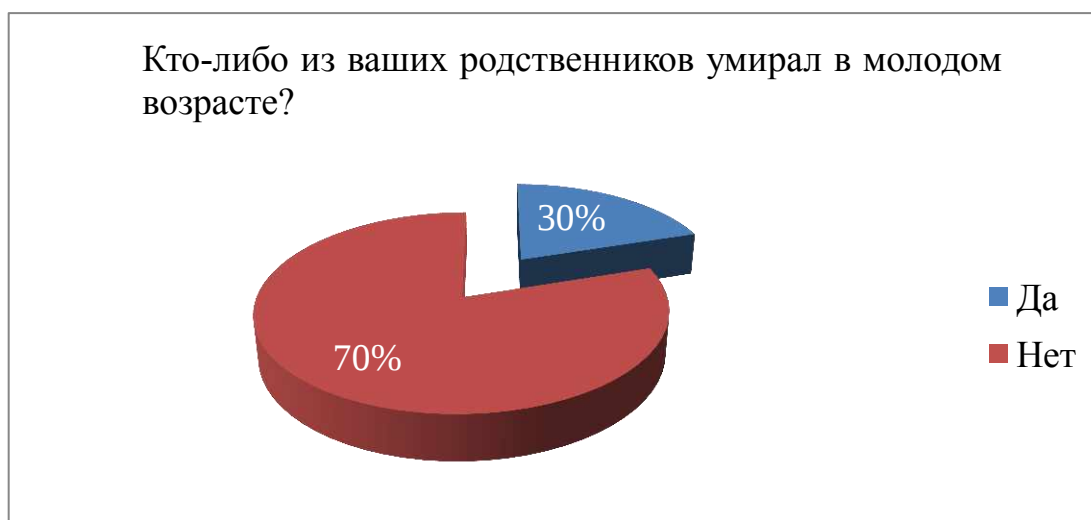


Рисунок 3.

Можно сделать вывод по диаграмме 3, что наследственность — это очень важный фактор риска развития ИМ.

4. На вопрос: Страдали ли вы стенокардией до инфаркта миокарда? - 32 пациента ответили «да»



Рисунок 4.

Диаграмма 4 показывает, что люди страдающие стенокардией, в последствие могут перенести инфаркт миокарда.

5. На вопрос: Знаете ли вы лекарственные препараты для лечения инфаркта миокарда? – 32 пациента называют препараты, которые им назначил врач.

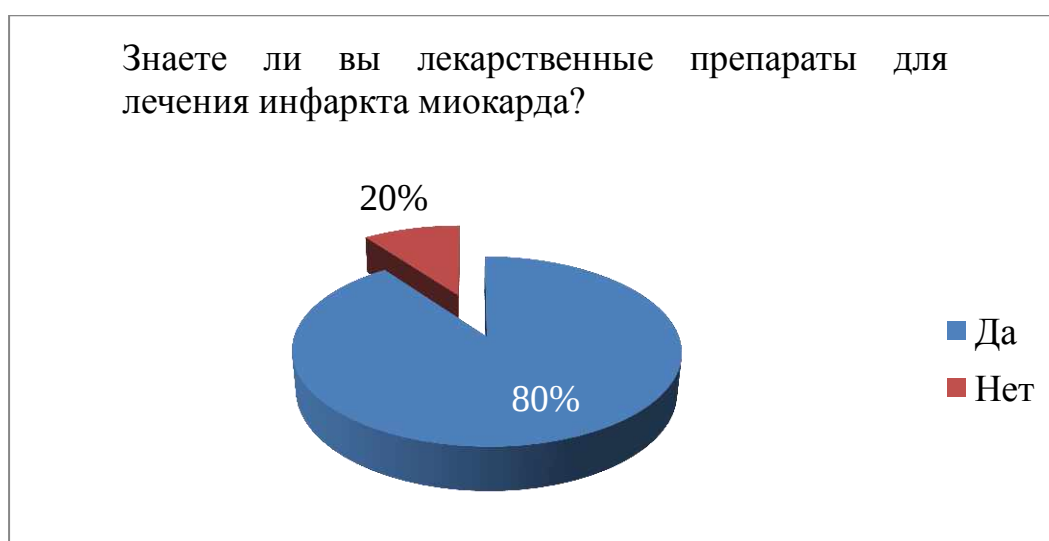


Рисунок 5.

Следуя диаграмме 5, мы видим, что пациенты хорошо осведомлены о лекарственных препаратах.

6. На вопрос: Принимаете ли вы регулярно лекарственные препараты? - только 50% респондентов ответили положительно.

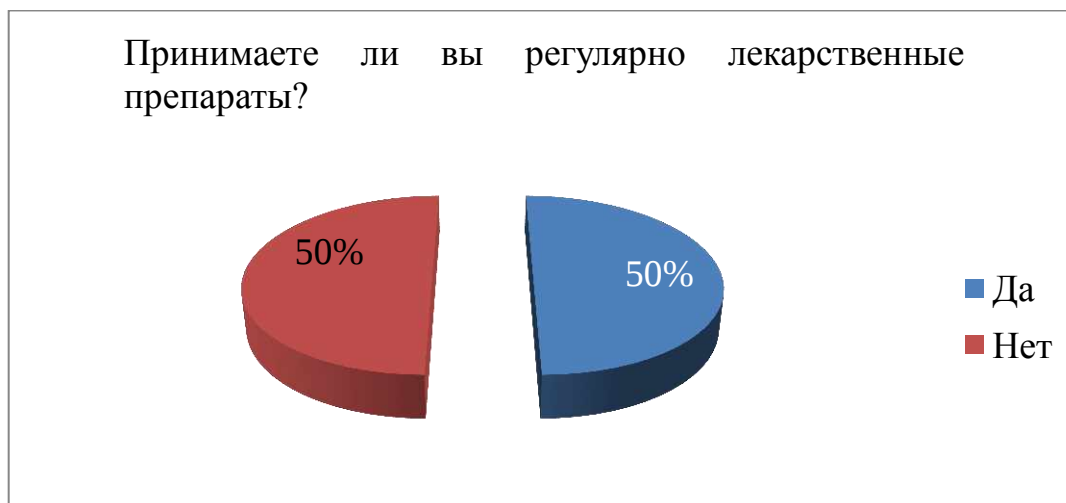


Рисунок 6.

Судя по этой диаграмме, пациенты не все принимают регулярно лекарственные препараты. На вопрос: Почему? Отвечали, что забывают.

7. На вопрос: Кто объяснил вам, что лекарственные препараты при инфаркте миокарда нужно принимать регулярно? – 24 человека ответили, что с ними были проведены беседы медицинскими сестрами.



Рисунок 7.

Диаграмма 7 показывает нам, что для пациентов с ИМ очень важна беседа и обучение с пациентами, проводимые медицинской сестрой.

8. На вопрос: Наблюдаетесь ли вы по диспансерному учёту?– 28 человек ответили, что регулярно проходят обследование.



Рисунок 8.

По диаграмме 8 видно, что не все пациенты наблюдаются по диспансерному учёту, из-за недисциплинированности.

9. На вопрос: Рассказывала ли вам медицинская сестра о том, какие анализы и сколько раз в год вы должны проходить? – 36 пациентов ответили, что медицинские сестры регулярно с ними проводят беседы о необходимости регулярной сдачи анализов.



Рисунок 9.

По диаграмме 9 мы наблюдаем, что не все медсёстры информируют пациентов о том, какие анализы и сколько раз в год должен проходить пациент перенёсший ИМ.

10. На вопрос: Какие анализы вы проходите? – все пациенты ответили, что регулярно делают электрокардиографию, биохимические анализы на холестерин, липопропротеиды, сахар крови и сдают общий анализ крови.

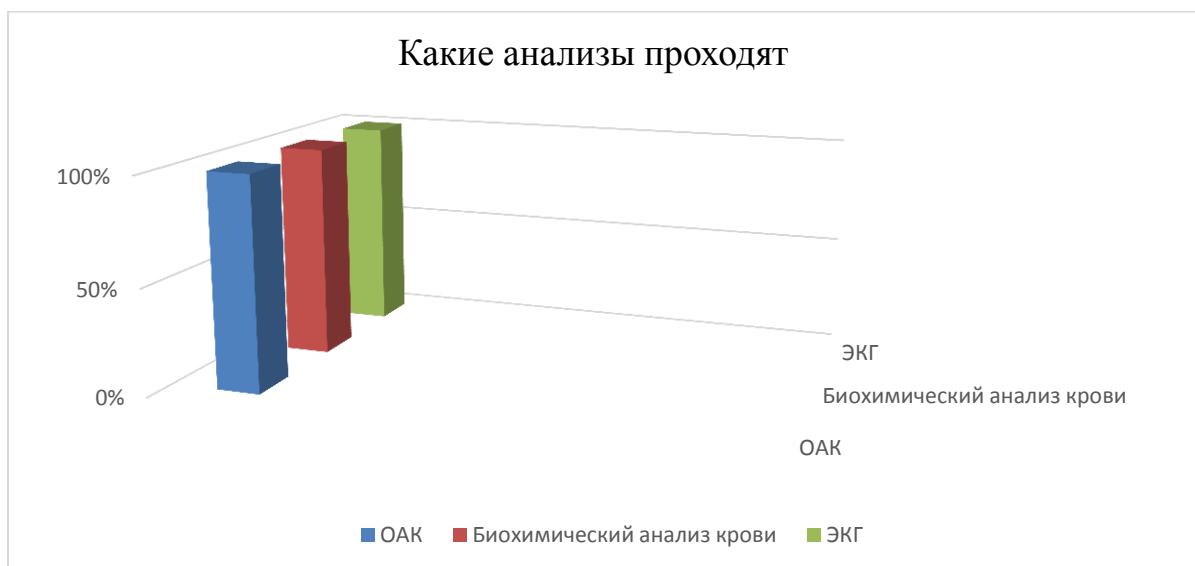


Рисунок 10.

Диаграмма 10 говорит о том, что все респонденты, опрошенные мной, проходят полное обследование.

11. На вопрос: Соблюдаете ли вы диету №10? – 16 человек ответили, что не всегда удается соблюдать диету в силу разных причин, не смотря на то, что они об этом знают

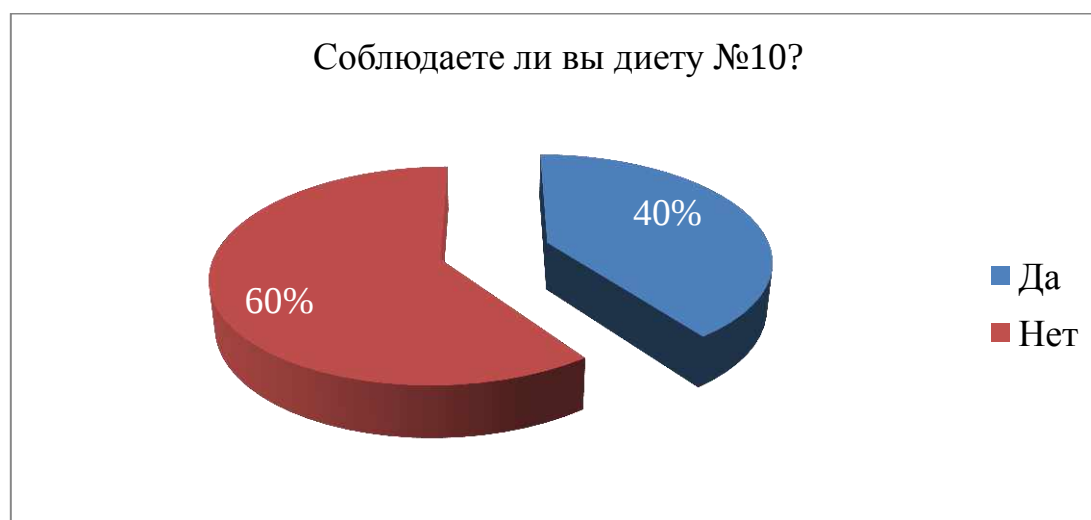


Рисунок 11.

Эта диаграмма показывает, что не все респонденты соблюдают диету №10.

12. На вопрос: Кто вам рассказал про диету №10? - 60% респондентов назвали медицинских сестер



Рисунок 12.

Диаграмма 12 говорит о том, что большинство медсестёр уделяют огромное внимание информированию пациентов.

13. На вопрос: Знаете ли вы, что включает себя диета №10? – все пациенты отвечали правильно

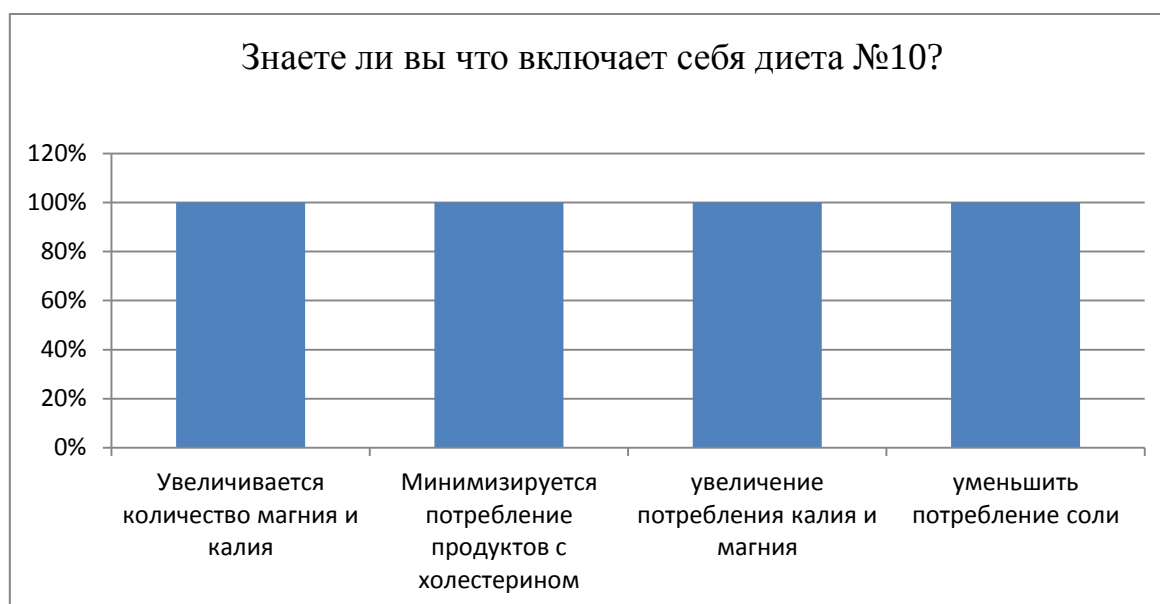


Рисунок 13.

Диаграмма 13 показывает, что все респонденты знают, что включает себя диета № 10.

На основании проведенного анкетирования мы сделали выводы:

1. Не все медицинские сестры уделяют достаточное внимание информированию пациентов и их обучению, хотя большая часть медицинских сестер качественно выполняет свою работу.

2. Анализ полученных данных демонстрирует знание факторов риска у пациентов с инфарктом миокарда, слабую приверженность пациента к лечению и соблюдению диетических рекомендаций приданной патологии. У части опрошенных отмечается невнимательное отношение к состоянию собственного здоровья, так как не все пациенты придерживаются правил назначенного лечения, соблюдения образа жизни, диеты, ограничения физической нагрузки. Другие пациенты не принимают лекарственные средства, назначенные врачом, либо принимают не всегда вовремя, или не принимают совсем, при этом часть назначает себе препараты самостоятельно, не всегда понимая их лечебный эффект, тем самым, наносят больший вред здоровью.

3. Респонденты выражают беспокойство за свое будущее, показывая недостаточность знаний о заболевании, но не отличаются стойким желанием в восполнении дефицита знаний.

4. Выявленное поведение пациентов с инфарктом миокарда расценивается нами как неправильное, которое может привести к развитию осложнений. Мы считаем, что средний медицинский работник должен убедить пациента изменить образ жизни, обучить его, как уменьшить воздействие факторов риска. Необходимо проводить систематически беседы с пациентами о регулярном приеме лекарственных препаратов и соблюдении диеты для профилактики возможных осложнений. Поэтому нами составлен буклет по профилактике инфаркта миокарда и даны рекомендации:

1. Продолжить качественное осуществление сестринского процесса в кардиологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница»

2. Улучшить информирование пациентов по вопросам профилактики инфаркта миокарда.

Список источников:

1. Борисов Л.Б. Медицинская история инфаркта миокарда/ Л.Б. Борисов. - М.: Просвещение, 2014.- 317с.
2. Малов И.В. Клиническая кардиология/ И.В. Ящук. - Новосибирск: наука, 2016- 104с.
3. Медуницын Н.В. Кардиология/ Н.В. Медуницын. - М.: Просвещение, 2016.-121с.
4. Возможное развитие инфаркта миокарда [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dic.academic.ru>
5. Инфаркт миокарда [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.blamag.ru>
6. Кардиология [Электронный ресурс].-Режим доступа: <http://www.doctorate.ru>

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

*Маринина Валерия Валерьевна - студентка 4 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Роднова Елена Владимировна*

Инфекции, передающиеся половым путем – одна из проблем современного здравоохранения.

В настоящее время насчитывается более 20 ИППП, характеризующихся высокой контагиозностью и сравнительно быстрым распространением среди определённых групп населения. Ежедневно более 1 млн человек приобретают инфекцию, передаваемую половым путем. По оценкам ВОЗ ежегодно 500 млн человек приобретают одну из четырех ИППП: хламидиоз, гонорею, сифилис и трихомониаз. Более 530 млн человек имеют вирус простого герпеса. Более 290 млн женщин имеют инфекцию вирус папилломы человека, одну из самых распространенных ИППП. Некоторые инфекции могут повышать риск приобретения ВИЧ в три и более раз. ИППП являются следствием рискованного полового поведения. Рискованное половое поведение является одной из особенностей социально-психологического портрета современной молодежи. В настоящее время широко распространены такие модели рискованного поведения, как раннее начало половой жизни, внебрачные, беспорядочные, незащищенные (без использования презервативов) половые связи.

Сексуально активные подростки — группа более высокого риска заражения инфекциями, чем любая другая возрастная группа. Возможные последствия, включая бесплодие, эктопическую беременность и рак половых органов, имеют негативное значение для репродуктивного здоровья и особенно разрушительны для молодых девушек. Повышенный риск приобретения ИППП подростками связан с разнообразием поведенческих, биологических и психосоциальных факторов, среди которых сексуальная активность рассматривается как наиболее критический фактор риска. Сексуальная активность у девушек и юношей начинается в ранний период, однако девушки имеют сексуальные отношения с более старшими партнерами, т.е. с теми, кто более сексуально активен, и, следовательно, имеют больший риск заболевания ИППП. Из причин высокой заболеваемости можно выделить недостаточную работу по профилактике ИППП среди лиц

молодого возраста, в значительной мере связанную с недооценкой роли ИППП при прогнозировании развития эпидемии ВИЧ-инфекции.

Цель нашего исследования: провести анализ осведомленности студентов КГБ ПОУ Комсомольский-на-Амуре Филиал «Хабаровский государственный медицинский колледж», и студентов КГБ ПОУ «Комсомольский-на-Амуре Лесопромышленный техникум», о ИППП и путях их передачи, изучить роль фельдшера в профилактике заболеваний, передающихся половым путем среди подростков, разработать практические рекомендации для подростков по профилактике ИППП.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести анкетирование среди студентов КФ ХГМК и КГБ ПОУ КЛПТ.
2. Разработать практические рекомендации по профилактике ЗППП.

Объект исследования: инфекции, передаваемые половым путем среди подростков.

Предмет исследования: профессиональная деятельность фельдшера в профилактике инфекций, передающихся половым путем среди подростков.

Исследование проводилось в ноябре 2019 года на базе КГБ ПОУ КФ «Хабаровский государственный медицинский колледж», в анкетировании участвовало 30 человек от 17 до 19 лет (девушки) и на базе КГБ ПОУ «Комсомольский-на-Амуре Лесопромышленный техникум», в анкетировании участвовало 30 человек от 17 до 19 лет (парни).

На вопрос: «От кого Вы впервые получили информацию о ИППП?» были получены следующие результаты (Рис 1). Анketируемые КФ ХГМК ответили следующим образом: 50 % анкетирuемых получали информацию от родителей, 38% получали информацию из интернета, так как данная тема очень актуальна и обсуждается подростками не только при личном общении, но и в социальных сетях, 12% респондентов узнали об этом от медицинских работников, но никто не получал данную информацию от сверстников (0%).

Анкетирuемые КГБ ПОУ КЛПТ ответили немного иначе. 14% респондентов получали информацию от родителей, 23% респондентов узнали об ИППП от своих сверстников, что говорит о том, что молодые люди обсуждают эту проблему чаще со своими сверстниками, чем с родителями в отличие от студентов медицинского колледжа, где никто не выбрал данный ответ. Так же 43% респондентов получили данную информацию из интернета и 20% анкетирuемых узнали об ИППП от медицинских работников. Проблема состоит в том, что информация из интернета не всегда объективна, а информация, полученная от друзей может навредить здоровью подростка по причине их некомпетентности.

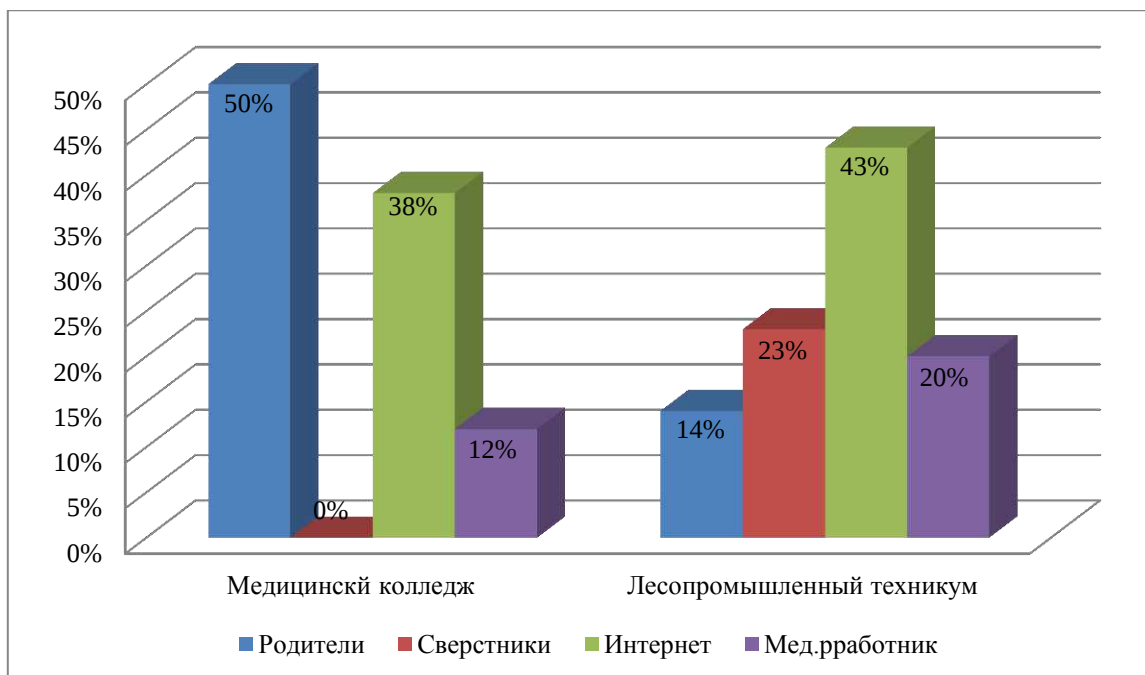


Рис1. От кого Вы впервые получили информацию об ИППП?

На вопрос: «Куда Вы обратитесь в случае заражения ИППП?» ответы распределились следующим образом (Рис 2).

87% анкетированных КФ ХГМК и 73% анкетированных КГБ ПОУ КЛПТ обратятся в поликлинику за помощью в случае заражения, чтобы пройти осмотр и обследование и получить должное лечение (но многие добавили в ответах об анонимном кабинете), 13% респондентов КФ ХГМК и 7% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ обратятся в аптеку, посчитав что помощь врача им ни к чему и в аптеке им подберут нужные медикаменты. Студенты КФ ХГМК не будут обращаться с этой проблемой к родителям и ответ составляет (0%), что может привести к нежелательным последствиям, а 20% студентов КГБ ПОУ КЛПТ будут искать помощи у родителей.

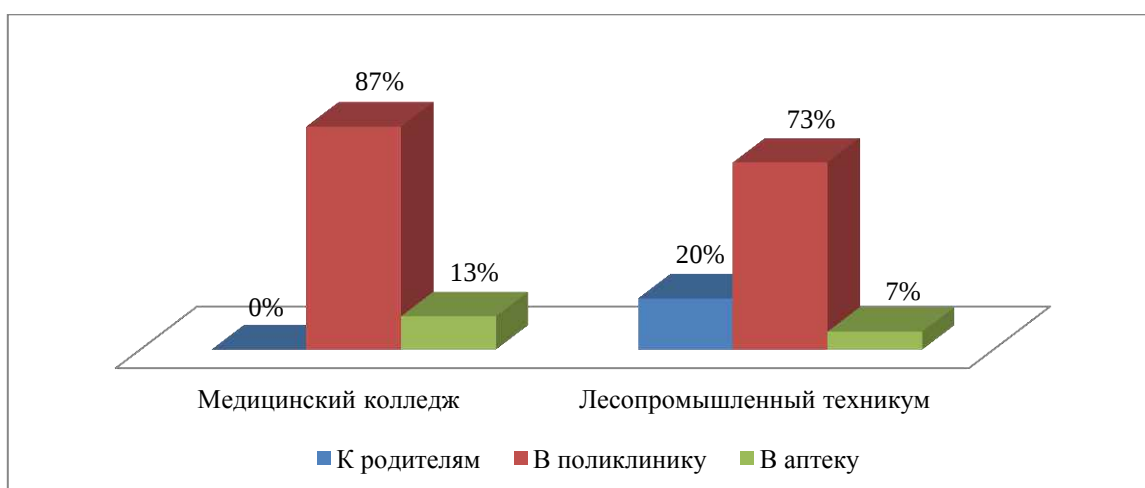


Рис2. Куда Вы обратитесь в случае заражения ИППП?

На вопрос: «К заболеваниям, передающимся половым путем относятся?» ответы респондентов распределились следующим образом (Рис 3).

Анкетируемые КФ ХГМК в 93% случаев ответили, что это сифилис, гонорея, хламидиоз; такие же заболевания назвали 87% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ. Эти ответы дают понять, что молодые люди осведомлены о ИППП, к тому же эти инфекции являются часто встречаемыми. 7% анкетированных в КФ ХГМК ответили, что это корь, столбняк, токсоинфекция, и этот ответ считается не правильным. В КГБ ПОУ КЛПТ ответили аналогично. Никто не выбрал ответ «Вирусный гепатит, малярия, туляремия» из студентов КФ ХГМК (0%), но в КГБ ПОУ КЛПТ 3% анкетированных выбрали данные заболевания, что также считается не верным.

Отвечая на третий вопрос, студенты показали дефицит знаний об ИППП, что говорит о необходимости информирования молодежи.

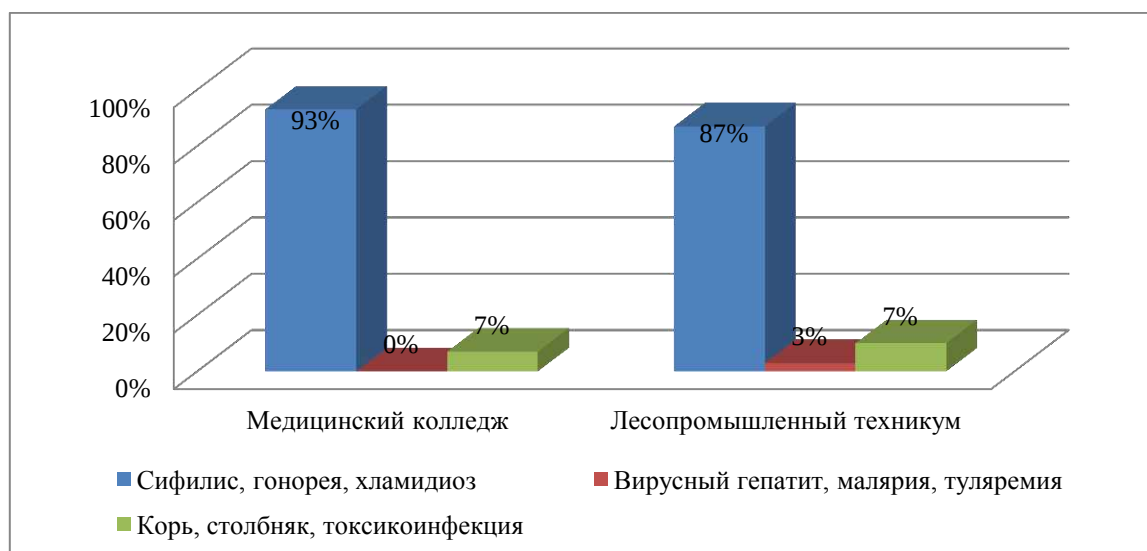


Рис 3. К заболеваниям, передающимся половым путем относятся.

На вопрос: «Половые инфекции не передаются в следующих случаях» ответы анкетированных распределились следующим образом (Рис 4).

Анкетируемые КФ ХГМК единогласно ответили, что, половые инфекции не передаются при рукопожатии (100% респондентов), при посещении бассейна (57%), при посещении общественного туалета (48%). Студенты не в полном объеме осведомлены о путях передачи ИППП.

Ответы анкетированных КГБ ПОУ КЛПТ выглядят абсолютно иначе. 27% респондентов ответили, что инфекция не передается при плавании в бассейне, только 18% анкетированных отметили, что посещение общественного туалета безопасно, 75% респондентов ответили, что

при рукопожатии невозможно заразиться ИППП. Многие студенты не владеют объективной информацией по данному вопросу.

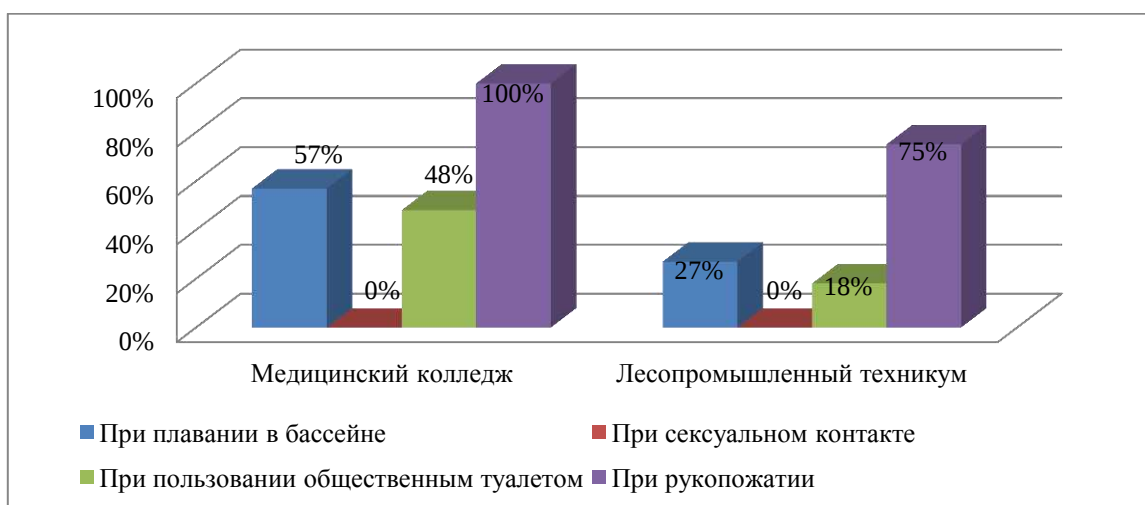


Рис 4. Половые инфекции не передаются

На вопрос: «Какой метод защиты от половых инфекций стоит на первом месте?» были получены следующие результаты (Рис 5). 68% анкетированных КФ ХГМК ответили, что на первом месте стоит использование презерватива, также этому варианту ответа отдали большее предпочтение и студенты КГБ ПОУ КЛПТ, их ответ составляет 90%. Этот метод действительно очень распространен и более доступен, но не дает полной защиты от инфекции. Лишь 32% респондентов КФ ХГМК считают, что лучшая защита от половых инфекций — это воздержание, только 10% студентов, участвующих в опросе из КГБ ПОУ КЛПТ дали такой же ответ. Оральные контрацептивы, по мнению обеих сторон, не защищают от инфекций, передающихся половым путем.

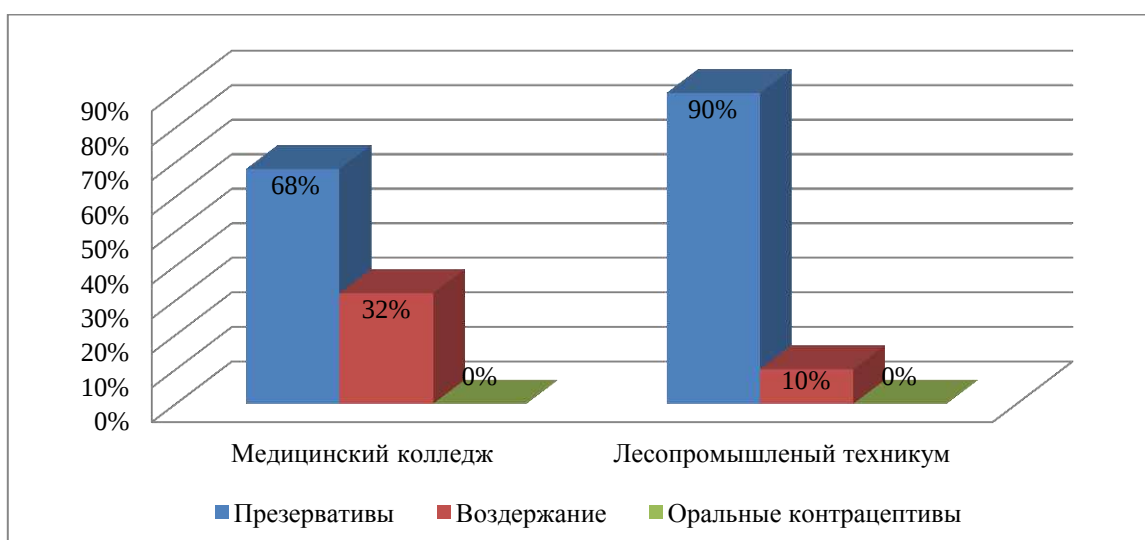


Рис5. Какой метод защиты от половых инфекций стоит на первом месте?

На вопрос: «Необходимо ли ввести в школах занятия о половом воспитании?» ответы распределились следующим образом (Рис 6).

Большинство студентов КФ ХГМК, участвующих в опросе (93% респондентов) ответили, что стоит ввести такие занятия в учебном заведении, также считают и 53% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ. По мнению студентов, такие занятия необходимы, чтобы подростки знали о признаках ИППП, о методах защиты от болезней и нежелательной беременности. Оставшиеся 7% респондентов КФ ХГМК и 47% КГБ ПОУ КЛПТ решили, что не стоит проводить в школах занятия такого рода, объясняя это тем, что для школьной программы это не уместно и дети будут чувствовать себя неловко.

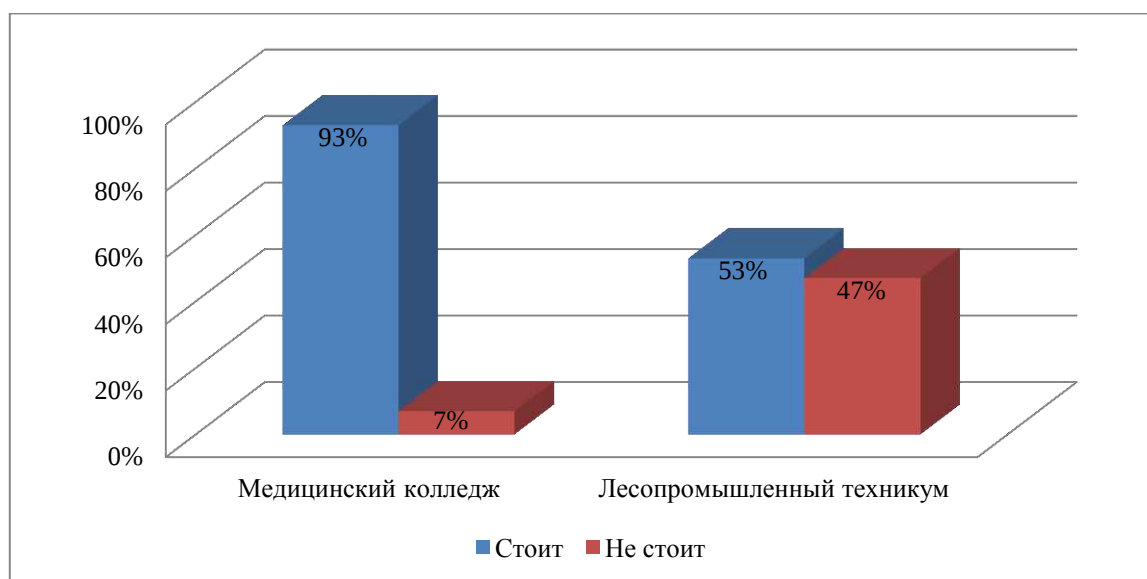


Рис 6. Необходимо ли ввести в школах занятия о половом воспитании?

На вопрос: «Презерватив защищает на 100% от инфекций, передающихся половым путем?» ответы респондентов распределились следующим образом (Рис 7).

Большинство студентов КФ ХГМК (100% респондентов) ответили, что презерватив не защищает полностью от ИППП, также ответили 74% студентов КГБ ПОУ КЛПТ. Оставшиеся 26% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ ответили, что презерватив защищает на 100%, забывая о том, что существуют инфекции, которые могут проникать через его оболочку.

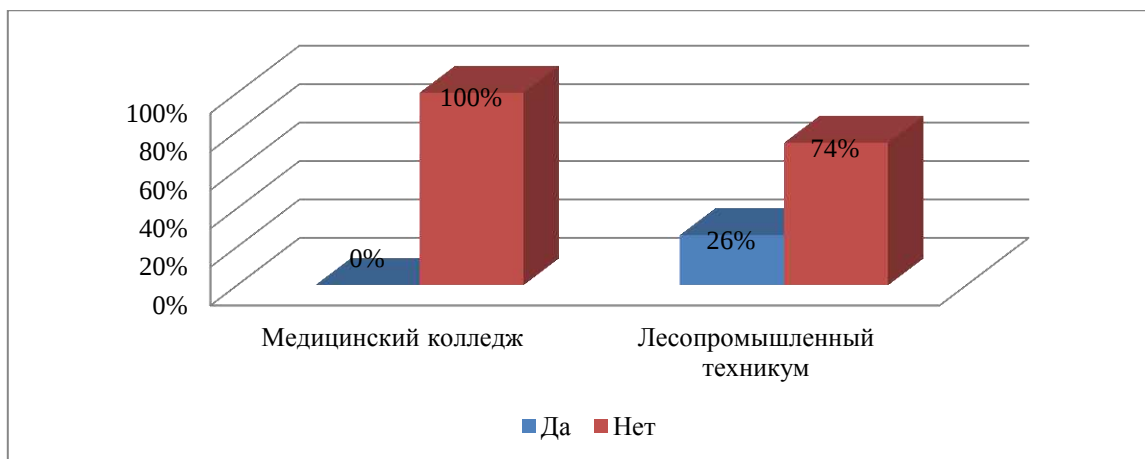


Рис 7. Презерватив защищает на 100% от инфекций, передающихся половым путем?

На вопрос: «Что для вас означает безопасное сексуальное поведение?» были получены следующие результаты (Рис 8). 44% анкетированных КФ ХГМК ответили, что иметь постоянного полового партнера - это безопасное сексуальное поведение, хотя это не дает 100% гарантии, так как у партнера могут быть случайные связи; 12% респондентов считает, что воздержание от половых отношений является гарантированной защитой, 19% респондентов ответили, что использование презерватива также защитит их и 25% респондентов считает, что избегание случайных половых связей — это лучшая защита.

Ответы анкетированных КГБ ПОУ КЛПТ также получились совершенно разными. 30% респондентов считает, что, имея постоянного полового партнера они защищены от заражения; 36% респондентов ответили, что безопасное сексуальное поведение — это использование презерватива, забывая о том, что презерватив не защищает на 100% от инфекций; 34% респондентов решили - чтобы обезопасить себя надо избегать случайных половых связей, воздержание от половых отношений никто не выбрал.

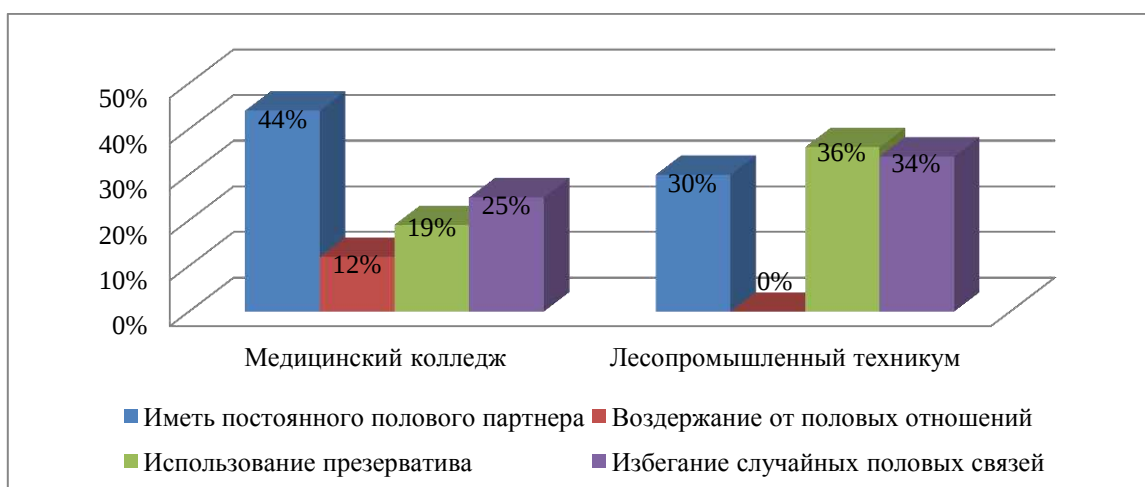


Рис 8. Что для Вас означает безопасное сексуальное поведение?

На вопрос: «Какие инфекции, передающиеся половым путем, Вы знаете?» респонденты ответили следующим образом (Рис 9). Для респондентов КФ ХГМК самыми известными ИППП являются ВИЧ 100% и сифилис 100%, 69% гонорея и лишь 3% респондентов указали в ответе генитальный герпес. Для респондентов КГБ ПОУ КЛПТ также самыми известными являются ВИЧ (63% респондентов) и сифилис (46% респондентов), генитальный герпес (36% респондентов) и гонорея (3% респондентов). Все эти инфекции входят в список самых часто встречающихся ИППП.

Таким образом, мы видим, что молодые люди в настоящее время плохо осведомлены о ИППП, которых существует немало и так же есть сейчас великое множество источников, из которых подростки могли бы узнать об этом подробнее.

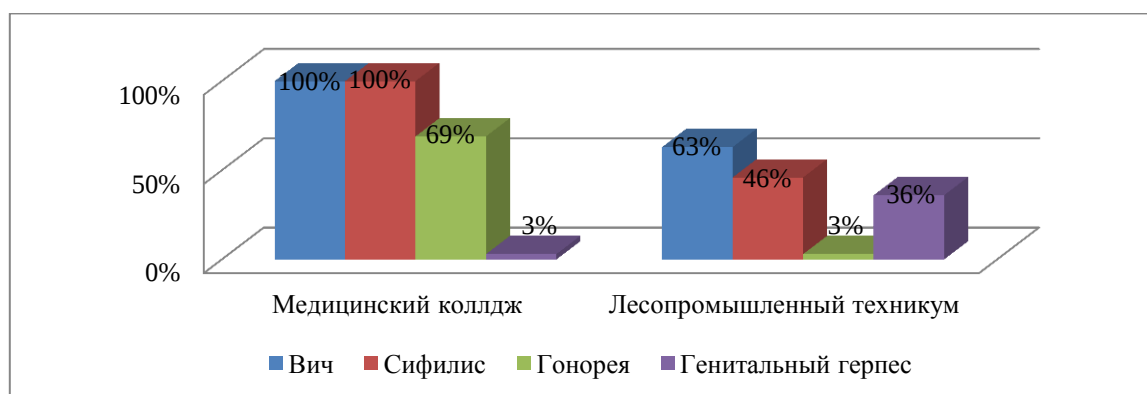


Рис 9. Какие инфекции, передающиеся половым путем, Вы знаете?

На вопрос: «С какого возраста нужно начинать вести половую жизнь?» были получены следующие ответы (Рис 10).

Студенты КФ ХГМК посчитали, что начинать половую жизнь в 15-16, 16-17, это слишком рано и именно эти ответы никто не выбрал. 44% респондентов ответили, что в 17-18 и 56% респондентов ответили, что после 18 лет вести половую жизнь это норма для современной молодежи, что человек уже становится взрослым и организм готов к этому физически. 26% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ считают, что вести половую жизнь нужно с 15-16 лет, 38% респондентов ответили, что начинать нужно с 16-17 лет, так как интересно попробовать что-то новое, 16% респондентов решили, что 17-18 самый подходящий возраст, по их мнению, для начала половой жизни и 20% респондентов ответили, что жить половой жизнью нужно только после 18 лет. Таким образом, мы видим, что сексуальная активность у подростков начинается в довольно ранний период в связи с этим повышается риск заболеваний ППП и ранних беременностей и абортов.

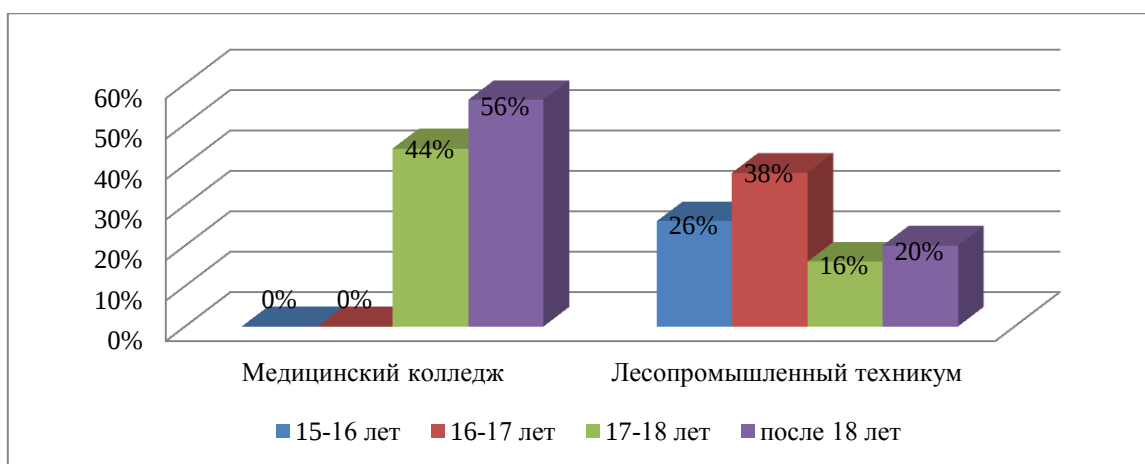


Рис 10. С какого возраста нужно начинать вести половую жизнь?

На вопрос: «Какие вопросы сексуального поведения обсуждаются в вашей семье?» были получены следующие результаты. 38% респондентов КФ ХГМК ответили, что обсуждают вопросы об опасности заражения ИППП, 38% респондентов обсуждают проблему предохранения от ИППП и 24% респондентов вообще не обсуждают подобные вопросы. Респонденты КГБ ПОУ КЛПТ в количестве 16% ответили, что говорят об опасности заражения ИППП, 13% респондентов о необходимости защиты от ИППП, и 71% респондентов не обсуждают такие вопросы совсем.

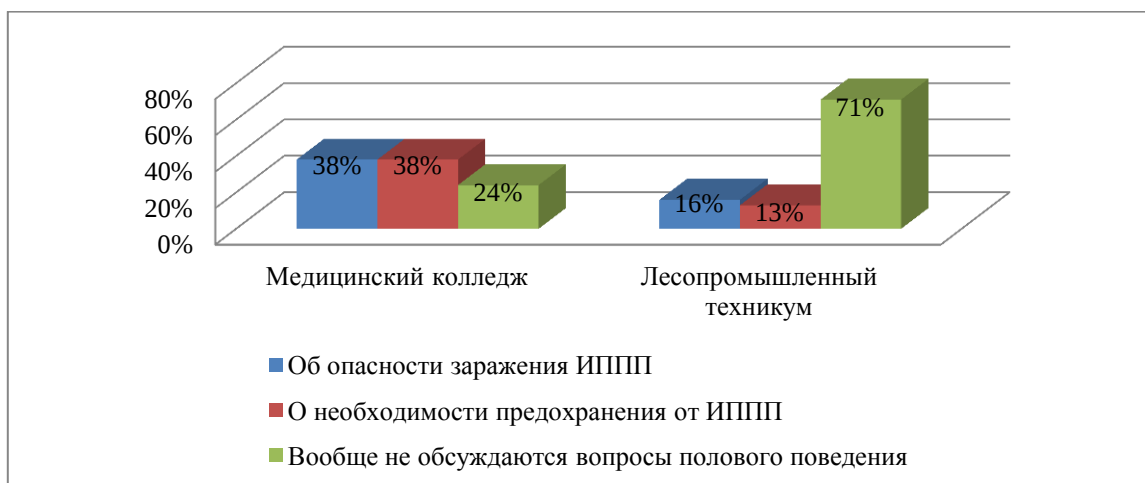


Рис 11. Какие вопросы сексуального поведения обсуждаются в вашей семье?

По результатам проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы. Были выявлены недостатки знаний студентов об ИППП, об их путях передачи и методах защиты от ИППП.

Большинство респондентов КГБ ПОУ КЛПТ считают нормой начало половой жизни в 15-17 лет, что говорит о повышенном риске заражения ИППП и ранних беременностях и абортах в данной возрастной группе.

В настоящее время в большинстве семей подростков, участвующих в опросе, не обсуждают вопросы сексуального поведения и профилактики ИППП, а получают они эту информацию от своих сверстников или СМИ (прежде всего телевидение и Интернет), не всегда отвечающих современным требованиям.

Большее количество респондентов КФ ХГМК считают важным иметь постоянного полового партнера (46% в сравнении с 30% респондентов КГБ ПОУ КЛПТ) и воздерживаться от сексуальных контактов считают важным в профилактике ИППП только 12% респондентов КФ ХГМК и никто из анкетированных КГБ ПОУ КЛПТ. Возможно, эти ответы связаны с разной половой принадлежностью респондентов. Небольшая часть анкетированных считает важным использование презерватива при половых контактах (соответственно 19% респондентов в КФ ХГМК и 36% в КГБ ПОУ КЛПТ). Данные результаты говорят об опасности заражения ИППП при таком стиле поведения подростков.

Почти половина респондентов КГБ ПОУ КЛПТ (47% анкетированных) не считает нужным наличие в школе занятий по половому воспитанию, что говорит о нежелании повышать свой уровень информированности в данном вопросе или излишней самоуверенности.

Фельдшер образовательного учреждения как квалифицированный специалист совместно с педагогами и родителями должен участвовать в первичной и вторичной профилактике ИППП. Среди других форм работы с подростками необходимо отметить выпуск и распространение среди подростков печатной продукции – памяток, буклетов, санитарных бюллетеней, выступление с лекциями, беседами, проведение «круглых столов», викторин, акций, разработка видеороликов, организация специальных сайтов и чатов в интернете и локальных компьютерных сетях.

В связи с этим в современных условиях возрастает роль фельдшера образовательного учреждения в профилактике ИППП, направленной в первую очередь на выявление факторов риска возможного заболевания с последующим устранением действия этих факторов через принятие решения и изменения модели поведения.

Наиболее важными в организации профилактики и борьбы с ИППП являются следующие направления работы:

Первичная профилактика ИППП - это проведение научно обоснованных мероприятий, направленных на изменение моделей поведения и предотвращение заражения ИППП.

Эта форма работы является наиболее массовой и в большинстве своем основана на общественной профилактике. В то же время важным элементом первичной профилактики является индивидуальная (личная) профилактика.

К первичной профилактике ИППП относится, в первую очередь, медицинское просвещение, направленное на информирование населения об ИППП и их последствиях и формирование безопасного сексуального поведения.

Программы первичной профилактики должны включать не только мероприятия, проводимые медицинскими работниками. Медицинские работники должны выступать в роли источника достоверной научной информации об ИППП и проводить обучение лиц, которые могут в дальнейшем выступать распространителями (донорами) достоверных сведений об ИППП. В качестве обучаемых (реципиенты информации) в первую очередь должны выступать преподаватели учебных заведений, представители молодежных организаций и журналисты.

Индивидуальная (личная) профилактика – это самостоятельное применение здоровыми лицами мер, направленных на предупреждение заражения ИППП. В большинстве случаев это обеспечивается использованием барьерных средств контрацепции (презервативов).

Вторичная профилактика ИППП – это проведение мероприятий среди лиц с диагностированными ИППП в целях снижения вероятности передачи инфекции партнерам при половом контакте или через общие предметы, а также снижения риска повторного заражения. Вторичная профилактика основана на консультировании этих лиц, проведении разъяснительных бесед, чтении лекций, издании брошюр, памяток, буклетов, санитарных бюллетеней в целях активного информирования пациентов и изменения их поведения на более безопасное.

Список источников:

1. Буланьков Ю.И., Орлова Е.С. Направление противодействия распространению ВИЧ-инфекции и социально-значимых заболеваний в молодежной среде // Материалы международной науч.-практ. конф. с междунар. участием «Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы». СПб. : Изд-во «Человек и его здоровье», 2014. С. 62–64.
2. Вестник Дальневосточного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД. №№ 23–26. Хабаровск : ФБУН «Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора, 2011–2014.
3. Савченко О.А., Вейних П.А., Бережной В.Г. Формирование мотивации к здоровому образу жизни, сохранению и укреплению здоровья на этапе получения профессионального образования // Здоровье населения и среда обитания. 2015. № 2 (263). С. 33–35.
4. Таенкова А.А. Репродуктивное поведение молодежи Приамурья и возможности медико-социальной работы по его формированию. Монография. Владивосток :Дальпресс, 2008. 204 с.
5. Таенкова А.А., Таенкова И.О. Поведенческие болезни молодежи Хабаровского края: эпидемиология распространения и современные возможности профилактической работы (монография). Хабаровск : КГПУ «Хабаровская краевая типография (редакционно-издательский отдел «РИОТИП»), 2009. 148 с.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Варчук Алина Юрьевна – студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Климченко Татьяна Борисовна*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это синдром, развивающийся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризующийся неспособностью сердца обеспечивать кровообращение, соответствующее метаболическим потребностям организма, снижением насосной функции миокарда, хронической гиперактивацией нейрогормональных систем, и проявляющийся одышкой, сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме.

Внимание клиницистов всего мира к данной проблеме связано с неуклонным ростом числа случаев ХСН. Среди лиц старше 65 лет частота встречаемости ХСН возрастает до 6 - 10% и декомпенсация становится самой частой причиной госпитализации пожилых больных. Расходы, связанные с госпитализацией, составляют от 2/3 до 3/4 всех расходов на лечение больных с ХСН. После появления первых ее симптомов менее половины больных живут больше 5 лет, а при развитии ХСН III стадии около половины пациентов умирает в течение года. Риск внезапной смерти у больных ХСН в 5 раз выше, чем в популяции.

В экономически развитых странах ХСН составляет 2,1 % от всей популяции, при этом более 90 % женщин и около 75 % мужчин с ХСН – это пациенты старше 70 лет.

Основными причинами ХСН, составляющими более половины всех случаев, являются ишемическая (коронарная) болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) или сочетание этих заболеваний. Среди заболеваний, вызывающих ХСН на третьем месте находятся клапанные пороки сердца, а на четвертом - кардиомиопатии.

Уже на самой ранней стадии заболевания изменяется динамическое равновесие симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, эндотелина, вазопрессина, и, имеющих противоположное действие, системы натрийуретических пептидов, брадикинина, вазодилиатирующих простаноидов, оксида азота и некоторых других. Активация локальных или тканевых нейрогормонов способствует включению компенсаторных механизмов (тахикардия, механизм Франка - Старлинга, констрикция периферических сосудов) для поддержания нормального сердечного выброса.

Со временем кратковременная компенсаторная активация тканевых нейрогормональных систем переходит в свою противоположность - хроническую

гиперактивацию. Последняя способствует развитию ремоделирования миокарда, систолической и диастолической дисфункции левого желудочка. Прогрессирование ХСН сопровождается снижением сердечного выброса и задержкой натрия и избыточной жидкости в организме. Нейрогормональные сдвиги и застойные изменения являются причиной поражения не только сердца, но и других органов-мишеней (почек, периферических сосудов, скелетной мускулатуры).

Современная концепция лечения ХСН связана с пониманием необходимости защиты органов-мишеней с целью замедления прогрессирования болезни. Пациенты с развернутой картиной декомпенсации, застойными явлениями - это лишь видимая часть айсберга, составляющая не более четверти всех пациентов с ХСН. В связи с этим, необходимо раннее начало фармакотерапии, еще до наступления симптомов декомпенсации.

Рациональная терапия ХСН базируется на анализе клинических проявлений этого состояния, послуживших основой используемых классификаций.

Таблица 1

Стадии ХСН

Стадия	Клинические признаки:
I стадия	Признаки недостаточности кровообращения (одышка, тахикардия, цианоз) отсутствуют в покое и появляются только при физической нагрузке;
II стадия	Признаки имеют место в состоянии покоя;
II А стадия	Признаки застоя отмечаются в одном круге кровообращения - недостаточность может быть левожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, приступы сердечной астмы, особенно по ночам, "застойные" хрипы в легких) или правожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, набухание шейных вен, гепатомегалия, периферические и полостные отеки);
II Б стадия	Тотальная сердечная недостаточность с застоем в обоих кругах кровообращения;
III стадия	Характеризуется постоянным наличием симптомов сердечной недостаточности и дистрофическими изменениями органов и тканей. Клиническими проявлениями последних являются желтуха, асцит, кахексия, трофические изменения кожи (пигментация, язвы);

В последние годы получила распространение классификация ХСН Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), состоящая из четырех функциональных классов (ФК):

Функциональный класс:	Клинические признаки:
IФК	Отсутствие ограничений физической активности; обычная физическая активность не вызывает симптомов сердечной

	недостаточности
IIФК	Небольшое ограничение физической активности; обычная физическая активность вызывает усталость, сердцебиение или одышку
IIIФК	Выраженное ограничение физической активности, но отсутствуют признаки в покое; физическая активность меньшая, чем обычная вызывает усталость, сердцебиение или одышку
IVФК	Симптомы сердечной недостаточности присутствуют в покое, усиливаясь при физической нагрузке

Понятие "функционального класса" сердечной недостаточности динамично и под влиянием адекватной терапии возможно его изменение в лучшую сторону.

Главная идея современной профилактики пациента с ХСН - это попытка начать терапию как можно раньше, на самых начальных стадиях болезни, чтобы достичь максимально возможного успеха и предотвратить прогрессирование процесса. Идеальный итог терапии и профилактики - вернуть пациента к нормальной жизни, обеспечивая ее высокое качество.

Цель исследовательской работы: анализ современной лекарственной терапии, составляющий основу профилактики хронической сердечной недостаточности.

Задачи:

- провести обзор литературы по данной проблеме;
- разработать анкету для проведения исследования и установить частоту и эффективность применения основных группы лекарственных препаратов для лечения и профилактики ХСН:
- сделать выводы и разработать рекомендации по улучшению качества жизни пациентам ХСН.

Анализ современной лекарственной терапии, составляющий основу профилактики ХСН

Исследование проведено во время курации пациентов на учебной и производственной практике. Контрольную группу составили 60 пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Из них 36 мужчин (60%) и 24 женщин (40%) рисунок 1.

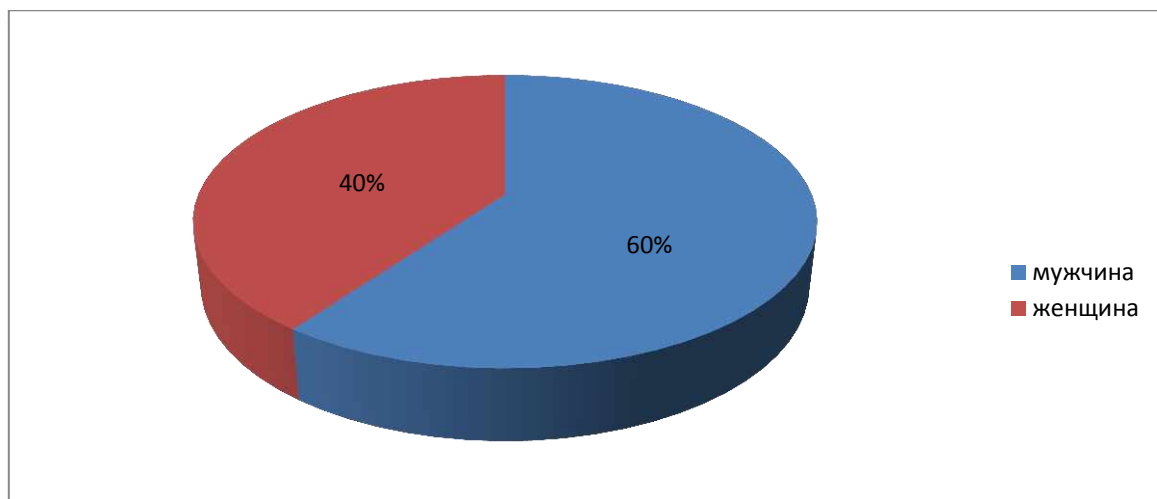


Рисунок 1. Соотношение мужчин и женщин с ХСН.

Хроническая сердечная недостаточность встречается во всех возрастных группах. Наибольшее количество пациентов составляет группа в возрасте от 56-65 лет, т.е. 26 человек (43%); наименьший процент заболеваемости встречается в возрасте от 25-35 – 1 пациент (2%). Распределение в следующих возрастных группах представлено на рисунке 2.

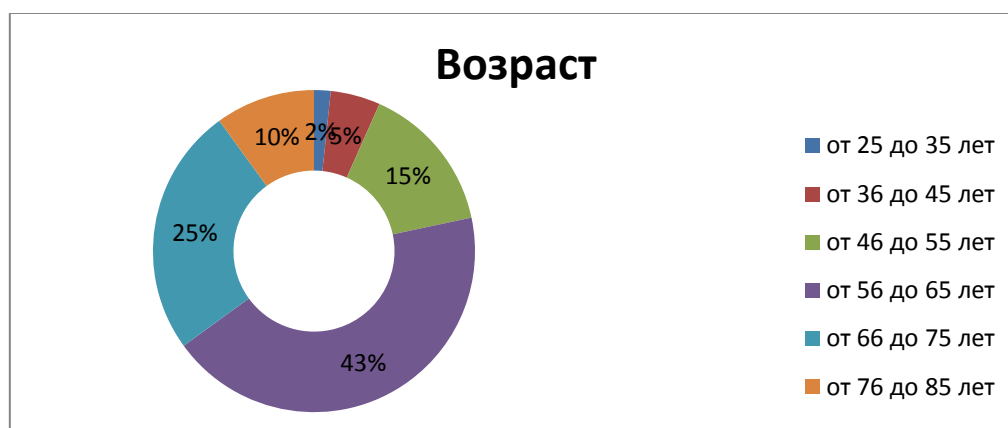


Рисунок 2. Распределение ХСН по возрасту

По профессиональной занятости: трудоспособные пациенты составили 12 человек (20%); пенсионеры по возрасту 33 человека (55%) и 15 пациентов имеют инвалидность (25%); из них 12 пациентов находятся на второй группе инвалидности и 3 пациента имеют инвалидность третьей группы.

Причинами хронической сердечной недостаточности явились следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца 31 пациент (51,6%); артериальная гипертензия 26 человек (43,3%); стеноз митрального клапана ревматического генеза 1 пациент (1,6%);

бактериальный эндокардит 1 пациент (1,6%); среди других причин 1 пациент с хронической постгеморрагической анемией (1,6%) на рисунке 3.

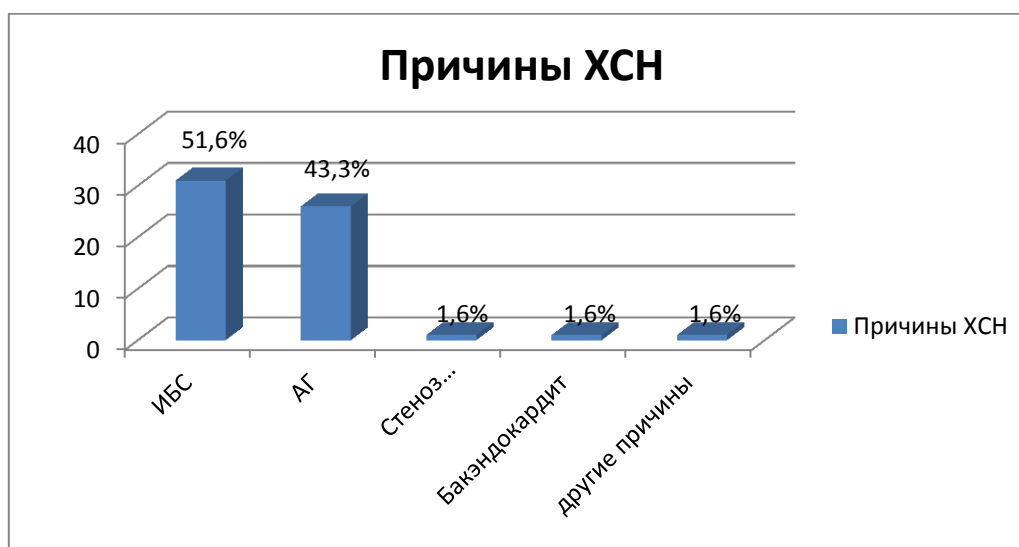


Рисунок 3. Причины ХСН

Среди пациентов с ишемической болезнью сердца 13 пациентов имеют инфаркт миокарда в анамнезе (42%); 6 пациентов страдают аритмиями (19%); стенокардию напряжения III-IV функционального класса имеют 12 пациентов (39%). Факторы риска в исследуемой группе распределились следующим образом: первое место занимают наследственность и артериальная гипертензия у 36 пациентов (по 32 %), на втором месте гиподинамия 11 пациентов (10%); третье место – сахарный диабет II типа - 10 пациентов (10%). Исследование на холестерин имели не все пациенты, поэтому данный фактор риска можно оценить только у 33 обследованных пациентов. Из них гиперхолестеринемию имеют 6 пациентов (17%) рисунок 4.

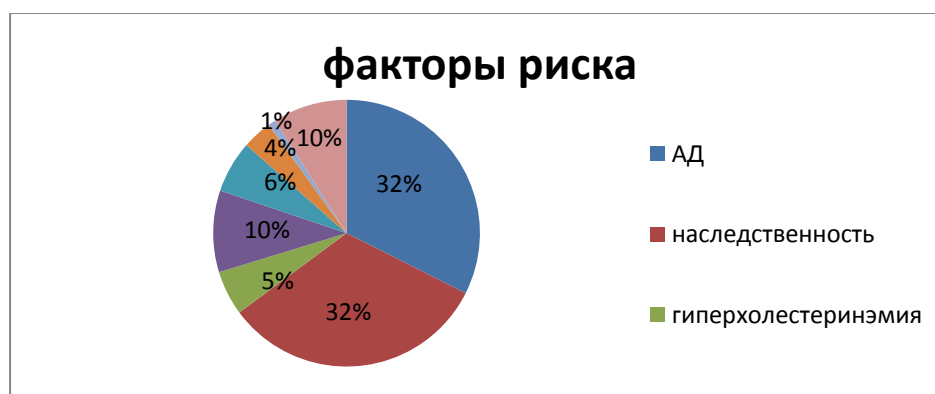


Рисунок 4. Факторы риска ХСН

Клинический анализ стадий хронической сердечной недостаточности выявил следующую картину представленную на рисунке 5. Наибольшее количество пациентов имеют II А стадию ПФК (50%).

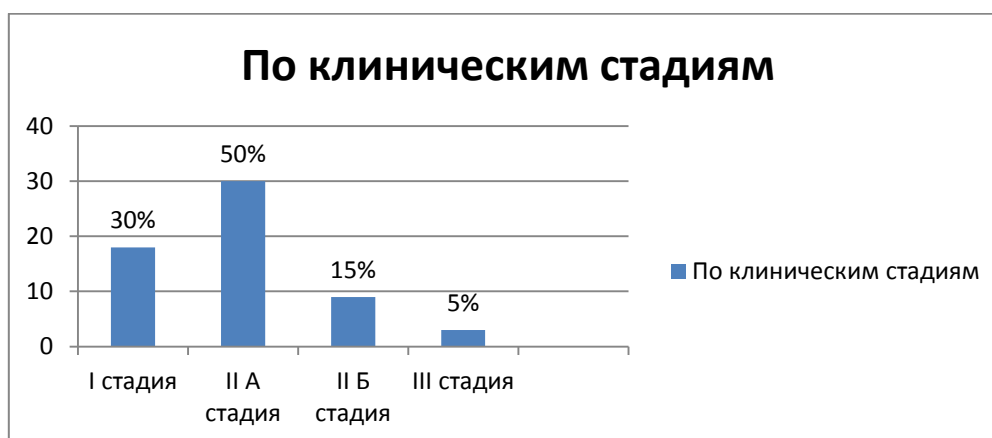


Рисунок 5. Стадии ХСН

Клинические стадии у данных пациентов поставлены с учетом субъективного и физикального обследования, а также данных лабораторных и инструментальных исследований. Анализируя длительность анамнеза заболевания хронической сердечной недостаточностью 36 пациентов (60%) имеют длительность заболевания до 5 лет; от 6 до 10 лет - 12 пациентов (20%); от 11 до 15 лет – 9 пациентов (15%) и 3 пациента имеют длительный анамнез (Рисунок 6).

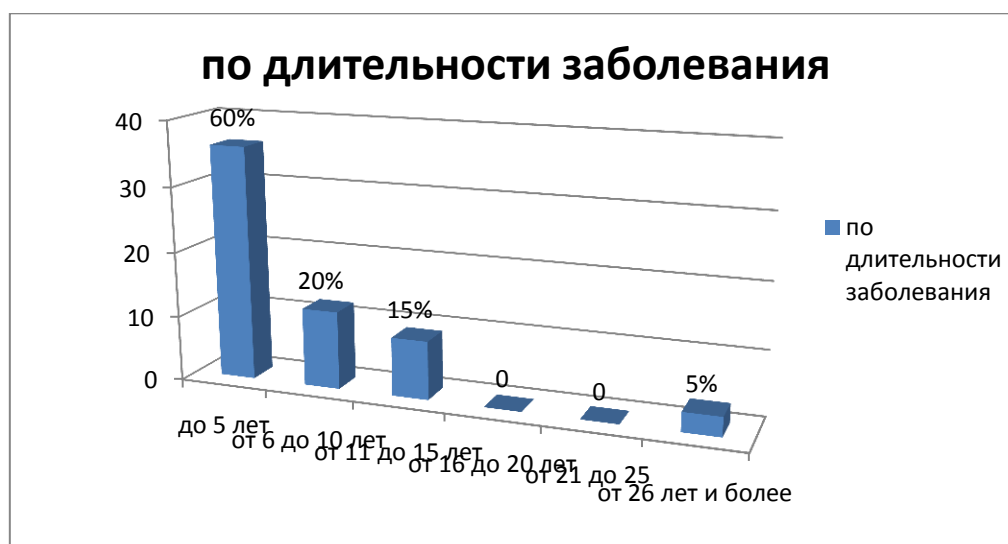


Рисунок 6. Длительность анамнеза заболевания.

При оценке лечения хронической сердечной недостаточности в первую очередь оценивалась возможность воздействия на основную причину ХСН. Все пациенты придерживаются соблюдения диеты 10. Из лекарственных средств в лечении ХСН в

зависимости от клинических проявлений пациенты исследуемой группы применяют комбинацию препаратов: ингибиторы АПФ в различных дозировках получают 51 пациент (85%), диуретики 30 человек (50%); бета-адреноблокаторы 31 пациент (51%) и 3 пациента (5%) сердечные гликозиды. Среди лекарственных средств ингибиторы АПФ занимают лидирующую позицию. Частота назначения ингибиторов АПФ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота назначения ингибиторов АПФ у пациентов с ХСН

№ п/п	Ингибитор АПФ	Пациенты
1.	Рамиприл	21 пациент (35%)
2.	Эналаприл	7 пациентов (11,6%)
3.	Периндоприл	6 пациентов (10%)
4.	Лизиноприл	10 пациентов (16%)
5.	Фозиноприл	15 пациентов (25%)
6.	Квинаприл	1 пациент (1,7%)

Самым безопасным препаратом этой группы считается фозиноприл, так как хорошо переносится пациентами, не вызывает кашель и гипотонию, не ухудшает функцию почек.

Второе место в лечении пациентов занимают бета-адреноблокаторы. Их назначают дополнительно к ингибиторам АПФ. Применение БАБ показано у пациентов с ХСН любого функционального класса (не имеющих противопоказаний), так как они значительно увеличивают выживаемость.

Таблица 2

Частота назначения бета-адреноблокаторов у пациентов с ХСН

№ п/п	Бета-адреноблокаторы	Пациенты
1.	Бисопролол	28 пациентов (46,7%)
2.	Метопролол	17 пациентов (28,3%)
3.	Карведилол	6 пациентов (10%)
4.	Небиволол	9 пациентов (15%)

В исследуемой группе бисопролол, метопролол и карведилол пациенты принимали 1 раз в сутки, небиволол 2 раза в сутки в средних терапевтических дозировках.

Третье место занимают антагонисты альдостерона. Данная группа препаратов назначается пациентам с ХСН совместно с ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами в низких дозах (от 25-50 мг.) для длительного лечения. Верошпирон получали 34 пациента (56,6%), эплеренон (инспра) 2 пациента (3,3%). Тиазидные диуретик гипотиазид 5 пациентов (8,4%) тиазидоподобный диуретик индапамид 8 пациентов (13,3%), петлевой

диуретик фуросемид 5 пациентов (8,4%), а остальные 6 пациентов (10%) не получали мочегонных препаратов (Рисунок 7).



Рисунок 7. Назначение диуретиков

Сердечные гликозиды в исследуемой группе получали 3 (5%) пациента с фибрилляцией предсердий, основным препаратом являлся дигоксин.

Лечении ХСН блокаторами рецепторов ангиотензина применялись следующие 2 препарата: лозартан который принимали 5 пациентов (8,3%) , валсартан -3 пациента (5%). Препараты хорошо переносятся пациентами в средних терапевтических дозах.

Хирургическое лечение по поводу ХСН получили 10 пациентов (16,6%), из них 2 женщины и 8 мужчин. Среди хирургических методов лечения в исследуемой группе первое место занимает аортокоронарное шунтирование 4 пациента (40%), на втором месте чрезкожная баллонная ангиопластика 3 пациента (30%), на третьем месте имплантация кардиовертера-дефибриллятора 2 пациента (20%) и 1 пациент с протезированием митрального клапана и АКШ (10 %) (Рисунок 8).



Рисунок 8. Хирургические методы лечения ХСН.

Для решения вопроса дальнейшего хирургического лечения пациентов с ХСН 7 пациентов (11,6%) направлены на коронароангиографию, из них 6 мужчин и 1 женщина.

Из вспомогательных препаратов наиболее применяются антиагреганты (аспирин), цитопротекторы (предуктал), блокаторы медленных кальциевых каналов (амлодипин).

Исследовательская работа была посвящена проблеме лечения и профилактики ХСН. Материалы исследовательской работы позволяют сделать ряд выводов:

Во-первых, в результате изучения литературных и интернет источников выяснено что, хроническая сердечная недостаточность - это синдром, развивающийся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризующийся неспособностью сердца обеспечивать кровообращение, соответствующее метаболическим потребностям организма, снижением насосной функции миокарда, хронической гиперактивацией нейрогормональных систем, и проявляющийся одышкой, сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме. По этиологическому принципу основными причинами ХСН являются ИБС и артериальная гипертензия. На прогноз ХСН существенно влияет пол пациента, женщины имеют достоверно лучшую выживаемость при ХСН. Современные методы диагностики позволяют наиболее точно определить стадию и функциональный класс ХСН и выбрать необходимую медикаментозную терапию. Комплексное применение современных медикаментозных и хирургических методов лечения ХСН достоверно снижает процент ХСН II Б – III стадии, III-IV ФК.

Во вторых анализ применения современной медикаментозной терапии показал, что основными группами лекарственных средств являются ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона и диуретики. Ингибиторы АПФ применяются у всех пациентов исследуемой группы. Наиболее часто используемыми препаратами являются рамиприл и фозиноприл, которые подавляют активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, замедляют прогрессирование ХСН, улучшают гемодинамику, задерживают развитие гипертрофии миокарда и тем самым улучшают качество жизни пациентов и ее продолжительность. Бета-адреноблокаторы наряду с ингибиторами АПФ также назначаются всем больным с ХСН, не имеющим противопоказаний. Лидирующую позицию занимают бисопролол и метопролол, которые применяются у пациентов с ХСН любого функционального класса; уряжают ЧСС, снижают риск внезапной смерти у больных с ИБС за счет предотвращения фибрилляции желудочков. В комплексной терапии ХСН третье место занимают антагонисты альдостерона, калийсберегающий диуретик верошпирон в низких дозах (от 25-50 мг в сутки) для длительного лечения. Перспективой в медикаментозном лечении ХСН остаются антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

Применение и дальнейшее развитие ремоделирования и реваскуляризации сердца существенно влияют на ФК пациента, толерантность к физическим нагрузкам, значительно улучшают качество жизни пациентов с ХСН и увеличивают продолжительность жизни.

В третьих в процессе исследовательской работы использовались изучение медицинской литературы, медицинская документация и анкетирование пациентов. Даны рекомендации по ведению дневника самоконтроля (вес, давление и пульс каждый день.); соблюдении диеты №9, постоянному приему лекарственных препаратов, отказу от курения и сохранения физической активности. Поставленные задачи решены.

Список источников:

1. Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Верткин А.Л., Хубутя М.Ш. Руководство по скорой медицинской помощи. М.: ГЭОТАР - МЕД, 2007.
2. Барт Б.Я., Беневская В.Ф., Соловьев С.С. Поликлиническая терапия; учебник для студентов высших учебных заведений, М.: Издательский центр «Академия», 2005.
3. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика: внутренние болезни, практическое руководство, М.:ГОУ ВУНМИЦ МЗ РФ, 2001.
4. Кузнецова Н.В. Клиническая фармакология. Учебник для медицинских училищ и колледжей. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.
5. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Галявич А.С. Внутренние болезни; М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002.
6. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней; учебник, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
7. Нечаев В.М. под общей редакцией академика РАМН Ивашкина В.Т. Пропедевтика клинических дисциплин, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, М.: Мед. лит., 2000.
9. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов, М.: Мед. лит., 2000.
10. Писклов А.В. Факультетская терапия, конспект лекций для медицинских вузов, М.: ВЛАДОС – ПРЕСС, 2005. Серия среднее профессиональное образование; Ростов – на – Дону «Феникс», 2011.
11. Смолева Э.В., Аподиакос Е.Л. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи. Ростов-на-Дону «Феникс», 2012.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

*Дашевский Никита Александрович- студент 2 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Елисеева Лариса Юрьевна*

В современном мире двигательная активность людей значительно снижена за счёт автоматизации многих производственных процессов. Уменьшилась доля физической работы, соответственно снизился расход энергии. Это привело к тому, что энергетическая ценность пищи превышает энергозатраты. В связи с этим увеличивается число людей, страдающих

ожирением и связанными с ним хроническими неинфекционными заболеваниями. К их числу можно отнести атеросклероз, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет, подагру.

По определению академика А.А.Покровского, рациональное питание – это, прежде всего, правильно организованное и своевременное снабжение организма хорошо приготовленной питательной и вкусной пищей, содержащей продукта, избыток его не только не принесет добра, но может причинить здоровью серьезный вред.

Современная наука достаточно полно разработала принципы рационального питания. Для каждого из нас, работаем ли мы физически и увлекаемся спортом, или занимаемся умственным трудом, пища является источником той энергии, которая необходима и тогда, когда тело наше находится в движении и когда оно находится в покое.

За последние годы особенно много говорят об опасности чрезмерного потребления жиров и углеводов, в результате которого развивается ожирение со всеми вытекающими последствиями: сахарным диабетом, нарушением функции печени и другими болезнями. Но существенный вред может принести и избыток в пище белков, солей.

Цель нашего исследования: провести анализ осведомленности студентов КГБ ПОУ Комсомольский-на-Амуре Филиал «Хабаровский государственный медицинский колледж» о правильном питании, изучить роль фельдшера в профилактике заболеваний, связанных с неправильным питанием, разработать практические рекомендации для молодёжи о правильном питании.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести анкетирование среди студентов КГБ ПОУ КФ ХГМК.
2. Разработать практические рекомендации по правильному питанию.

Объект исследования: студенты КГБ ПОУ КФ ХГМК.

Предмет исследования: профессиональная деятельность фельдшера в формировании навыков правильного питания среди молодёжи.

Исследование проводилось в феврале 2020 года на базе КГБ ПОУ КФ «Хабаровский государственный медицинский колледж», в анкетировании участвовало 70 человек от 17 до 19 лет, обучающихся на 1 курсе отделений лечебное и сестринское дело.

Продукты из ресторанов быстрого питания содержат большое количество быстрых углеводов и калорий, при регулярном употреблении могут провоцировать развитие многих заболеваний. 51% студентов медицинского колледжа ответили, что иногда посещают рестораны быстрого питания, 9% процентов стараются не посещать рестораны быстрого питания, 26% вообще не посещают подобные заведения. 14% студентов медиков посещают рестораны быстрого питания, зная о вредности быстрого питания (Рисунок 1).

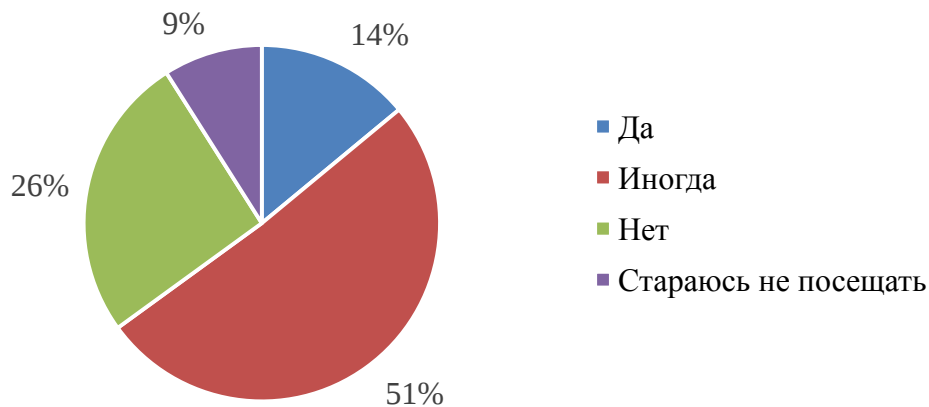


Рисунок 1. Часто ли вы посещаете рестораны быстрого питания?

20% студентов медицинского колледжа всегда употребляют сладкие, газированные напитки, 40% студентов иногда употребляют вредные напитки, всего 30% стараются не употреблять газированные напитки, и только 10% вообще не принимают в пищу данные напитки. Всего 10% студентов не употребляют, и 20% всегда пьют вредные напитки (Рисунок 2).

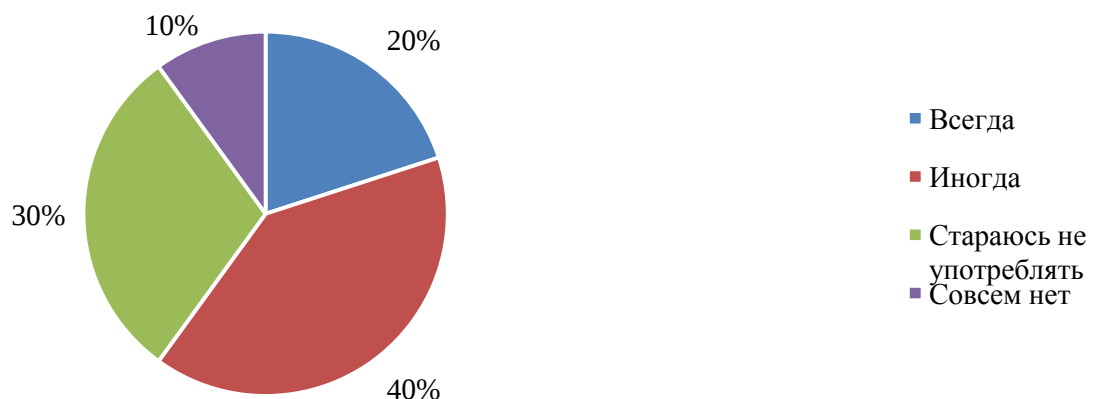


Рисунок 2. Употребляете ли вы в пищу сладкие, газированные напитки ?

15% студентов ответили, что человек, занимающийся умственной деятельностью должен употреблять 3000-4000 калорий в день, 30% студентов считают, что человек занимающийся умственной деятельностью должен употреблять 2000-2500 калорий в день, всего 50% анкетированных ответили, что человек занимающийся умственной деятельностью должен употреблять от 1500-2000 калорий в день, и только 5% анкетированных ответили – 1000-1500 калорий в день. Половина опрошенных знают, сколько должен употреблять калорий в день человек, работа которого связана с умственной деятельностью (Рисунок 3).

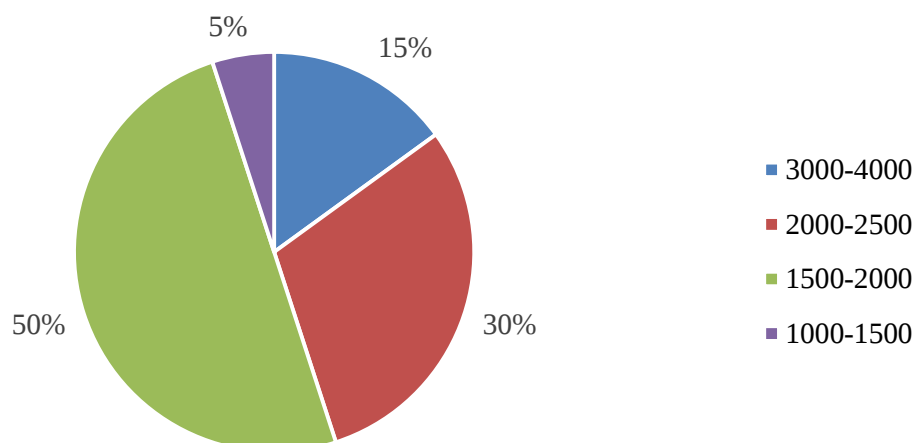


Рисунок 3. Какое количество калорий должен употреблять человек, работа которого связана с умственной деятельностью ?

16% опрошенных всегда подсчитывают калорийность съеденной пищи, 20% студентов иногда подсчитывают, 55% студентов не считают съеденные калории, 9% студентов стараются считать калории (Рисунок 4).

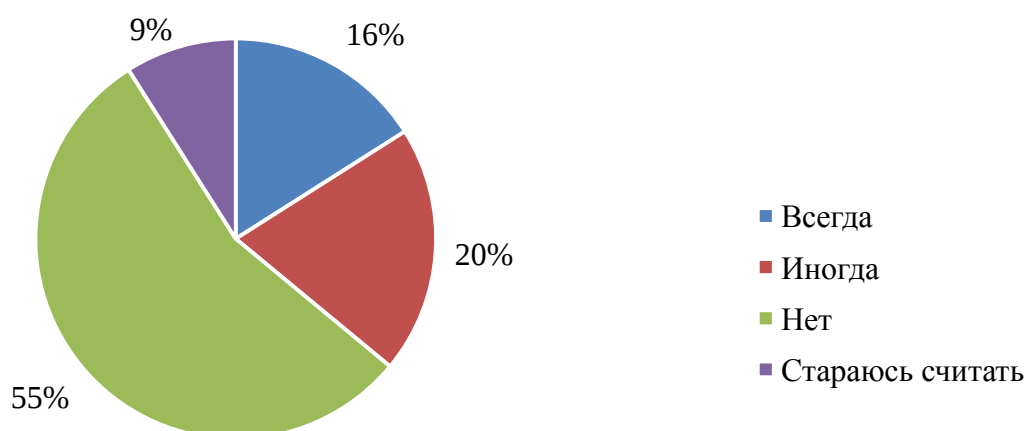


Рисунок 4. Считаете ли вы съеденные калории?

10% обучающихся считают, что человек должен питаться 6 раз в день, 30% студентов считают, что человек должен питаться 5 раз в день, 45% - 4 раза в день, 25% - 3 раза в день. Всего 10% студентов медиков правильно ответили на поставленный вопрос (Рисунок 5).

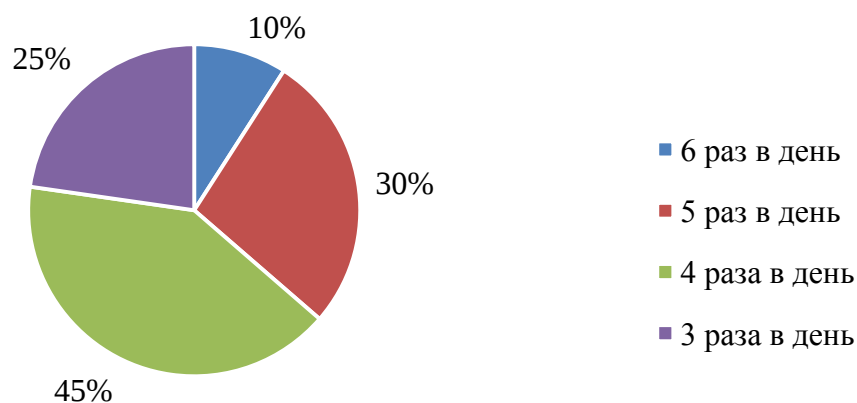


Рисунок 5. Сколько раз в день должен питаться человек?

30% студентов употребляют утром кофе, 24% анкетированных иногда пьют кофе, 36% учащихся совсем не пьют кофе утром, всего 10% людей стараются не употреблять кофе. Большая часть опрошенных студентов медиков не пьют утром кофе (Рисунок 6).

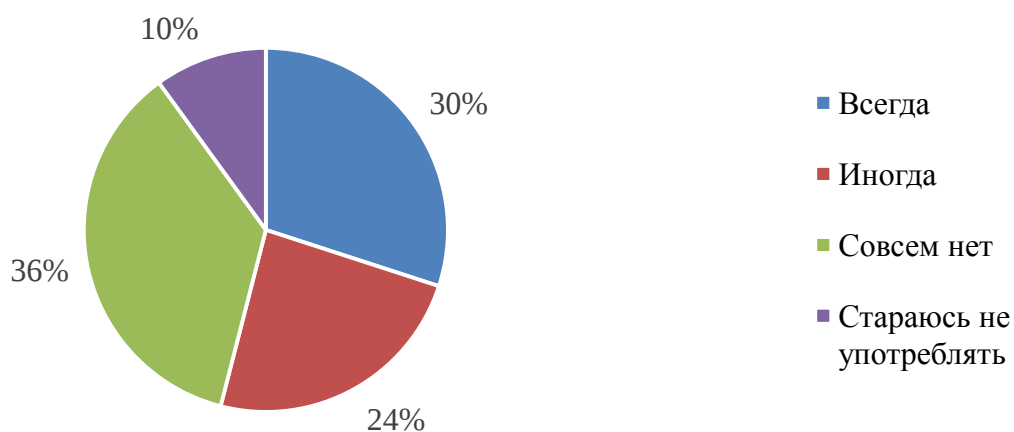


Рисунок 6. Употребляете ли вы утром кофе?

28% студентов считают, что питаются правильно, 30% анкетированных считают, что они питаются неправильно, 38% стараются это питаться правильно, 4% вообще не питаются правильно (Рисунок 7).

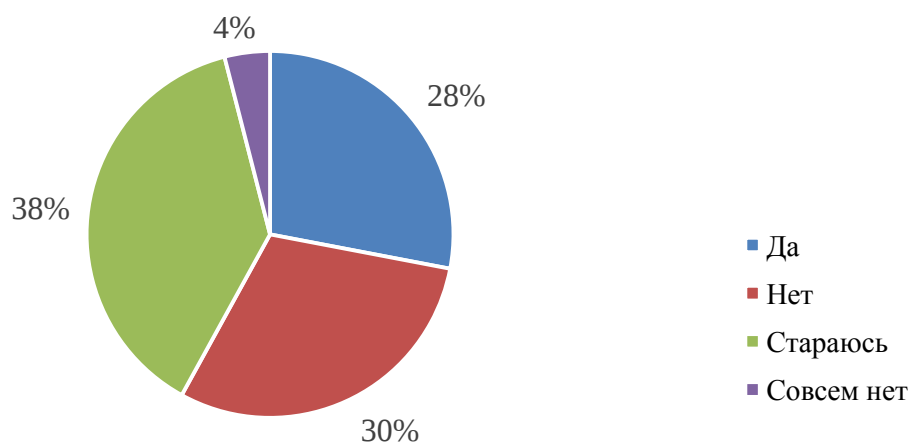


Рисунок 7. Как вы считаете правильно ли вы питаетесь?

Большинство пищевых привычек формируется в семье. На вопрос о популярности фастфуда в семье ответы распределились следующим образом. У 8% студентов вредная еда в семье очень популярна, у 20% пользуется популярностью, у 60% анкетированных не особо популярна вредная еда, и только у 12% опрошенных в семье совсем не употребляют фастфуд (Рисунок 9).

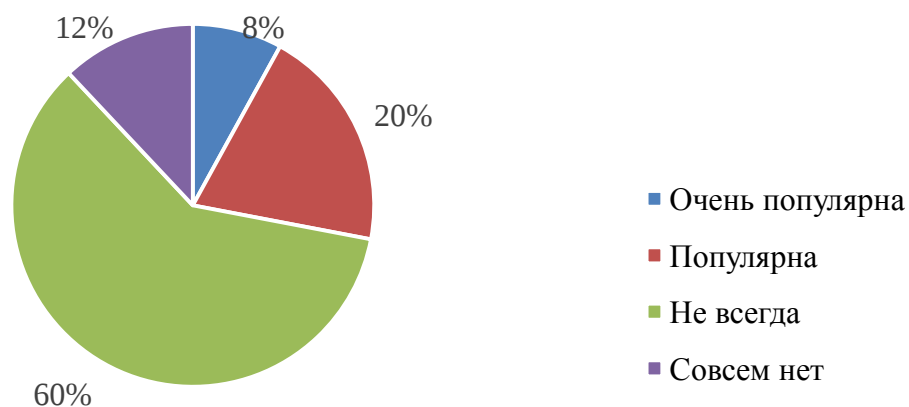


Рисунок 8. Популярен ли фаст фуд в вашей семье?

По результатам проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы.

Большинство респондентов КГБ ПОУ КФ ХГМК знают, какой должна быть суточная калорийность рациона, но подсчитывают калорийность съеденной пищи лишь 16% респондентов.

Всего лишь 10% опрошенных знают, что оптимальным является 6 разовое питание, включающее 3 основных приёма пищи и 3 перекуса.

28% студентов колледжа считают, что они соблюдают принципы правильного питания, хотя только 10% не употребляют сладкие газированные напитки.

Большинство студентов посещают рестораны быстрого питания, употребляя в пищу продукты с высоким содержанием быстро усваиваемых углеводов и высокой калорийностью. Только 26% опрошенных ответили, что не посещают рестораны быстрого питания и не употребляют в пищу фастфуд.

Результаты проведенного опроса показывают, что многие студенты колледжа знают о принципах правильного питания, но не соблюдают их.

Для повышения приверженности студентов к правильному питанию были разработаны буклеты.

Основные правила правильного питания:

Режим питания. В течение дня необходимо есть не менее трех раз, но лучше четыре, пять или даже шесть. Все приемы пищи следует организовывать так, чтобы они проходили в одно и то же время. Такой режим питания дает немало преимуществ. Во-первых, это оградит от переедания. Во-вторых – снизит нагрузку на систему пищеварения. В-третьих – позволит избежать лишних перекусов и распределить калорийность блюд. И самое главное, питание в одно и то же время улучшит усвоение пищи. Последний прием пищи необходимо организовывать не позднее, чем за три часа до отхода ко сну.

Калорийность рациона. Общую калорийность рациона необходимо учитывать, даже если вы не стремитесь снизить вес. Ее дневная норма для женщин в среднем составляет 1600-2000 ккал, для мужчин около 2200 ккал. Однако данные цифры весьма условны, поскольку каждый человек расходует разное количество энергии. Калорийность дневного рациона необходимо рассчитывать индивидуально исходя из возраста, пола, телосложения и уровня физической активности. Например, человек, активно занимающийся спортом, расходует энергии больше, чем офисный сотрудник. Меню следует составлять так, чтобы количество калорий, поступающих с пищей, и расход были сбалансированы. Если поступать будет больше калорий, чем требуется, организм начнет откладывать излишки про запас в виде холестерина и жира. Калорийность рекомендуется снижать за счет быстрых углеводов и животных жиров.

Распределение суточного рациона. Питание рекомендуется организовывать так, чтобы наиболее питательным был завтрак и обед, а перекусы и ужин состояли из легко усваиваемых продуктов. Например, при четырехразовом питании от общей калорийности рациона на завтрак приходится должно около 25-35%, на обед – около 30-40%, перекус около 10-15%, ужин – около 15-25%

Разнообразный рацион. В меню должны присутствовать разные продукты. Чем больше их будет, тем больше организм получит полезных веществ. Оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов -1:1:4. Позаботьтесь, чтобы в меню входили только полезные продукты, которые смогут обеспечить организм всем, что ему необходимо. Правильное сбалансированное питание подразумевает потребление в больших количествах фруктов, зелени и овощей (причем последних должно быть больше, чем первых), в меньших количествах мяса, молочных продуктов, рыбы, каш и птицы.

Умеренность в еде. Переедание – одна из самых частых причин избыточного веса и проблем с пищеварением. Чтобы избежать переедания, примы пищи рекомендуется прекращать, когда вы еще испытываете легкое чувство голода. Не ешьте, читая книги, сидя у компьютера или телевизора.

Ешьте медленно. Уделяйте приемам пищи достаточно времени. Тщательно прожевывайте еду, это позволит избежать переедания и обеспечит поступление в организм большего количества полезных веществ.

Постоянное соблюдение принципов правильного питания позволит поддержать оптимальный вес, укрепить иммунитет нормализовать метаболизм, функции пищеварительной системы, сердечно сосудистой системы.

Правильное питание- это не диеты или специальные рационы – это образ жизни.

Список источников:

1. Анисимова О.А. Некоторые аспекты исследования восприятия подростками факторов здорового образа жизни// Актуальные проблемы психологического знания. - 2015.- № 1. –С.86-89.
2. Бочков А.Р., Егорычева Д.В., Акайзина А.Э. Информированность молодежи о правильном питании и влиянии фастфуда на образ жизни и здоровье // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля "Молодые ученые – развитию Ивановской области". – Иваново, 2017. – С.376-378.
3. Воронов Н. А. Феномен социализации студента в образовательном процессе физического развития / Н.А. Воронов, И.П. Гладких, А.В. Люсин //Образование и педагогические науки в XXI веке: сборник статей победителейМеждународной научно-практической конференции. Под общей редакциейГ. Ю. Гуляева. - 2017. - С. 162–165.
4. Дугнист П. Я., Мильхин В.А., Головин С. М., Романова Е.В. Здоровый образ жизни в системе ценностных ориентаций молодежи / Научно-периодический журнал // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2017. – №4(7). – С. 3-25.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

*Гуляс Анна, Кулыгина Анастасия - студентки 1 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Бастрыгина Полина Евгеньевна*

Система здравоохранения сегодня — это более трёх миллионов работающих и тысячи лечебно-профилактических учреждений, в которых эксплуатируется различная медицинская техника, коммуникации, работающие под давлением; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости. Во вредных и неблагоприятных условиях труда заняты сотни тысяч работников здравоохранения.

Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях требует больших физических усилий и выносливости, внимания, высокой трудоспособности в экстремальных условиях, зачастую из-за жесточайшего дефицита времени. В связи с этим, проблема охраны и укрепления здоровья самого медицинского работника остаётся актуальной и приобретает особую значимость.

Цель исследования: изучение негативных факторов производственной среды, влияющих на здоровье медицинской сестры.

Для достижения поставленной цели нами в работе были определены следующие задачи:

- 1) Рассмотреть основные факторы, неблагоприятно влияющие на здоровье медсестры в процессе выполнения профессиональных обязанностей и меры профилактики.
- 2) Разработать анкету и провести анкетирование среди медицинских сестёр ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» г.Биробиджан.
- 3) Проанализировать полученные данные в результате анкетирования и сделать выводы по изученному материалу.

Объект исследования: факторы риска, влияющие на здоровье медицинской сестры при выполнении профессиональной деятельности.

Предмет исследования: негативные факторы производственной среды, влияющие на здоровье медицинских сестёр в ОГБУЗ «Областная больница».

Гипотеза: мы предполагаем, что в ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» медицинские сёстры подвержены воздействию всех неблагоприятных факторов производственной среды.

Методы исследования:

- 1) Научно-теоретический обзор литературы.
- 2) Анкетирование.
- 3) Анализ и обобщение данных.

Безопасность медсестры на рабочем месте

Являясь активной участницей лечебно-диагностического процесса и осуществляя обширный комплекс мероприятий по уходу за больными, медсестра подвергается воздействию неблагоприятных факторов и условий труда, которые могут нанести серьёзный вред её здоровью.

Физические факторы риска

Специфика сестринской профессии – перегрузки и нагрузки на опорно-двигательный аппарат в течение рабочего дня, связанные с транспортировкой пациентов, с перемещением тяжелобольных в постели, с поднятием/передвижением аппаратуры и оборудования.

Понятие «эргономика» и «биомеханика» в работе медсестры

Эргономика – прикладная наука, способствующая адаптации рабочего места и личных особенностей работника, для эффективного и безопасного выполнения служебных обязанностей.

Повысить адаптацию работника к работе можно путём, например, специальной подготовки и использования личных средств защиты, расположения необходимого инструментария «под рукой». Однако нельзя считать, что вопросы эргономики являются актуальными лишь для оборудованных по последнему слову техники медицинских учреждений. При организации отделений и кабинетов важно уделять должное внимание, например, правильному освещению помещений, выбору оптимальной высоты мебели и т.д.

Биомеханика в медицине изучает координацию усилий костно-мышечной, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленную на поддержку равновесия и обеспечения наиболее физиологичного положения тела в покое и при движении: ходьбе, подъёмах тяжестей, наклонах, в положении сидя, стоя, лёжа, а также при выполнении повседневных жизненных функций.

Сохранить вертикальное положение тела в пространстве человек может только сохраняя равновесие. Для поддержания устойчивого равновесия при работе медицинской сестры необходимо знать 6 основных правил биомеханики:

1. Устойчивое равновесие тела возможно только тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет проецироваться на площадь опоры.
2. Равновесие станет более устойчивым, если увеличить площадь опоры. В положении «стоя» площадь опоры может быть расширена разведением стоп: расстояние между стопами

около 30 см, одна стопа немного выдвинута вперёд.

3. Равновесие более устойчиво, когда центр тяжести смещается ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях, приседанием.

4. Сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная осанка, то есть наиболее физиологичные изгибы позвоночного столба, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей: плечи и бёдра в одной плоскости, спина прямая, суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник и мышцы спины.

В положении стоя давление между позвонками возрастает в нижней части поясничного отдела в 4 раза относительно позиции лёжа.

Для разгрузки поясничного отдела позвоночника необходимо:

- ❖ располагать ноги на ширине плеч;
- ❖ равномерно распределять массу тела на обе ноги;
- ❖ перемещать центр тяжести с одной ноги на другую;
- ❖ поддерживать правильную осанку: встать прямо, плечи и бедра в одной плоскости, спина прямая, напрячь мышцы живота и ягодиц.

5. Поворот всего тела, а не только плечевого пояса, предотвратит опасность не физиологичного смещения позвоночника, особенно в случаях, когда это движение сопровождается подъёмом тяжести.

При повороте — вначале повернуть стопы, затем туловище (не начинать поворот с поясницы!). Необходимо избегать резких движений.

При поднятии тяжести необходимо соблюдать следующее:

- ❖ располагать ноги на ширине плеч;
- ❖ сгибать ноги в коленях;
- ❖ держать спину прямо;
- ❖ не делать резких движений;
- ❖ использовать эргономические приспособления;
- ❖ при повороте сначала поднять груз, затем плавно повернуться, не сгибая туловище.

6. Требуется меньшая мышечная работа и нагрузка на позвоночник, если подъём тяжести заменить перекачиванием, поворотом её там, где это возможно.

В положении «сидя» значительно возрастает давление между позвонками, если медсестра сидит, наклонившись вперёд, опираясь на руки. Для перераспределения массы тела, уменьшения нагрузки на позвоночник необходимо:

- ❖ спина – прямая («королевская осанка»);

- ❖ мышцы живота напряжены;
- ❖ плечи расправлены, симметричны бёдрам;
- ❖ при повороте — повернуться всем туловищем, а не только грудью и плечами.
- ❖ спинка стула располагается под углом 3-5° по отношению к сиденью;
- ❖ уровень верхней планки спинки расположен под лопатками;
- ❖ 2/3 бедра расположены на сиденье;
- ❖ колени находятся выше уровня бёдер;
- ❖ при длительном сидении желательно использовать дополнительную опору для

поясничного отдела позвоночника (например, подушечку или валик).

Вспомогательные средства для поднятия и перемещения пациента

Травмы спины медработников могут быть результатом силового напряжения при поднятии тяжести, в том числе при перемещении больных. Если есть возможность, следует воздержаться от подъёма пациентов вручную. Для этого можно использовать вспомогательные средства или подъёмные устройства:

- ❖ скользящая простыня для подъёма и перемещения больного;
- ❖ пояс;
- ❖ доска для пересаживания;
- ❖ подъёмник;
- ❖ поворотные диски.

Химические факторы риска

В лечебных учреждениях сестринский персонал подвергается воздействию различных групп токсических веществ, содержащихся в лекарственных препаратах, особенно биологически высокоактивных (антибиотики, гормоны, психотропные анестетики и т.д.), дезинфицирующие и моющие средства, перчатки. Наиболее частое проявление побочного действия токсических веществ — профессиональный дерматит — это раздражение и воспаление кожи. Помимо дерматита токсические вещества повреждают другие органы и системы.

Профилактика воздействия химических факторов риска на здоровье медсестры:

а) Химическую дезинфекцию можно заменить дезинфекцией с помощью высоких температур и чистящих средств.

б) Имейте полный комплект защитной одежды при работе с препаратами (защитные очки, перчатки, халат с длинными рукавами, нарукавники, фартук). Если резиновые перчатки вызывают дерматит, можно работать в силиконовых или из ПВХ. С порошками работать в хлопчатобумажных перчатках.

в) Приготовление дезинфицирующих растворов должно проходить только в специально оборудованных помещениях с приточно-вытяжной вентиляцией.

г) Никогда не применяйте препараты местного действия (мази, гели, присыпки) голыми руками – надевайте перчатки или пользуйтесь шпателем, пинцетом.

д) Не разбрызгивайте растворы из шприца в воздух, выталкивайте воздух из шприца в колпачок или пустую ампулу.

Воздействие высоких и низких температур

Избежать неблагоприятного воздействия высоких и низких температур (ожогов и переохлаждений) в связи с выполнением манипуляций (применение грелки, пузыря со льдом, горячего компресса и т.д.) позволит реализация любого сестринского вмешательства строго по алгоритму действий.

Действие различных видов излучений

Высокие дозы радиоактивного облучения смертельны. Небольшие дозы приводят к заболеваниям крови, возникновению опухолей (прежде всего костей и молочных желёз), нарушению репродуктивной функции, развитию катаракты.

Источниками излучения в ЛПУ являются: рентгеновские аппараты, сканеры и приборы сцинтиграфии, ускорители (аппараты лучевой терапии), электронные микроскопы, ультрафиолетовые и инфракрасные аппараты, магнитные и электромагнитные аппараты, световые и лазерные аппараты.

Профилактика вредного воздействия излучений на здоровье медсестры:

❖ При нахождении рядом с источником излучения все манипуляции нужно выполнять по возможности быстро.

❖ Следует находиться на как можно дальнем расстоянии от их источников и использовать индивидуальные средства защиты.

❖ В случае необходимости вести наблюдение за больным при рентгенологических исследованиях, медсестра должна находиться за свинцовой ширмой или надеть свинцовый фартук, воротник и колпак.

❖ Беременность медицинской сестры является противопоказанием для подобного рода процедур.

Анестезирующие газы

Газы, использованные для наркоза даже в небольших дозах, оказывают вредное воздействие на репродуктивную функцию сестринского персонала. Онкология, заболевание печени, нервной системы возможны под влиянием анестезирующих газов.

Сестринский персонал должен помнить, что:

❖ Пациент выдыхает анестезирующие газы в течение 10 дней после операции.

❖ Беременные медсёстры не должны участвовать в уходе за послеоперационными больными.

❖ Выполнять все процедуры по уходу необходимо максимально быстро, не наклоняясь близко к лицу пациента.

❖ Использовать средства индивидуальной защиты (маска, перчатки, при необходимости – фартук и очки).

Психологические факторы риска

Психоэмоциональное напряжение у медицинской сестры связано с систематическими нарушениями суточных биоритмов, с работой в разные смены (день-ночь), круглосуточным режимом работы. Работа медицинской сестры связана также с человеческими страданиями, контактом с умирающими больными, смертью, колоссальными нагрузками на нервную систему, высокой ответственностью за жизнь и благополучие других людей.

Также к психологическим факторам риска относится опасение за риск профессионального инфицирования, частые ситуации, связанные с проблемами общения (обеспокоенные пациенты, требовательные родственники), неудовлетворённость результатами труда (отсутствие условий для эффективного оказания помощи, материальной заинтересованности) и завышенные требования к медицинской сестре, необходимость сочетания профессиональных и семейных обязанностей, стресс.

С целью профилактики отрицательного воздействия стрессовых ситуаций медицинская сестра в своей деятельности должна опираться на следующие принципы:

- а) планирование своего дня (определяют цели и приоритеты, используя характеристики «срочно» и «важно»);
- б) понимание важности и значимости своей профессии;
- в) оптимизм, умение сосредоточиться на том положительном, что удалось сделать за день, считая итогом только успехи;
- г) соблюдение здорового образа жизни, полноценный отдых, умение расслабляться, «переключаться»;
- д) рациональное питание;
- е) соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

Нарушение правил эксплуатации электрооборудования

В своей работе медицинская сестра часто пользуется электрическими приборами. Поражения электрическим током (электротравмы) связаны с неправильной эксплуатацией оборудования или его неисправностью.

В целях профилактики перед использованием электроприбора нужно изучить инструкцию по его эксплуатации. Электроприборы необходимо содержать в исправном

состоянии и своевременно ремонтировать. Их ремонт должны осуществлять только специалисты. Электроприборы должны использоваться в помещениях с непроводящими электрический ток полами. Их не следует эксплуатировать во влажных помещениях, вблизи ванн, раковин или на открытом воздухе.

Биологические факторы

Ведущим вредным фактором, оказывающим влияние на здоровье медицинского персонала, является биологический, действие которого, в отличие от других, имеет обратную зависимость от стажа работы, то есть чем меньше стаж, тем выше заболеваемость. Основная масса инфекционных заболеваний у персонала лечебно-профилактических учреждений регистрируются в первые 5-8 лет трудового стажа.

Предотвращение профессионального инфицирования и обеспечение безопасности медицинского персонала достигается неукоснительным соблюдением санитарно-противоэпидемического режима и дезинфекционных мероприятий в ЛПУ.

Исследовательская работа по факторам риска в работе медсестры на базе ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер»

Для подтверждения/опровержения нашей гипотезы исследования мы разработали анкету (Приложение А) и провели анкетирование медицинских сестёр для выявления неблагоприятных факторов производственной среды.

В анкетировании приняли участие 17 медицинских сестёр, работающих в ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» в возрасте от 21 до 51 года. Стаж работы респондентов от 6 месяцев до 34 лет.

По результатам исследования сложилась следующая картина:

На вопрос анкеты «Как Вы считаете, какие неблагоприятные факторы производственной среды влияют на Ваше здоровье?» большая часть респондентов (82%) ответили – «биологические», на втором месте по распространённости (76%) – «химические» и на третьем – «физические» (Рисунок 1).



Рисунок 1. Мнение респондентов о воздействии на их организм вредных факторов производственной среды

На вопрос «Как часто Вы проходите профилактические медосмотры?» ответы распределились следующим образом: 65% респондентов дали ответ – «1 раз в год», 29% - «2 раза в год» и 1 респондент (6%) дал ответ, что уже 7 лет не проходил медосмотр (Рисунок 2).



Рисунок 2. Частота прохождения профилактических медосмотров среди респондентов

На вопрос «Отказываетесь ли Вы от постановки профилактических прививок» 76% ответили – «нет», при этом 24% респондентов отказываются от постановки прививок от гриппа, считая это не целесообразным.



Рисунок 3. Отказ респондентов от постановки прививок

У 42% респондентов имеется остеохондроз (Рисунок 4). Возраст данных респондентов от 30 до 51 года. Как мы видим, данное заболевание начинает поражать специалистов молодого возраста.

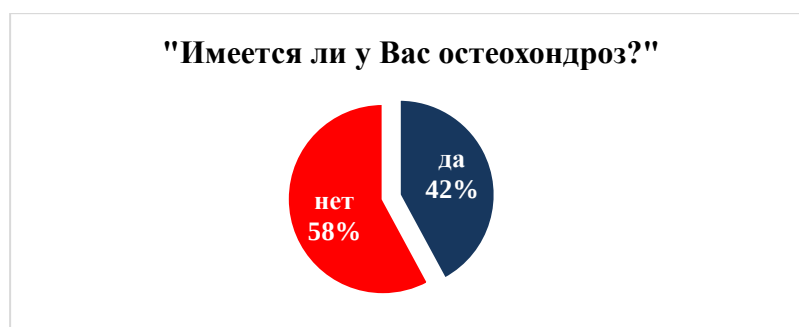


Рисунок 4. Наличие у респондентов остеохондроза

82% респондентов приходится поднимать тяжести на работе, а 18% респондентов задействованы в лёгком физическом труде (Рисунок 5).

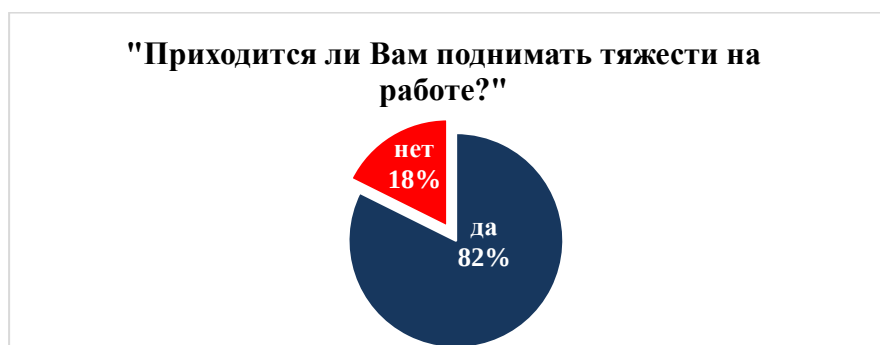


Рисунок 5. Задействование медсестёр в поднятии тяжестей на работе

На вопрос анкеты «Спина медицинской сестры при подъёме и перемещении пациента или груза должна быть»: правильный вариант ответа «максимально прямой для данного вида перемещения» выбрали 70%, «наклонена вперёд» - 12%, «наклонена в сторону перемещения груза» - 12%, а 1 респондент (6%) не знает ответа (Рисунок 6).

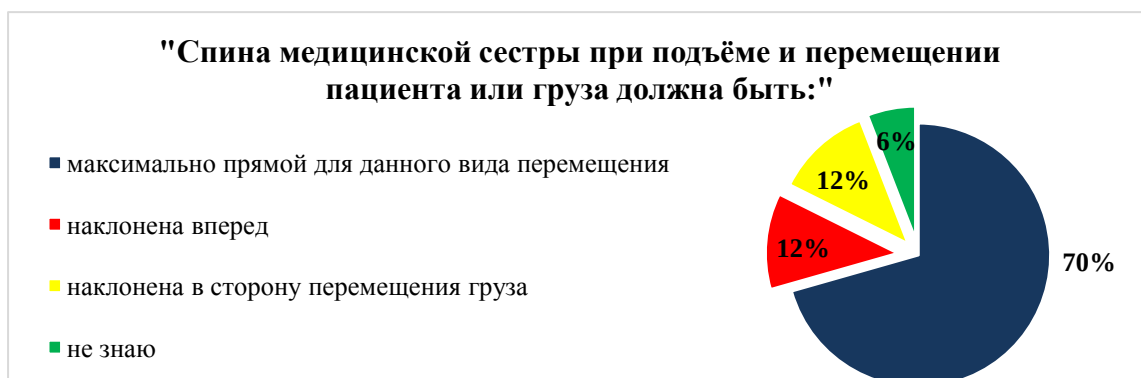


Рисунок 6. Знание респондентов о положении спины при поднятии тяжестей

Только 18% респондентов знают, что для облегчения подъёма и перемещения тяжести рекомендуется приблизить к себе предмет вплотную, 52% респондентов считают, что «на 5 см», 12% выбрали вариант «только на 10 см» и 18% - «не менее чем на 15см» (Рисунок 7).



Рисунок 7. Знание респондентов о правильном приближении тяжёлого предмета к себе для дальнейшего перемещения

На вопрос анкеты «Правильная биомеханика человека в положении «сидя»?» ответы распределились следующим образом:

- бедра полностью находятся на сиденье, стопы чуть касаются пола – 18%;
- 1/2 длины бедер находятся на сиденье, стопы без напряжения касаются пола – 6%;
- 2/3 длины бедер находятся на сиденье, стопы без напряжения касаются пола – 52%;
- 1/2 длины бедер находятся на сиденье, стопы не касаются пола – 18%;
- не знаю – 6%.

Как мы видим из ответов, только 52% респондентов знают о правильной биомеханики в положении «сидя».

На вопрос анкеты «Случалось ли Вам сталкиваться на работе со страданиями и смертью пациентов?» все 100% респондентов дали положительный ответ.

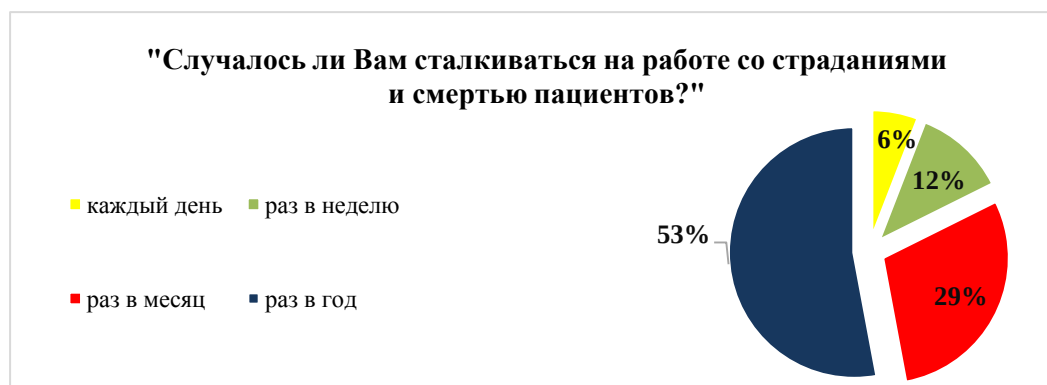


Рисунок 8. Частота видения страданий и смерти пациентов на работе

Таким образом, мы можем сделать вывод, что все опрошенные нами респонденты с разной периодичностью (Рисунок 8), но сталкиваются с такими тяжёлыми психоэмоциональными ситуациями на работе как страдания и смерть больных.

Для того, чтобы без особых физических затрат менять тяжелобольным пациентам положение в постели, палаты лечебных отделений должны быть снабжены функциональными кроватями. Мы выяснили соотношение функциональных кроватей на количество койко-мест на примере некоторых отделений ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» (Таблица 1).

Таблица 1

Оснащённость функциональными кроватями отделений ЛПУ

	Т.О.	Н.О.	Онкология	ОАиР	Х.О.	Тр.О.
Количество койко-мест	33	40	25	6	55	60
Кол-во функциональных кроватей	5	6	-	6	55	-

Из вспомогательных средств для поднятия и перемещения пациентов на базе ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» имеется только кресло-каталка, каталка и носилки. К сожалению таких современных вспомогательных средств для поднятия и перемещения пациентов как пояс, скользящие простыни, поворотные диски и доски для пересаживания на базе этих ЛПУ не имеется.

Только 1 респондент (6%) из 17 знает, что анестезирующие газы после операции пациент выдыхает в течение 10 дней (Рисунок 9).

"Знаете ли Вы в течение какого времени пациент выдыхает анестезирующие газы после наркоза?"

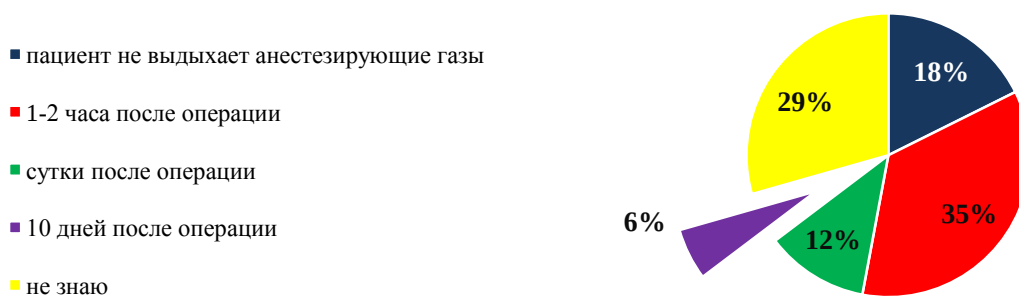


Рисунок 9. Информированность респондентов о продолжительности выдыхания анестезирующим газом пациентом после наркоза

Только 65% респондентов используют маску при работе с пациентами после операции, 35% респондентов не используют маску, тем самым подвергая себя риску возникновения онкологии, заболеваний нервной системы, выкидыша, бесплодия и т.д. (Рисунок 10).

" Надеваете ли Вы маску при работе с пациентами после операции?"

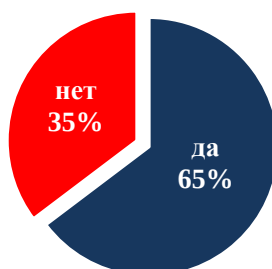


Рисунок 10. Использование лицевых масок респондентами при работе с послеоперационными больными

Только 65% респондентов всегда надевают маску и перчатки при работе с лекарственными средствами и дезинфицирующими растворами, тем самым защищая свою дыхательную систему и кожу рук от вредного воздействия токсических веществ. Но 35% респондентов подвергают себя риску возникновения заболеваний дыхательных путей и профессионального дерматита (Рисунок 11, Рисунок 12).

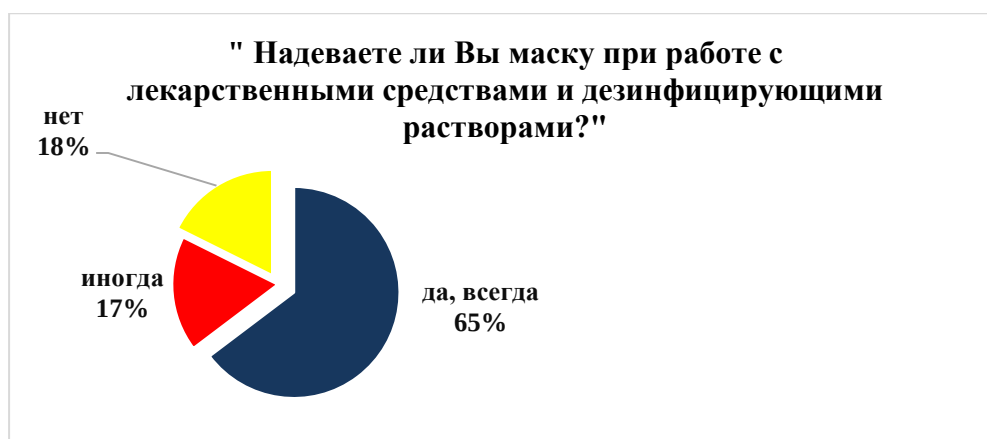


Рисунок 11. Использование масок респондентами при работе с лекарствами и дезрастворами

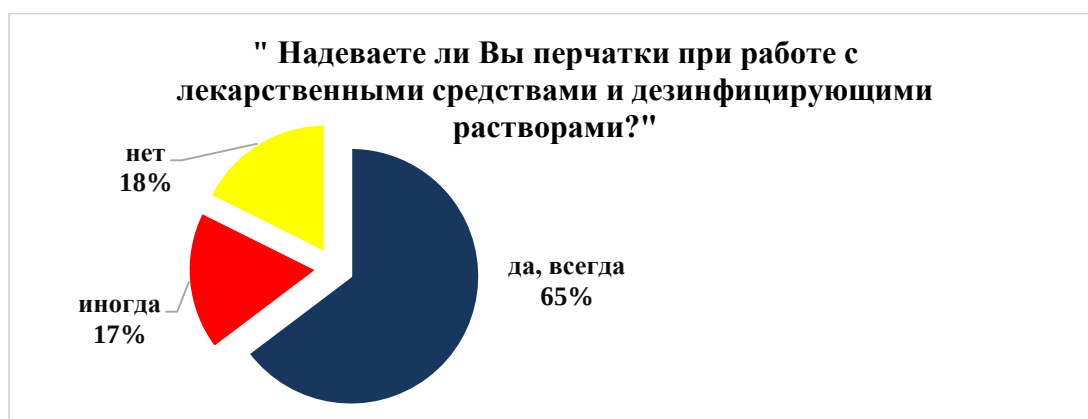


Рисунок 12. Использование перчаток при работе с лекарствами и дезрастворами

Так как профессиональная деятельность медицинских работников среднего звена связана с эксплуатацией электрооборудования, в целях избегания электротравм и сбоя оборудования или аппаратуры медицинский персонал должен перед использованием изучать инструкцию, что делает только 65% респондентов.

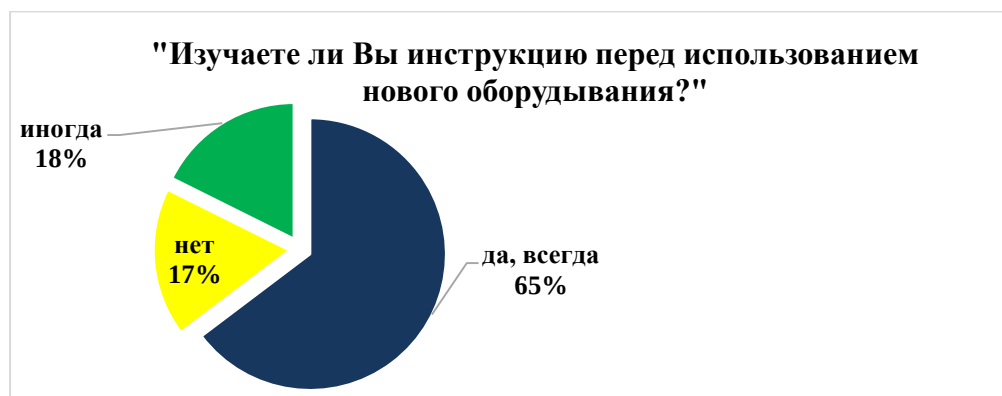


Рисунок 13. Изучение респондентами инструкции к оборудованию перед его эксплуатацией

Заключение

Целью данной работы было изучение негативных факторов производственной среды, влияющих на здоровье медицинской сестры.

Знание описанных в данной работе здоровьесберегающих технологий позволит снизить энергозатраты сестринского персонала, риск травматизма и заболеваний опорно-двигательного аппарата у медицинских работников, улучшить качество их работы, эргономично оборудовать рабочее место. Кроме обеспечения собственной безопасности на рабочем месте медицинская сестра должна применять правила биомеханики в своей работе по обучению пациентов и его родственников для эффективного удовлетворения потребности двигаться и избегать травм, падений, повреждений.

Проанализировав полученные данные анкетирования, нам удалось выяснить, что медицинские сёстры различных отделений ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» подвержены всем факторам риска, не владеют полной информацией о их пагубном влиянии на организм и о мероприятиях по профилактике, а также не всегда придерживаются мер безопасности:

1. Все респонденты считают, что подвергаются воздействию различных факторов, при этом по распространённости на первом месте – биологические факторы, на втором – химические, на третьем – физические.
2. 24% респондентов отказываются от постановки прививок от гриппа, считая это не целесообразным, тем самым подвергают риску заражения себя и окружающих.
3. 82% респондентов приходится поднимать тяжести на работе.
4. У 42% респондентов имеется остеохондроз, что связано с длительным пребыванием в одной позе и ношению тяжестей.
5. Все опрошенные нами респонденты с разной периодичностью, но сталкиваются с такими тяжёлыми психоэмоциональными ситуациями на работе как страдания и смерть больных.
6. Только 65% респондентов всегда надевают маску и перчатки при работе с лекарственными средствами и дезинфицирующими растворами, тем самым защищая свою дыхательную систему и кожу рук от вредного воздействия токсических веществ.

Итак, цель достигнута, задачи решены. Гипотеза о том, что в ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Онкологический диспансер» медицинские сёстры подвержены воздействию всех неблагоприятных факторов производственной среды, полностью подтверждена.

Список источников:

- 1) Егорова Л.А. Сестринский уход. Перемещение больных: журнал/ Л.А. Егорова, И.Н. Санникова, Т.А. Чупрова, - выпуск № 1 (7). – М.: «Медицинский проект», 2006. – 48 с.
- 2) Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие/ С.А. Мухина, И.И. Тарновская, - 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с.
- 3) Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С.А. Мухина, И.И. Тарновская,- 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 368 с.
- 4) Обуховец Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова, - под ред. Б.В. Кабарухина, – изд. 22-е, стер. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. - 766 с.
- 5) Обуховец Т.П. Сестринское дело и сестринский уход: учебное пособие/ Т.П. Обуховец – М.: КНОРУС, 2016. – 680 с.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

*Дубова Ольга Алексеевна – студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Горелова Нина Петровна*

Актуальность исследования рационального питания заключается в том, что среди всех факторов, определяющих здоровый образ жизни человека питанию принадлежит очень важная роль.

Рациональное питание является основой здоровья, главным фактором, определяющим долголетие и работоспособность человека, способствует сохранению естественной и приобретенной невосприимчивости человека к различным заболеваниям и стрессу.

В течение многих лет одной из актуальных проблем большинства стран мира является сбалансированное питание, точнее, его отсутствие. Это и явилось темой моего исследования.

Целью работы является изучение рационального питания, как одного из критериев здорового образа жизни человека.

Для проведения исследования мною были выбраны 5 участников женского пола, чей индекс массы тела (ИМТ) входил за пределы нормы.

1. Теоретические аспекты рационального питания

Определяя, является ли рациональное питание критерием здорового образа жизни человека мы не можем не сказать о здоровье в целом, что здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека.

Согласно современным медикобиологическим представлениям формирование здоровья человека определяется его образом жизни, то есть

устойчивым стереотипом ответственного отношения индивида и общества к его укреплению и сохранению.

Так что же такое здоровый образ жизни и каковы его составляющие? Этот вопрос беспокоит практически каждого человека, стремящегося сохранить и укрепить свое здоровье. Если раньше считалось, что для этого достаточно выполнять физические упражнения и придерживаться определенного рациона питания, то сейчас понятие здорового образа жизни пересмотрено и дополнено с учетом последних достижений и открытий в области медицины, социологии и психологии.

С помощью здорового образа жизни человек увеличивает продолжительность своей жизни и полноценно выполняет свои социальные функции.

Основными компонентами здорового образа жизни являются:

1. Рациональное питание.
2. Высокая двигательная активность.
3. Благоприятный психоэмоциональный климат.
4. Снижение влияния неблагоприятных факторов жизни.
5. Повышение защитных сил своего организма.
6. Преодоление вредных привычек.
7. Организация быта:

Говоря о нарушениях в питании мы чаще имеем в виду наличие лишнего веса у человека. Но справедливо отметить и такие нарушения как:

Нервная анорексия, булимия, неутолимый голод, ожирение.

Избыточная масса тела в последние десятилетия получила все возрастающее распространение среди населения различных стран. Ускоренное распространение этого нарушения здоровья, имеющего многочисленные осложнения, позволило некоторым специалистам сравнить по показателям скорости его распространения с эпидемией и назвать его «болезнью образа жизни».

Следствием этого становится ожирение, когда отношение веса человека к росту – индекс массы тела – превышает установленные нормы от 18,5 до 24,9 баллов.

С древних времен люди понимали огромное значение питания для здоровья. Мыслители древности Гиппократ, Цельс, Гален и другие посвящали целые трактаты лечебным свойствам различных видов пищи и разумному ее потреблению.

Питание обеспечивает важнейшую функцию организма человека, поставляя ему энергию, необходимую для покрытия затрат на процессы жизнедеятельности.

Здоровье и питание тесно взаимосвязаны. Вещества, поступающие в организм с пищей, влияют на наше душевное состояние, эмоции и физическое здоровье. От качества

питания во многом зависит наша физическая активность или пассивность, жизнерадостность или подавленность

И не зря древние говорили, что *«человек — есть то, что он ест»*.

Несмотря на то, что многие пищевые вещества выполняют разнообразные функции в организме, можно выделить группы веществ, которые выполняют наиболее для них характерные. Исходя из этого положения профессор Ванханен Вильям Давидович предложил новую функционально-гомеостатическую теорию питания. Согласно этой теории все пищевые вещества в организме человека выполняют 6 основных функций:

- энергетическую (углеводы, жиры и в меньшей степени – белки);
- пластическую (белки, в меньшей степени – минеральные вещества, углеводы, жиры и липиды);
- биорегуляторную (белки и витамины);
- приспособительно-регуляторную (пищевые волокна, вода и др.);
- защитно-реабилитационную (профилактические и лечебные свойства качественно различных рационов питания) и
- сигнально-мотивационную (пряности, пряные овощи, прочие вкусовые вещества).

Итак, мы можем сказать, что рациональное питание - это правильно организованное и своевременное снабжение организма пищей, содержащей оптимальное количество различных пищевых веществ, необходимых для его развития и функционирования. Рациональное питание должно обеспечивать постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) и поддерживать жизнедеятельность (рост, развитие, функции органов и систем) на высоком уровне.

И исходя из этого для практического применения выделяют 3 основных принципа рационального питания:

Первый принцип рационального питания – энергетическое равновесие (умеренность).

Умеренность в питании необходима для соблюдения баланса между поступающей с пищей и расходуемой в процессе жизнедеятельности энергией.

Второй принцип рационального питания – сбалансированность (разнообразие), полноценность питательности продуктов, которые мы употребляем.

Третий принцип рационального питания - режим приема пищи.

Для поддержания аппетита в нужных рамках очень важно соблюдение правильного режима питания.

2. Исследование и анализ показателей группы лиц, начавших использование принципов рационального питания в своей повседневной жизни

Исходя из вышесказанного и в рамках настоящей курсовой работы мною были выбраны 5 участников женского пола, одной возрастной группы, чей ИМТ выходил за пределы нормы, которым было предложено придерживаться принципов рационального питания с тем, чтобы улучшить качество жизни.

В ходе исследования было проведено тестирование участников. Методика представляет собой опросник, состоящий из 16 пунктов-утверждений, направленный на диагностику недовольства собственным телом у лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения.

По шкале вычисляется один общий балл. Результаты опроса отражены в таблице

Участники исследования	Граница	Количество баллов
Участник А.	До 13 баллов	13
Участник Е.	До 13 баллов	19
Участник Н.	До 13 баллов	24
Участник О.	До 13 баллов	14
Участник Ю.	До 13 баллов	10

Значение баллов 13 и выше говорит о выраженной неудовлетворённости собственным телом.

Следующим методом диагностики участников стало биохимическое исследование крови, исследование гормонов щитовидной железы, исследование показателей глюкозы, холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности.

Лабораторные исследования крови показали, что все значения находятся в пределах нормы, за исключением показателей глюкозы у участника Ю.

Это в свою очередь свидетельствует об отсутствии нарушений работы организма, при этом можно сделать вывод о наличии алиментарного ожирения у участников исследования. Оно возникает из-за неправильного питания и нарушения обмена веществ. Когда человек потребляет калорий больше, чем тратит, излишки организм запасает в виде подкожного жира. Постепенно это приводит к увеличению массы тела и развитию ожирения.

Заболевание способствует появлению сахарного диабета, патологий сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Следующим шагом в оценке участников стали антропометрические данные.

В исследовании антропометрических данных мною были использованы так называемые «умные весы», применяющие метод биоэлектрического сопротивления, позволяющий увидеть не только вес, но и мышечную массу, массу костей, воды, белка, висцерального жира, возраста тела и других параметров.

Весы имеют небольшую погрешность, поэтому показатели ИМТ были пересчитаны мною «вручную».

Анализ данных показал, что участник А. при росте 165 см. имеет вес равный 136,4 кг:

- ИМТ составил 50,1 (кг/м²), что является очень резким ожирением;
- Процентное содержание жира в общей массе тела составляет 43,3 %;
- Внутренний жир, окружающий органы человека, который в основном расположен в брюшной полости – 17 %;

Мы не будем предметно рассматривать каждый из этих показателей вы можете увидеть на слайде, остановимся лишь на возрасте, что очень показательно....

- Возраст был определен как 47 лет, что на 16 лет больше реального возраста

Данные участника Е., чей рост составляет 163 см. и вес 91,4 кг.

- ИМТ равен 34,4, что является ожирением 1 степени;
- Процентное содержание жира в общей массе тела – 33,0 %;
- Возраст – 43 года, что на 6 лет больше реального возраста

Данные участника Ю., чей рост составляет 160см., а вес 79,4 кг. :

- ИМТ равный 31, что является ожирением 1 степени;
- Процентное содержание жира в общей массе тела – 23,4 %;

Данные участника Н., чей рост составляет 170 см. и вес 85,6 кг.

- ИМТ равный 29,6, что является избыточной массой тела (предожирением);
- Процентное содержание жира в общей массе тела – 27,3 %;
- Возраст – 41 года, что на 2года больше реального возраста

Данные участника О., чей рост составляет 162 см., а вес 62,3 кг. :

- ИМТ равный 23,7, что является верхней границей нормы, нужно отметить, что это единственный участник из группы, чей ИМТ в пределах нормы;

- Возраст – 37 лет, что на 1 год меньше реального возраста

В виду того, что все участники исследования имеют проблемы с лишним весом им были даны рекомендации по рациональному питанию и физической активности на предстоящий месяц исследований.

По окончании этого периода были проведены повторные исследования.

В виду отсутствия показателей, выходящих за пределы нормы практически у всех участников, лабораторные исследования глюкозы крови были повторно сделаны только участнику Ю. Показатели снизились с 7,12 до 4,68

На следующих слайдах мы можем увидеть в динамике изменение показателей всех участников.

Участник исследования А.

Общая потеря веса составила – 3,1 кг. ИМТ снизился до значения 49 с 51

Потеря веса у участника Е., к сожалению, оказалась совсем незначительной, что и отразилось в динамике и позволила лишь немного уменьшить ИМТ

Участник исследования Ю.

Общая потеря веса составила – 3,1 кг.

ИМТ снизился до значения 29,8 с 31 (Рисунок 4).

Потеря веса у участника Н., к сожалению, оказалась тоже совсем незначительной, что позволила лишь немного уменьшить ИМТ с 29,6 до 28,9

Самых впечатляющий результатов добился участник О., что отразилось во всех показателях.

Общая потеря веса составила - 5,7 кг. Используя метод биоэлектрического сопротивления мы зафиксировали уменьшение таких показателей, как:

Содержание жира в общей массе тела – 2,9 %;

ИМТ снизился до значения 21,6;

Показатель возраста снизился до 36 лет, что на 3 года меньше реального возраста (Рисунок 4).

Несмотря на такие разные результаты абсолютно все участники отметили улучшения общего состояния организма, прилив энергии, улучшение качества сна и психологическое удовлетворение.

Участник А. нацелилась на более продуктивную работу.

Участник Ю. смогла снизить уровень глюкозы до значений в пределах нормы.

Участник О. хоть и добилась поставленной цели, но на достигнутом результате останавливаться не намеренна, решив улучшать качество тела и кожи, наращивая мышечную массу.

Участники Е. и Н. сделали соответствующие выводы.

В процессе исследования мною были использованы методы основанные на проведении научно-теоретического анализа литературы, проведении измерений и исследований группы участников, их тестирования, наблюдения и анализа.

Поставленные задачи решены, гипотеза состоявшая в утверждении о том, что питание, построенное на рациональных принципах способствует здоровой жизни подтверждена, абсолютно все участники почувствовал улучшения состояния организма и психологического состояния. Совершенно очевидно, знания о пищевых продуктах и правилах питания нужны всем. Энергетическая ценность суточного рациона должна соответствовать суточным энергетическим затратам человека. Пища должна быть сбалансирована по пищевым веществам, необходимым для нормального течения всех физиологических процессов. Необходим правильный режим. Таким образом, день за днем правильный или неправильный пищевой выбор формирует наше здоровье, качество и продолжительность жизни. Питание влияет на уровень и качество жизни, является важным условием ЗОЖ, способствует расширению возможности человека быть счастливым, здоровым, успешным. Без здорового образа жизни и культуры питания, лежащих в основе адаптации человека к новым воздействиям среды и вызовам современного социума, человечество может деградировать и уступить позиции, занятые в ходе эволюции и социального развития. Это – проблема не только выживания, но и достойного существования на путях прогрессивного развития Homo Sapiens.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

*Васенко Роша Луана – студентка 3 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна*

Сегодня мы представляем вашему вниманию результаты учебно-исследовательской деятельности по теме: «Язвенная болезнь и наследственность».

Цель: изучить факторы, влияющие на язвенную болезнь.

Задачи:

1. Определить факторы риска к язвенной болезни
2. Доказать, что язвенная болезнь относится к группе мультифакторальных болезней.
3. Рассмотреть проблему язвенной болезни на генетическом уровне.
4. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
5. Сделать выводы по изученному материалу.

Распространенность язвенной болезни в России, в различных экономико – географических регионах страны составляет от 5 до 15% от общего количества пищеварительных заболеваний.

На Рисунке 1 показана статистика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, где мы видим, что у мужчин подобные патологии обнаруживают от 2 до 4 раз чаще, чем у женщин. Если язва желудка больше распространена в возрасте 40–60 лет, то двенадцатиперстной кишки наблюдается у граждан в 25–40 лет.

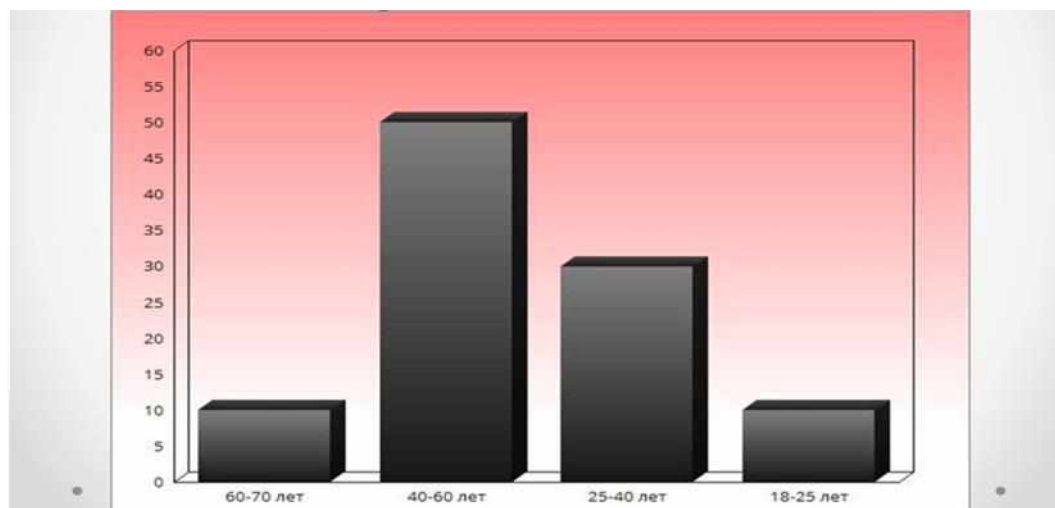


Рис.1. Статистика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь желудка – это хроническое сезонное рецидивирующее заболевание, проявляющееся дефектом слизистой оболочки (язвы).

Как же появляется язва желудка?

Нормальная работа желудка – это правильный баланс между его защитными механизмами и агрессивными факторами. Различные нарушения этого баланса создают причины появления язвы желудка.

Что это значит? Для усвоения пищи в ЖКТ используются пищеварительный сок, желчь и различные ферменты. Ими создается агрессивная среда. Благодаря ее действию пища расщепляется и далее, по мере продвижения по пищеварительной системе, всасывается через стенки кишечника. Так организм пополняет затраты энергии.

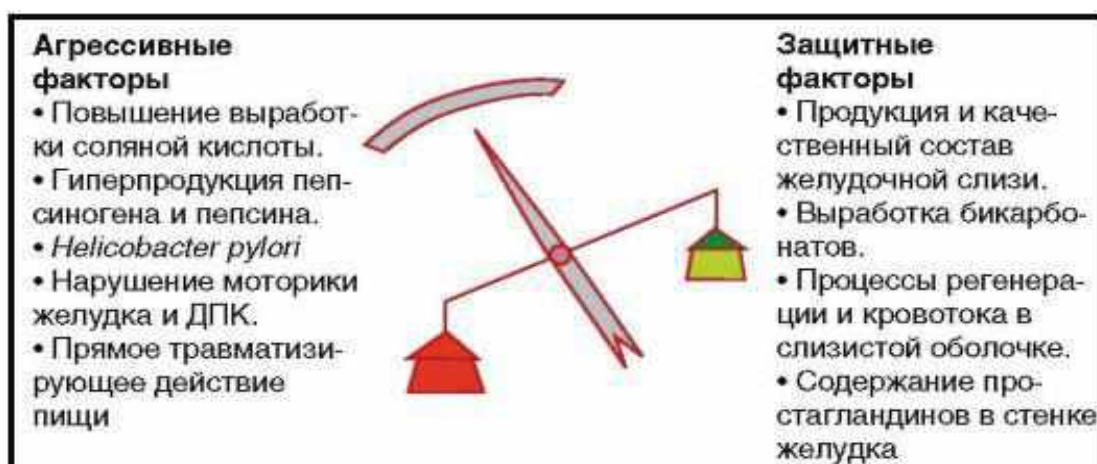
При этом, сама система и желудок, в частности, должны быть защищены от действия своей же агрессивной среды, а также других вредных воздействий. И этот защитный механизм существует. Он дает возможность перерабатывать пищу, при этом, не подвергаться действиям различных разрушительных факторов.

К агрессивным факторам, которые могут нарушить целостность слизистой оболочки желудка, относятся:

- Спиралевидная бактерия Хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*).
- Пищеварительный сок, содержащий соляную кислоту и пепсин.
- Желчь, которая может попасть в желудок из двенадцатиперстной кишки.
- Вредные химические, физические и косвенные воздействия пищи (включая напитки).

Защитные факторы:

- Общий и местный иммунитет желудка.
- Нормальная работа механизмов, защищающих слизистую желудка от пищеварительного сока и других вредных воздействий.



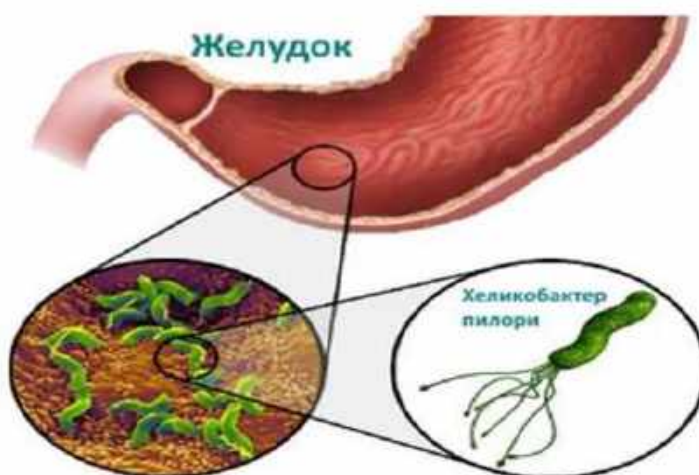
Если защитные факторы по тем или иным причинам ослабевают, то агрессивные начинают преобладать. Возникает дисбаланс, при котором пищеварительные органы становятся уязвимыми. Это обстоятельство и ведет к различным патологиям ЖКТ, в том числе, может стать причиной развития язвы.

Причин, ослабляющих защиту много. Они носят разный характер:

- генетическая предрасположенность и др.
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- частое употребление агрессивной пищи (острое, соленое, кислое);
- ущербный режим питания;
- вредная пища;
- сильные эмоциональные стрессы;
- частое применение некоторых групп медицинских препаратов;

На основании вышеизложенного, мы делаем вывод, что причиной язвенной болезни является ослабление защиты органов пищеварения. Именно в таком состоянии слизистая оболочка желудка становится уязвимой как для бактерий так и для химического воздействия соляной кислоты

Одним из важнейших эндогенных (инфекционных) факторов в настоящее время считается *Helicobacter pylori*. Результаты исследований, проведенных в последние годы доказано, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, у взрослых пациентов приходится 56% дуоденальных язв и 38% язв желудка.



Рассматривая воспалительные и иммунные ответы слизистой оболочки желудка на инфекцию *Helicobacter pylori*, можно выделить 3 основных механизма:

- При первом механизме отмечают, что при высвобождении бактерией токсинов стимулируется привлечение воспалительных клеток и повреждении ими слизистой оболочки желудка, одновременно инициируется их миграция с помощью индукции клетками эпителия интерлейкина-8 и других цитокинов, вовлекаемых в воспалительный процесс.

- Вторым важным механизмом в развитии воспаления является повреждение эпителия бактериальными продуктами и стимуляция факторов, способствующих притоку воспалительных клеток.

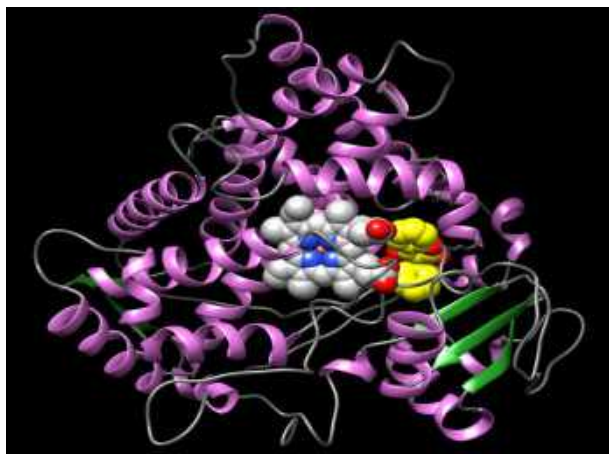
- Третий, несомненно, важный механизм заключается в иммунной реакции организма хозяина. Наблюдается активация макрофагов и моноцитов факторами хемотракции, продуцируемыми *Helicobacter pylori*. Это приводит к экспрессии на их поверхности молекул второго класса главного комплекса гистосовместимости HLA-DR, что в свою очередь является основным событием развития воспалительной реакции, заключающейся в Т-и В-клеточном ответе иммунной системы.

При этом, очень важно заметить, что бактерия присутствует приблизительно у 60% всего населения планеты. Однако, лишь небольшой процент из их числа страдает от язвенных болезней.

Отсюда, мы делаем вывод, что *Helicobacter pylori* является важнейшим, но не единственным фактором в развитии язвенной болезни.

Мы рассмотрели вопрос, что же может происходить в генотипе при язвенной болезни?

Большую роль в развитии язвенной болезни играет полиморфизм генов человека. Наиболее активно изучается генотип хозяина относительно способности к инаktivации ингибитора протонной помпы (ИПП). Так, по гену цитохрома P450 выделяют два фенотипа: быстрых (гомозиготные и гетерозиготные варианты) и медленных инаktivаторов.

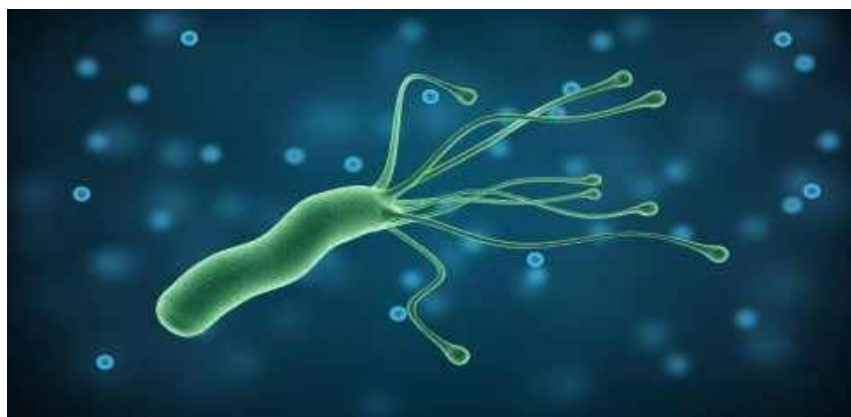


В исследованиях было показано, что эрадикация выше в группе пациентов с наличием медленных инаktivаторов. Также активно изучается полиморфизм гена противовоспалительного цитокина IL-1 β . Это вполне объяснимо, поскольку основополагающую роль в патогенезе язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, играет ответная реакция макроорганизма на инфицирование, а в ответ на любую инфекцию в первую очередь происходит выработка различных провоспалительных

цитокинов и факторов роста, запускающих каскад реакций внутри клетки. Кроме того, показано, что IL-1 β является одним из самых сильных среди известных ингибиторов кислотной продукции.

Гены, кодирующие IL-1 β , локализованы на хромосоме 2q13-21. Ген IL-1 β содержит 22 экзона, 20 из которых альтернативные (т. е. имеют структурные варианты), и 9 интронов, из которых альтернативных 8. Наиболее встречаемые биаллельные полиморфизмы IL-1 β в позициях -511, -31 и +3953, которые представляют замены единственного нуклеотида. Анализ транскрипционной активности показал, что в позиции -511 цитозин заменяется на тимин (C→T), а в позиции -31 тимин заменяется на цитозин (T→C).

Доказано, что полиморфные варианты гена IL-1 β являются высокопродуцирующими IL-1 β . У лиц, гомо -(T/T) или гетерозиготных (A/T) по высокопродуцирующему аллелю IL-1 β , продуцируется в 4 или 2 раза соответственно больше этого цитокина, чем у лиц, гомозиготных по немутантному аллелю этого гена. Следовательно, при наличии полиморфного варианта IL-1 β у инфицированных НР развивается более выраженное воспаление в слизистой оболочке желудка.



Таким образом, являясь сильным естественным ингибитором продукции соляной кислоты, IL-1 β при наличии T-аллеля еще больше подавляет кислотную продукцию.

Также изучается частота встречаемости полиморфных вариантов гена, кодирующего интерлейкин-8 (IL-8) язвенной ассоциированных с *Helicobacter pylori*, и влияние полиморфизма гена IL-8 на возникновение и течение этих болезней. Оценивали носительство аллеля IL-8 -251A с последующим установлением генотипов A/A, A/T и T/T. У большинства больных (68,2%) язвенной болезнью обнаружен мутантный гетерозиготный генотип IL-8 -251 (A/T). Воспалительная инфильтрация и признаки нарушения клеточного обновления в слизистой оболочке желудка были наибольшими у носителей аллели A, особенно у гомозигот.

По данным исследований особенностей генотипов *Helicobacter pylori* и полиморфных локусов генов цитокинов (IL-1 и IL-10) нами выяснено, что развитие может быть ассоциировано с наличием у индивидов определенных генотипов хеликобактера (*cagA*, *iceA*, *babA* и *vacA*), а также вариантов полиморфных локусов генов ключевых иммуномедиаторов про-и противовоспалительных реакций –IL-1 (IL-1RN(VNTR)-полиморфизм гена IL-1RN, обусловленный изменениями числа копий повторяющихся последовательностей) и IL-10 (IL-10-1082G>A) -полиморфизм гена IL-1B, обусловленный однонуклеотидными заменами в положении -1082.У больных язвенной болезнью достоверно чаще встречаются штаммы *Helicobacter pylori* с генотипами *cagA*+, *vacAs1*+, *vacAm2*+, *iceA1*+(65%, 76,4%, 78,9%, и 60% соответственно). Установлено, что в группе больных преобладают штаммы *Helicobacter pylori* с комбинациями генотипов *vacAs1/m2+iceA1+cagA* и *vacAs1/m2+iceA1+cagA+babA2*+, включающими все исследуемые гены вирулентности НР, при этом достоверно чаще встречаются штаммы *Helicobacter pylori* с комбинацией генотипов *cagA+vacAs1*+($p<0,05$), определяющих высокую вирулентность хеликобактера. В группе больных язвенной болезнью по сравнению с контролем достоверно чаще встречается комбинация генотипов IL-1B-511*С/*С, IL-1B+3954*С/*С, IL-1RN*1/*1, IL-10-1082*А/*А($p=0,033$, OR=11,40, 95%CI0,63-205,60), при которой, по данным, повышен риск развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* и достоверно реже – комбинация IL-1B-511*С/*Т, IL-1B+3954*С/*С, IL-1RN*1/*2, IL-10-1082*А/*G ($p=0,038$, OR=0,25, 95%CI0,07-0,96), при которой снижена вероятность формирования заболевания.

Нами было проведено анкетирование 60 респондентов БМК 1, 2, 3 курсов сестринского и фельдшерского отделений по следующим вопросам, которые указаны в таблице 1:

Таблица №1

1	Укажите ваш пол	а) Ж б) М
2	Ваш возраст	а) До 17 лет б) 18-20 лет в) 21-29 лет г) старше 30 лет
3	Знаете ли Вы что такое язвенная болезнь?	а) да б) нет
4	Кто в семье болел или болеет язвенной болезнью?	а) мама б) папа в) дедушка г) бабушка д) не болели
5	Есть ли у Вас вредные привычки?	а) да б) нет
6	Страдаете ли Вы гастритом ?	а) да б) нет
7	Вы соблюдаете свой режим питания?	а) да б) нет

8	Хотели бы Вы пройти обследование, чтобы исключить язвенную болезнь	а) да б) нет
9	Считаете ли Вы, что ранняя постановка диагноза позволит человеку увеличить срок жизни?	а) да б) нет

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:



Рисунок 1. «Укажите Ваш пол»



Рисунок 2. «Ваш возраст»

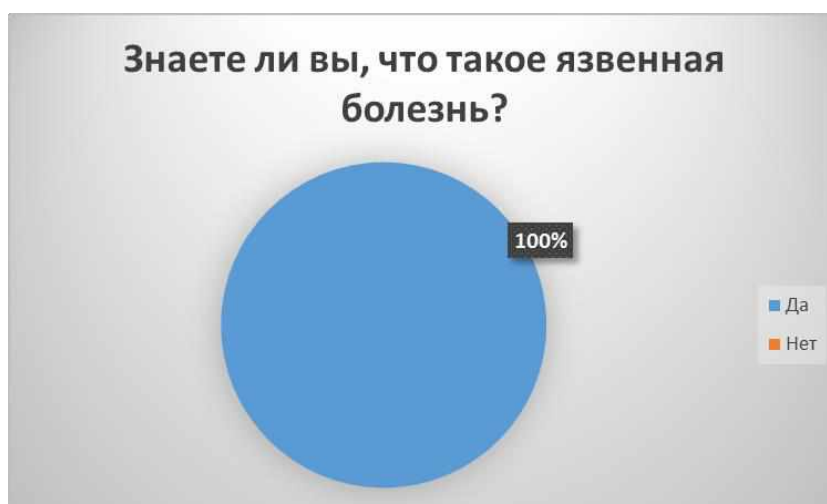


Рисунок 3. «Знаете ли Вы про язвенную болезнь?»

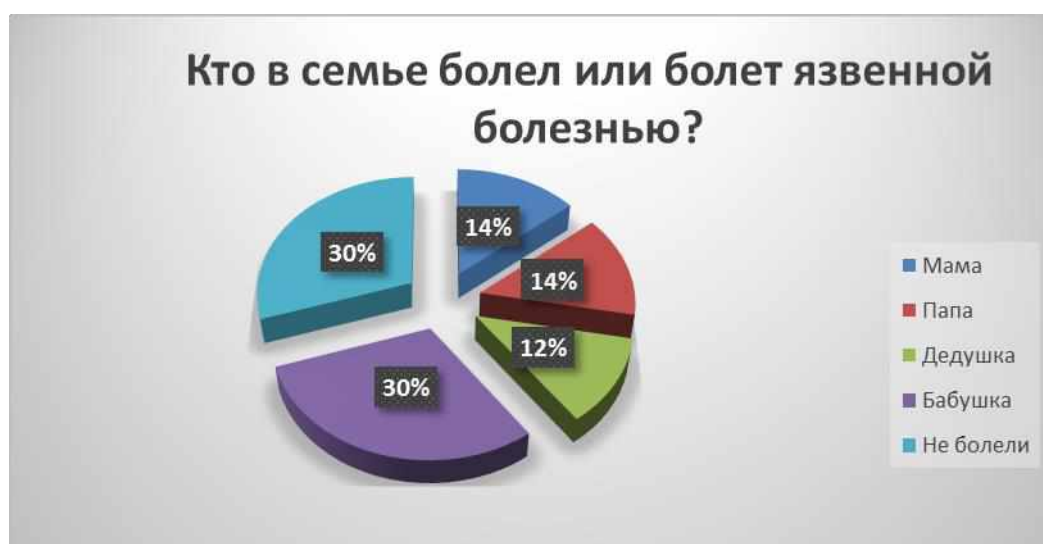


Рисунок 4. «Кто в семье болел или болеет язвенной болезнью?»

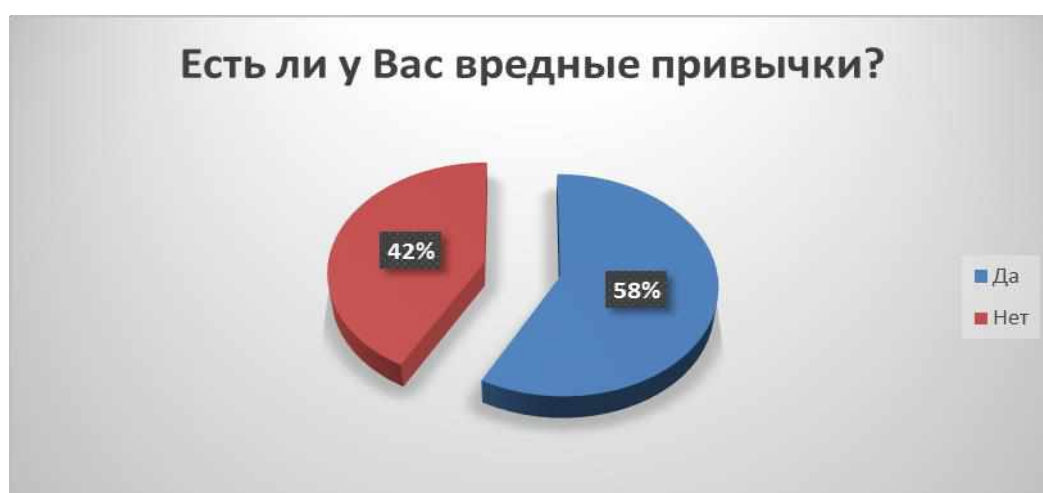


Рисунок 5. «Есть ли у Вас вредные привычки?»

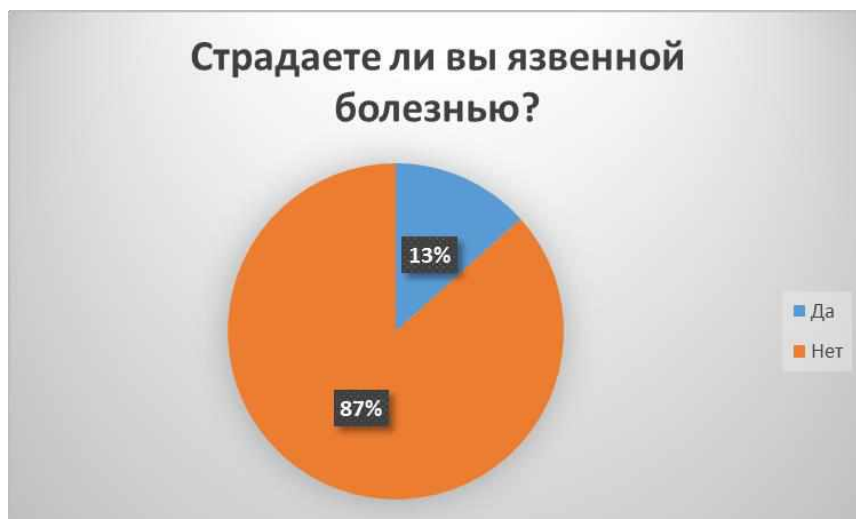


Рисунок 5. «Страдаете ли вы язвенной болезнью?»



Рисунок 6. «Страдаете ли вы гастритом?»

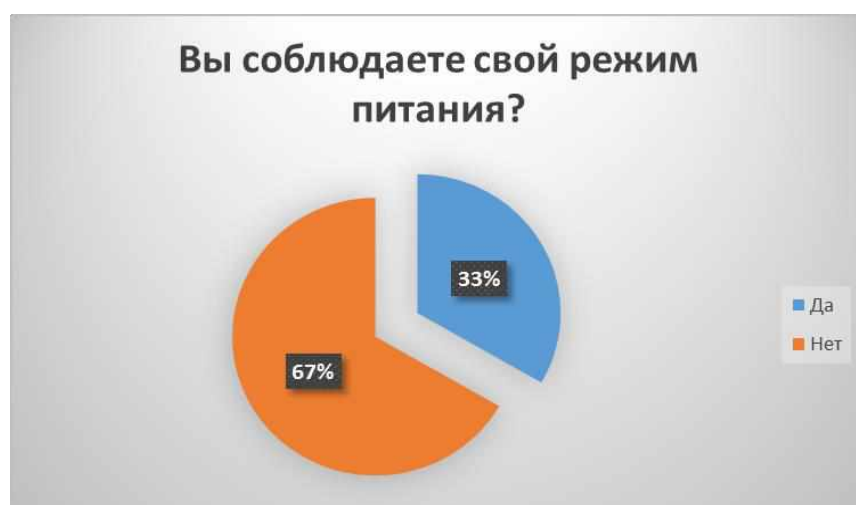


Рисунок 7. «Вы соблюдаете свой режим питания?»

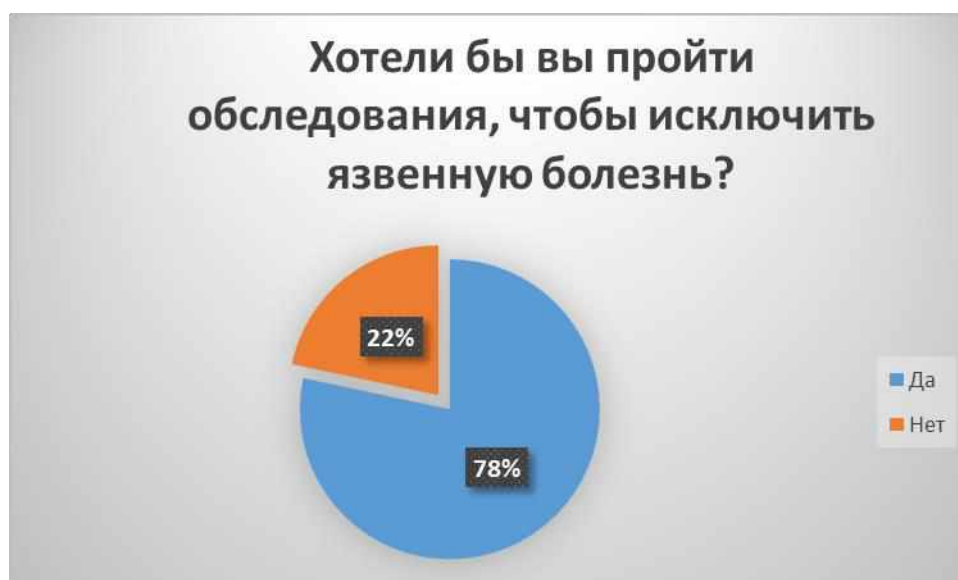


Рисунок 8. «Хотели бы Вы пройти обследование, чтобы исключить язвенную болезнь?»

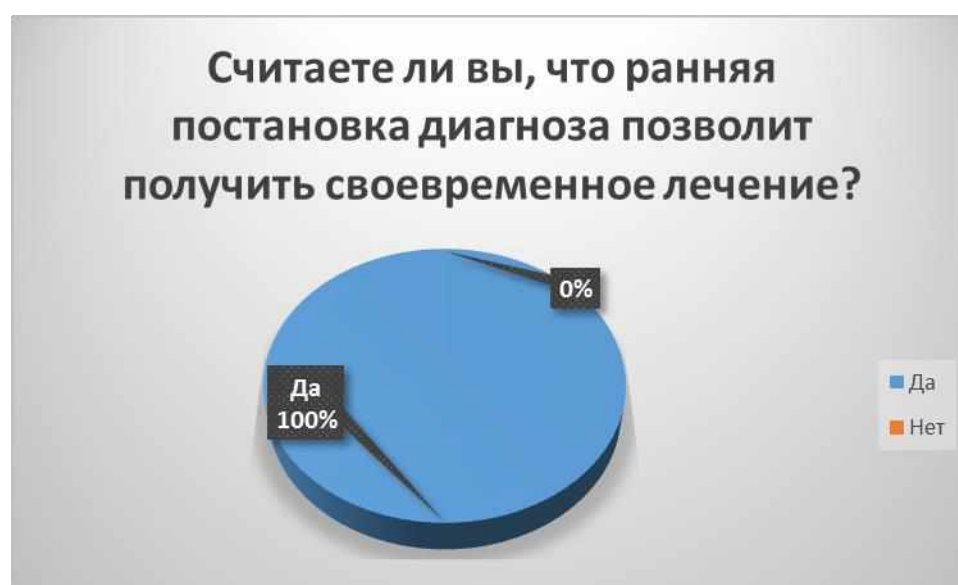


Рисунок 9. «Считаете ли Вы, что ранняя постановка диагноза позволит получить своевременное лечение?»

На основании полученных данных анкеты, среди студентов БМК возрасте от 17 и старше 30 лет, мы выявляем, что:

1. 100% респондента достаточно осведомлены о теме язвенная болезнь, об осложнениях и факторах риска, а также о генетической наследственности;
2. У 13% (8 человек) респондентов наблюдается данное заболевание;
3. У 30% респондентов страдает язвенной болезнью бабушка и по 15% мама или папа.

4. 58% имеют вредные привычки и 50% опрошиваемых, уверены, что у них существует риск развития сахарного диабета.

5. 78% респондентов хотели бы пройти обследование, чтобы исключить у себя возможность язвенной болезни.

6. Рассмотренные нами результаты и ответы 100% студентов БМК, которые считают, что ранняя постановка диагноза язвенная болезнь позволит человеку увеличить срок жизни, указывает на необходимость проведения профилактических мероприятий по теме язвенная болезнь.

Таким образом, язвенная болезнь является одной из самых распространенных болезней занимающая особое место среди хронических заболеваний пищеварительного тракта. Причиной развития язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки считаются как наследственная предрасположенность, так и другие экзогенные и эндогенные факторы. Полиморфизм генов является одним из основополагающих факторов, играющих важную роль в развитии язвенной болезни. Предполагается, что развитие язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки ассоциировано с наличием определенных генотипов хеликобактера (*cagA*, *iceA*, *babA* и *vacA*), вариантов полиморфных локусов генов ключевых иммуномедиаторов про-и противовоспалительных реакций –IL-1 (IL-1RN(VNTR)), IL-10 (IL-10-1082G>A), IL -8 (IL-8-251 (A/T)). Идентификация специфических генов, вовлеченных в патогенез язвенной болезни, и анализ взаимодействия генома с экзогенными и эндогенными ‘этиологическими факторами заболевания является важной медико-генетической проблемой, решение которой будет способствовать формированию фундаментальных представлений о патогенетических механизмах развития болезни.

Список источников:

1. Жангабылов А. К. Результаты серологических исследований на выявление инфицированности *Helicobacter pylori* жителей Алма-Аты. // Международный гастроэнтерологический конгресс, г. Алма-Аты. -2011 г. - 5 с.

2. Горшков А. Н., Мешков В. М., Зарицкая В. А., Тимченко И. В. // Центральная клиническая больница им. Н.А. Семашко МПС РФ, Россия, г. Москва. - 24.09.2009г.;

3. Язвенная болезнь (статья No 1) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.D-bolezni.ru>.

4. Маев И. В., Говорун В. М., Кучерявый Ю. А., Генерозов Э. В., Лисицина И. А., Буданова Е. А. Генетический полиморфизм интерлейкина у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированными с *HELICOBACTER PYLORI*. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.-2008.-№6.- 1-9 с.

5. В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова. Язвенная болезнь. Этиология. Часть III.- Россия.-2010г.

6. Абузарова Э.Р. Особенности генотипов *Helicobacter pylori* и полиморфных локусов генов цитокинов (IL-1 и IL-10) у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. //Автореферат. -Казань.-2008г.
7. Исамулаева А.З. Анализ ассоциации вариантных аллелей гена IL-1B (511 С/Т) на патогенез заболеваний пародонта у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=22888> (дата обращения: 20.03.2020г.
8. https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia/Язва - медицинская энциклопедия.
9. Фисенко, В. П. *Helicobacter pylori* патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и возможности фармакологического воздействия / В. П. Фисенко. // Врач: Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал / Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (М.). - М.: Русский врач, 2010. - №3.-с.46-50
10. Чернин В.В. Язвенная болезнь. - Тверь: РИД ТКМА, 2010. – 287.
11. Аллельный полиморфизм гена интерлейкина - 10 при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Л.В. Габбасова, О.А. Курамшина, А.Я. Крюкова, Э.К. Хуснутдинова, А.Х. Нургалиева // Человек и лекарство: материалы XX Юбилейного Российского национального конгресса (15-19 апреля 2013г., Москва). - М., 2013. - С.182.
12. Распределение частот генотипов полиморфного варианта IL10-627C>A в выборках больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Л.В. Габбасова, О.А. Курамшина, А.Я. Крюкова, Э.К. Хуснутдинова, А.Х. Нургалиева // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга: материалы ХИЙИ Съезда НОГР с международным участием и 17-й Северо-Западной научной конференции «Санкт - Петербург - Фармакотерапия-2013» и 7-го Санкт-Петербургского гепатологического конгресса (11-12 марта 2013, Санкт-Петербург). - СПб., 2013. - №1.

***Социальные вопросы медицины
(влияние общественных факторов на здоровье человека)***

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА САМОСОЗНАНИЯ
ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА**

*Ашаров Даниил Сергеевич - студент I курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна*

Интерес к феномену сознания и самосознания всегда был характерен для философской и психологической науки. Несмотря на обилие работ (Е.А. Климов, А.К. Маркова, Т.Л. Миронова, Л.М. Митина, Е.Ю. Пряжникова и др.), вопрос становления профессионального самосознания студентов изучен недостаточно, так как для формирования профессиональной позиции необходимо изучение «Я-образов» и представлений об идеальном профессионале, формирующихся у студентов за период обучения в колледже. [1,2]

Категория самосознания в современной психологической науке является одной из важнейших и неоднозначных. Поэтому данная тема для нас является интересной, и

раскрывает возможности для формирования представлений о собственном самосознании и его формировании, так как мы являемся студентами колледжа.

Приступая к работе, мы сформулировали цель исследования: Изучение самосознания студента и его компонентов.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть понятие самосознания, относительно студенческой молодежи и его компоненты.
2. Определить для исследования один компонент из числа составляющих самосознание студента.
3. Провести исследование, подобрав для него соответствующую методику.
4. Провести обработку и анализ результатов исследования.

Объектом исследования является самосознание студента медицинского колледжа.

Предмет исследования: формирование когнитивного компонента самосознания у студента медицинского колледжа.

Гипотеза: Мы предположили, что когнитивный компонент самосознания студента изменяется за годы обучения в колледже.

Методы исследования: тестирование, анализ и обработка результатов.

Познакомившись с психолого-педагогической литературой по теме исследования, можно сказать, что самосознание – это интегративное, прижизненно формирующееся свойство психической деятельности человека, проявляющееся в целостной оценке себя и осознании своего морального облика. Изучением развития компонентов морального самосознания в студенческом возрасте занимались В.А. Токарева и Э.Н. Ольшевская, И.И. Чеснокова, Н.Г. Церковникова, С.В. Светлова и др.. [3,4]

В психологии на данный момент не существует единой и универсальной классификации компонентов самосознания. И.И. Чеснокова [5] в своих работах выделяла три компонента самосознания:

- Когнитивный (самопознание) – содержит в себе знания о нравственном поведении личности; выражает ценности и принципы личности; вырабатывает мнения, суждения, понятия нравственных категорий.
- Эмоциональный (эмоционально-ценностной отношение к самому себе) – выражает моральную самооценку личности, в которую входят такие категории как гордость, совесть, стыд, личное достоинство, честь и др..
- Регулятивный или как его еще называет в своих работах В.А. Токарева и Э.Н. Ольшевская - поведенческий. Определяет ответственность человека за свое поведение, а также готовность к определенному образу действий.

В своей работе мы решили остановиться на исследовании когнитивного компонента самосознания. В процессе обучения изменяются идеалы, принципы личности, отношение к принятию моральных норм, представления о собственном моральном облике, это обусловлено интенсивным процессом развития нравственных представлений, взглядов, суждений и других аспектов когнитивного компонента морального самосознания.

Процесс развития нравственности у студентов зависит от динамики и характера межличностных отношений. Для этого необходимым психологическим условием является активное взаимодействие с носителями (трансляторами) профессиональных норм, ценностей и моделей поведения это преподаватели и конечно сотрудники практического здравоохранения. Большую роль в формировании компонентов самосознания играет образовательное пространство, которое простирается и охватывает все те объекты и процессы, которые включаются в образовательный процесс, приводят к образовательному результату — приращению индивидуальной культуры человека (освоению ценностей, овладению различными способами мышления, деятельности и поведения). Образовательное пространство, с одной стороны, «захватывает» некоторую часть окружающей среды, выделяя то, что мы называем образовательной средой, с другой стороны — человека, где он как участник процесса образования выступает в качестве образующегося.

Инструментом для проведения исследования когнитивного компонента самосознания, послужила методика Бубновой Светланы Сергеевны. «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности».

В основе данной методики лежит положение о том, что представления о значимых ценностях формируются в процессе социализации личности в результате интериоризации общекультурных ценностей. Методика определяет степень выражения полиструктурных ценностных ориентаций личности. К которым автор относит следующие:

1. здоровье;
2. любовь;
3. общение;
4. высокое материальное благосостояние;
5. приятное времяпрепровождение, отдых;
6. признание и уважение людей, и влияние на окружающих;
7. высокий социальный статус и управление людьми;
8. социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе;
9. помощь и милосердие к другим людям;
10. познание нового в мире, природе, человеке;
11. поиск и наслаждение прекрасным.

Целью исследования было выяснить, как изменяются показатели и структура ценностных ориентаций личности в образовательном пространстве колледжа. Мы взяли первокурсников и выпускников обоих отделений в качестве респондентов, для того чтобы определить как меняются ценностные ориентации студентов в процессе обучения.

Так же в нашем исследовании приняли участие преподаватели, но как эталон, ориентир.

Итак, нашими респондентами стали студенты 10СД, 12ЛД, 30СД, 42ЛД .

После проведенного тестирования нами была произведена обработка полученных результатов, которые мы для наглядности оформили в виде таблицы. При этом мы раскрасили места лидирующих ценностей.

Ценности, занимающие 1 место в красный цвет, второе в зеленый и третье место в синий цвет.

Таблица 1

Результаты исследования по методике

«Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности»

Ценности		1 курс		Выпускники		Преподаватели
		СД	ЛД	СД	ЛД	
		10	12	30	42	
1	Приятное времяпрепровождение, отдых	4,38	4,79	4,5	4,5	3,58
2	Высокое материальное благосостояние	3,19	2,84	3,4	3,38	2,58
3	Поиск и наслаждение прекрасным	3,29	3,89	2,7	2,75	3,16
4	Помощь и милосердие к другим людям	4,33	4,58	4,75	4,88	4,67
5	Любовь	3,67	3,42	3,33	3,13	4,17
6	Познание нового в мире, природе, человеке	3,67	3,63	3,17	4,38	3,25
7	Высокий социальный статус и управление людьми	2,38	3,16	2,08	4,13	2,17
8	Признание и уважение людей и влияние на окружающих	3,48	4,68	3,83	4,38	4
9	Социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе	2,81	2,95	1,67	4,13	2,42
10	Общение	2,81	2,95	2,5	2,88	2,25
11	Здоровье	3,81	2,95	3,25	2,75	3,17

Итак, мы видим, что среди студентов первокурсников на первое место выходит такая ценностная ориентация как «приятное времяпрепровождение, отдых. Второе и третье места у первокурсников разнятся, так на втором месте у первокурсников сестринского

отделения выходит «помощь и милосердие другим людям, а у фельдшеров «признание и уважение людей, и влияние на окружающих». На третьем месте у сестер «здоровье», а у фельдшеров «помощь и милосердие к другим людям».

При сравнении с выпускниками мы видим, как меняются позиции лидирующих ценностей: так, видно, что выпускники имеют одинаковое ранжирование лидерских позиций ценностей. На первом месте «помощь и милосердие к другим людям», на втором – «приятное времяпрепровождение, отдых» и на третьем – «признание и уважение людей, и влияние на окружающих».

Наших преподавателей мы взяли как эталон, ориентир. Если посмотреть в сравнении на лидирующие ценностные ориентации выпускников и преподавателей, то структура лидирующих ценностных ориентаций выпускников очень похожа на преподавателей за исключением второй позиции, здесь у преподавателей демонстрируется их более высокая личностная и социальная зрелость.

На наш взгляд необходимо отметить, что имеется положительная динамика показателей самой значимой ценностной ориентации из списка именно для медицинского работника - это «помощь и милосердие к другим людям», который повысился у выпускников сестринского отделения на +0,42, а фельдшерского на +0,3. Таким образом, можно говорить, что образовательное пространство колледжа способствует формированию значимых для медицинского работника ценностей.

Следовательно, наша гипотеза о том, что когнитивный компонент самосознания изменяется за годы обучения в колледже, нашла свое подтверждение.

Таким образом, мы нашим исследованием выяснили ведущие нравственные ценности личности участников образовательного пространства. И выяснили, что обучение в колледже действительно способствует развитию когнитивного компонента личности студента.

Список источников:

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Благоприятный социально-психологический климат в коллективе как условие эффективной работы // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. 2015. № 3. С. 50-52.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, с международным участием. 2013. С. 369-375
3. Зимняя И.А. Педагогическая психология. М.: Логос, 2000. С. 384).
4. Ольшевская Э.Н. Развитие когнитивного и эмоционального компонента морального самосознания студентов вуза. Дис. ... канд. псих. наук. Ярославль, 2010. С. 10-13
5. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977.

ОСМЫСЛЕНИЕ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТАМИ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

*Степанова Ксения Константиновна - студентка 1курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Мищенко Наталья Владимировна*

«Обман сам по себе дурен и заслуживает осуждения» Аристотель

Мораль появляется в обществе не в определённый период времени, а присуща ему на всех стадиях развития. Во все исторические эпохи поступки и воля человека, живущего в обществе, связывались с нравственными нормами. Сначала нравственные нормы имели вид обычаев, религиозных или государственных установлений. В этом смысле мораль предшествует познанию и способствует его развитию: именно в поле морали зарождается философская мысль.

Мораль как житейская мудрость существовала в глубокой древности, а как философская теория зарождается в рамках античной философии.

Совершая поступок, соответствующий моральным нормам или аморальный (безнравственный), человек не всегда задумывается об «обществе в целом». Но в моральных установках как готовых шаблонов поведения общественные интересы уже предусмотрены. Нормы и правила морали формируются естественным образом, складываются исторически. Они возникают из многолетней повседневной жизни (поведения) людей.

Мораль возникает и развивается на основе потребности общества регулировать поведение человека в различных сферах общественной жизни. Мораль - один из самых доступных способов осмысления людьми сложных процессов социального бытия. Коренной проблемой морали в современном мире является регулирование взаимоотношений, интересов личности и общества.

Цель данной работы – определить значимость морали и нравственных ценностей для современного студента ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».

Задачи данного исследования: 1) раскрыть содержание понятий «мораль», «нравственность»; 2) выявить отличие нравственных ценностей в разные исторические эпохи.

Объектом исследования стали студенты 18 до 30 лет 1-3 курсов, обучающиеся по специальности: «Лечебное дело», «Сестринское дело», а также курсанты отделения повышения квалификации ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Предмет исследования: мнение респондентов о морали и нравственности, их осмыслении и практическом применении в повседневной и профессиональной деятельности.

До начала исследования были сформулированы 3 рабочие гипотезы:

1. Предположили, что 80 % респондентов имеют представление о морали и нравственных ценностях.
2. Предположили, что 60 % респондентов осознают смысл золотого правила морали.
3. Предположили, что 80 % респондентов руководствуются нормами морали в повседневной жизни и профессиональной деятельности и уверены в их практической необходимости в современном обществе.

Метод сбора первичной информации – анкетный опрос.

Теоретическая база исследования.

Проблемами морали занимается особая сфера знания - этика. Процесс формирования этики относится к середине I тысячелетия до н. э. Он происходил практически одновременно в Древней Греции, в Индии и Китае.

Этика античности обращена к человеку. Её девизом можно считать высказывание Протагора: «Человек есть мера всех вещей...». Мораль и добродетель понимались как разумное поведение.

Этическая мысль античности развивалась следующим образом: от провозглашения власти всеобщего над человеком(семь мудрецов) , к идее единства индивида и государства, признававшей самоценность человеческой личности(софисты, Сократ, Платон, Аристотель), далее к противопоставлению человека миру социального бытия(стоики, эпикурейцы)[2,13].

Деятельность софистов в V веке до н.э. имела гуманистический смысл и направлена была против морального догматизма того исторического периода. Человек, признаваемый ими как самодостаточная ценность, имел право творить моральный закон. Таким образом, софисты подчёркивали изменчивость моральных представлений, относительность моральных норм. Данную позицию называли моральным релятивизмом. Когда утверждается, что у каждого человека своё представление о счастье, добродетели и смысле жизни. Софисты сомневались в общезначимости морали.

Сократ же абсолютизирует мораль, считает её фундаментом достойной жизни, основой культуры. Он считал, что в нравственной деятельности следует руководствоваться знанием о нравственности. Что этика должна помочь человеку построить жизнь в соответствии со стремлением к высшему благу – счастью. Согласно его идеям, только моральный человек может быть счастливым. Мыслитель определяет главные добродетели: мудрость, мужество, умеренность, справедливость и подчёркивает значимость нравственного самосовершенствования. Позиция Сократа рационалистична: знание – основа

добродетели, незнание - источник аморальности. Сократ признал, что мудрец не способен на злой поступок. Это в дальнейшем породило глубокую идею: моральные ценности только тогда имеют регулятивный смысл, когда осознаны человеком как истинные.

Первая попытка систематизировать этические идеи принадлежит Платону.

Этика в понимании Аристотеля - практическая наука о нравственности (добродетели). Её цель – научить человека стать добродетельным(счастливым). Этика очень важна, так как должна помочь человеку осознать главные цели в жизни и решить вопрос о возможности воспитания добродетельных граждан[2,21].

Существует много трактовок понятия «мораль». Мораль является основным предметом этики, осмыслением которого она занималась на протяжении всей истории своего развития.

Мораль особая сфера общественного сознания, регулирующая действия людей в обществе с помощью нравственных правил.

Мораль – совокупность правил и норм поведения, которыми люди руководствуются в жизни.

Нравственность – правила, определяющие поведение человека, качества, необходимые человеку в обществе (П. Гуревич).

Мораль имеет всеобъемлющий, императивный характер.

Мораль – способ духовно- практического освоения мира человеком.

Моралью можно назвать «формы осознания общественно необходимого типа поведения».

Мораль, с точки зрения философа 19 века Ф. Ницше, — это порча, изобретение «слабых», «маленьких» людей, «мошенничество высшего порядка», лучшее средство, с помощью которого люди вводятся в заблуждение. Высоко ценил взгляды Ф. Ницше один из самых одиозных представителей кровавой истории XX в. А. Гитлер. По мнению Ф. Ницше, современная мораль (последней четверти 19 века) не даёт жизни развиваться, мораль господствует 2000 тысячи лет и делает человека слабым и беспомощным.

Требования морали фиксируются в общественном сознании в виде обычаев, традиций, общепринятых представлений. Обозначим особенности морали: 1. она появилась еще до разделения общества на классы и становления государства; 2. моральные нормы могут выражаться в общественном мнении, а также передаются им; 3. Моральные воззрения, идеи передаются художественной литературой, искусством, средствами массовой информации; 4. Внутренним гарантом морали выступает совесть человека, а внешним - общественное мнение; 5. В сфере морали принуждение выступает в форме общественного

мнения, воздействия социальной общности, коллектива. Общество в случае совершения человеком аморального поступка осуждает его.

Мощное социальное движение в конце 19 - начале 20 веков породило изменение нравственных ориентиров. После октябрьской революции 1917 г. появляется пролетариат, имеющий героическую позицию, рождаются новые нравственные ценности - решимость, твёрдость характера, преданность делу.

С победой Октября моральные нормы в СССР политизировались. Что способствовало строительству социализма, то было нравственно. В конце XX века наблюдается коренная гуманизация общественного миропорядка. В начале XXI века множество нравственных проблем обусловлено научно-технической революцией. С одной стороны - научные разработки позволили избавиться от многих болезней. Но с другой – актуализировалась проблема моральной ответственности за последствия изобретений. Совершив достижения в научно-технической сфере, мировое сообщество разрушило гуманистические основы жизни. Многие по-разному относятся к нравственным ценностям – это «этическим добродетелям»: честность, верность, добро, справедливость, совесть.

Анализ результатов исследования.

В анкетном опросе принимало участие 73 респондента (студентов сестринского и фельдшерского отделений, курсантов отделения повышения квалификации). Из них 14 (19%) юношей и 59 (81%) девушек. Из числа респондентов несовершеннолетних – 17 %, от 18 до 22 лет – 54 %, от 23 до 30 лет – 10 %, от 31 до 63 лет – 19 % (Рис.1).

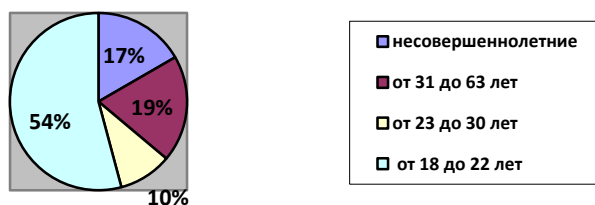


Рис.1 Возраст респондентов

Данные исследования показали, что 89 % респондентов считают мораль и нравственные ценности значимыми в своей жизнедеятельности. Всего 11 % (7 человек) респондентов не волнуют вопросы морали и нравственности. Таким образом, рабочая гипотеза о том, что 80 % студентов имеют представление о морали и нравственных ценностях подтвердилась.

Из числа респондентов 35% верно осознают смысл золотого правила морали(относись к другим так же, как ты бы хотел, чтобы к тебе относились), 50 % респондентов не ответили на данный вопрос, 15 процентов неверно толкую смысл этого понятия. Таким образом, рабочая гипотеза о том, что 60 % респондентов осознают смысл золотого правила морали не нашла своего подтверждения.

Парадокс моральной оценки связан с вопросом, кто может вершить моральный, нравственный суд? Кто может выносить нравственные оценки? Нравственный человек не может себя считать достойным кого-то судить. Разрешением данного противоречия может считаться нравственное требование: «Не судите других».

Нравственный человек не имеет право оценивать и судить поступки другого – ответили 63% (46 студентов) респондентов. Нравственный человек имеет право оценивать и судить поступки другого человека – ответили 33% (24 студента) респондентов. Из числа респондента 3 (4%) студента не ответили на данный вопрос (Рис.2).



Рис.2 Имеют ли право нравственные люди оценивать и судить поступки другого человека?

Осознают смысл нравственных поступков человека – 90% респондентов. Отвечали по-разному на этот вопрос: «поступки по совести», поступки в соответствии с нравственными нормами. 10 % респондентов не ответили на этот вопрос.

Руководствуются нормами морали в повседневной жизни и профессиональной деятельности и уверены в их практической необходимости в современном обществе 89 %. Таким образом, рабочая гипотеза о том, что 80 % респондентов руководствуются нормами морали в повседневной жизни и профессиональной деятельности и уверены в их практической необходимости подтвердилась.

Таким образом, мораль как форма общественного сознания и его реализации на практике, утверждающая общественно необходимый тип поведения людей и служащая основой его регулирования, выполняет функции: регулятивную (регулирует поведение

людей в обществе), ценностно-ориентирующую(ориентирует человека в мире культурных ценностей), познавательная, воспитательная.

В конце XX века наблюдается коренная гуманизация общественного миропорядка. В начале XXI века множество нравственных проблем обусловлено научно-технической революцией. С одной стороны - научные разработки позволили избавиться от многих болезней. Но с другой – актуализировалась проблема моральной ответственности за последствия изобретений. Совершив достижения в научно-технической сфере, мировое сообщество разрушило гуманистические основы жизни. Каждая эпоха несёт за собой упадок нравов. Добро всегда останется добром, а сострадание и милосердие не меняют своей природы.

Таким образом, в развитии морали невозможен ни прогресс, ни регресс, она всегда равна самой себе. Мораль меняется в лучах истории.

Список источников

1. Гусейнов А.А, Апресян Р.Г. Этика. – М., 2000.
2. Зеленцова И.Л., Беляева Е.В. Этика: учебное пособие для студентов.- Мн.: ТетраСистемс, 2009. - 368 с.
3. Кондрашов В.А. Этика. Эстетика. Изд.: «Феникс», Ростов н/ Дону, 2019.- 512 с.

КОРОНАВИРУС. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ

*Шут Виктория Сергеевна – студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Гефен Лариса Ивановна*

Актуальность темы

Пандемия COVID-19 — пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2.

Пандемия началась с обнаружения в конце декабря 2019 года в городе Ухань провинции Хубэй центрального Китая первых случаев пневмонии неизвестного происхождения у местных жителей, связанных с местным рынком животных и морепродуктов Хуанань. 31 декабря 2019 года власти Китая проинформировали о вспышке неизвестной пневмонии Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ). С 22 января город Ухань был закрыт на карантин; с 24 января — прилегающие к Уханю городские округа. Вирус был зафиксирован во всех административных образованиях Китая провинциального уровня.

30 января на заседании комитета по чрезвычайным ситуациям ВОЗ вспышка нового коронавируса была признана чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

11 февраля 2020 года заболевание получило название нового коронавирусного заболевания (COVID-2019).

Китайские учёные выделили возбудителя — новый коронавирус, первоначально названный 2019-nCoV, и установили генетическую связь последовательности его генома. Вирус не менее чем на 70 % похож по генетической последовательности на вызывающий тяжёлый острый респираторный синдром (известный также как атипичная пневмония) вирус SARS-CoV и поэтому получил название SARS-CoV-2.

Инкубационный период обычно составляет около 5 дней, но может длиться от 2 до 14 дней. Заболевание становится заразным до появления симптомов. ДНК вируса также определяется в мокроте после исчезновения симптомов, но пока неизвестно, может ли это приводить к заражению.

11 марта 2020 года ВОЗ объявила, что вспышка приобрела характер пандемии, 13 марта 2020 года, что её центром стала Европа.

По данным на 23 марта подтверждено 378 481 случаев заражения в 195 странах и территориях, 16 491 летальных исходов. Регионы, наиболее подвергшиеся пандемии по количеству заболевших, — материковый Китай, Европа (Италия, Испания, Германия, Франция, Швейцария), США, Иран, Республика Корея.

Статистика выполненных тестов по странам

Страна	Проведено тестов	Положительных	Дата
<u>Китай</u>	320000		20.02.2020
<u>Южная Корея</u>	286716	8320	16.03.2020
<u>Италия</u>	137962	27980	16.03.2020
<u>ОАЭ</u>	125000	98	16.03.2020
<u>Россия</u>	122854	147	18.03.2020
<u>Австралия</u>	83138	565	18.03.2020
<u>Великобритания</u>	50442	1950	17.03.2020

<u>Германия</u>	35000	3117	8.03.2020
<u>США</u>	16542	1832	13.03.2020
<u>Тайвань</u>	16530	50	13.03.2020
<u>Франция</u>	15018	1784	10.03.2020
<u>Япония</u>	12919	714	14.03.2020
<u>Белоруссия</u>	21000	81	23.03.2020
<u>Канада</u>	10174		11.03.2020
<u>Норвегия</u>	8000	895	12.03.2020
<u>Австрия</u>	11977	1471	18.03.2020
<u>Словения</u>	5369	181	14.03.2020
<u>Исландия</u>	6510	250	18.03.2020
<u>Мальта</u>	889	12	13.03.2020
<u>Дания</u>	7385	1007	17.03.2020
<u>Эстония</u>	1387	205	16.03.2020
<u>Израиль</u>	8325	255	16.03.2020
<u>Индия</u>	5900	110	14.03.2020
<u>Швейцария</u>	4000	1135	07.03.2020
<u>Ирландия</u>	1784		09.03.2020
<u>Нидерланды</u>	6000		07.03.2020
<u>Чехия</u>	7664	464	18.03.2020
<u>Казахстан</u>	5093	3	13.03.2020
<u>Бельгия</u>	3128		09.03.2020
<u>Латвия</u>	1147	34	16.03.2020
<u>Панама</u>	756		13.03.2020
<u>Словакия</u>	1715	84	16.03.2020

<u>Финляндия</u>	900		11.03.2020
<u>Польша</u>	7899	205	17.03.2020
<u>Венгрия</u>	1470	39	17.03.2020
<u>Румыния</u>	3708	168	16.03.2020
<u>Армения</u>	262		12.03.2020
<u>Новая Зеландия</u>	584	11	17.03.2020
<u>Хорватия</u>	1159	69	17.03.2020
<u>Таиланд</u>	5936		13.03.2020
<u>Вьетнам</u>	9696	68	18.03.2020
<u>Турция</u>	2900		10.03.2020
<u>Филиппины</u>	2000		09.03.2020
<u>ЮАР</u>	2405	62	16.03.2020
<u>Украина</u>	500	7	17.03.2020
<u>Литва</u>	742	18	17.03.2020
<u>Колумбия</u>	2571	65	17.03.2020

Основные симптомы коронавирусной инфекции:

1. Повышенная температура.
2. Чихание.
3. Кашель.
4. Затрудненное дыхание.
5. Головная боль, боли в мышцах, тошнота, диарея

В подавляющем большинстве случаев данные симптомы связаны не с коронавирусом, а с обычной ОРВИ.

Пути передачи коронавируса:

1. Воздушно-капельный (выделение вируса происходит при кашле, чихании, разговоре)
2. Контактнo-бытовой (через предметы обихода)

Новая коронавирусная инфекция относится к острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) и осложнения у нее могут быть такие же, как и у других ОРВИ — пневмония, бронхит, синусит и другие.

Меры по профилактике коронавирусной инфекции:

- Самое важное, что можно сделать, чтобы защитить себя, — это соблюдать правила личной гигиены и сократить посещения общественных и людных мест.
- Использование одноразовой медицинской маски снижает риск заболевания вирусными инфекциями, которые передаются воздушно-капельным путем (при кашле, чихании). Для больных ОРВИ ношение маски обязательно, маску несколько раз в день нужно менять.
- Держите руки в чистоте, часто мойте их водой с мылом или используйте дезинфицирующее средство.
- Старайтесь не касаться рта, носа или глаз немытыми руками (обычно такие прикосновения неосознанно совершаются нами в среднем 15 раз в час).
- На работе регулярно очищайте поверхности и устройства, к которым вы прикасаетесь (клавиатура компьютера, панели оргтехники общего использования, экран смартфона, пульта, дверные ручки и поручни).
- Носите с собой одноразовые салфетки и всегда прикрывайте нос и рот, когда вы кашляете или чихаете.
- Не ешьте еду (орешки, чипсы, печенье и другие снеки) из общих упаковок или посуды, если другие люди погружали в них свои пальцы.
- Объясните детям, как распространяются микробы и почему важна хорошая гигиена рук и лица. Расскажите детям о профилактике коронавируса.
- Часто проветривайте помещения.
- Если вы обнаружили симптомы, схожие с теми, которые вызывает коронавирус, оставайтесь дома и вызывайте врача.

Мы решили выяснить осведомленность населения села Радде, Облученского района ЕАО о коронавирусной инфекции.

Цель исследования: выявление осведомленности о коронавирусной инфекции у населения с. Радде, Облученского района, Еврейской автономной области.

Задачи:

1. Выявить осведомленность о коронавирусной инфекции населения села Радде, Облученского района, ЕАО.

2. Определить приверженность населения села Радде, Облученского района, ЕАО по выполнению профилактических мероприятий для предупреждения распространения коронавирусной инфекции.

Объект: осведомленность о коронавирусной инфекции

Предмет: осведомленность о коронавирусной инфекции населения села Радде, Облученского района, ЕАО.

Гипотеза: население села Радде, Облученского района, ЕАО нуждается в повышении информированности о коронавирусной инфекции.

Материалы и методы:

Исследование проведено методом анонимного анкетирования населения села Радде, Облученского района, Еврейской автономной области.

Было опрошено 30 респондентов в возрасте от 13 до 46 лет, из них в возрасте:

- 13 – 16 лет – 15 человек;
- 17 – 26 лет – 3 человека;
- 27 – 36 лет – 8 человек;
- 37 – 46 лет – 4 человека.

Анкетлируемым было предложено 6 вопросов:

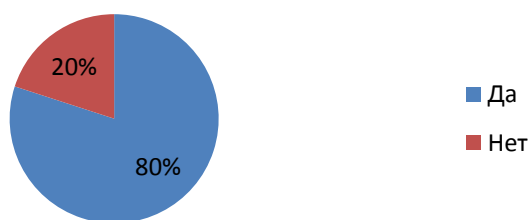
1. Знаете ли вы, что такое коронавирусная инфекция и как происходит заражение?
2. Знаете ли вы симптомы коронавирусной инфекции?
3. Испытываете ли вы страх заражения коронавирусной инфекцией?
4. Знаете ли вы о мерах профилактики коронавирусной инфекции?
5. Нужно ли прекратить посещение общественных и людных мест?
6. Есть ли необходимость в ведении карантина?

Результаты и обсуждения:

Из числа 30 анкетлируемых: мужчин – 12 человек (40%), женщин – 18 человек (60 %).

1. Знаете ли вы, что такое коронавирусная инфекция и как происходит заражение?
 - Да – 24 человека (80 %)
 - Нет – 6 человек (20 %)

Вопрос №1

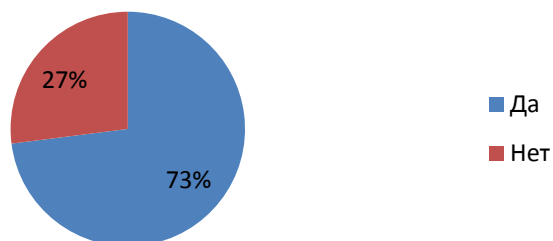


Основное количество анкетированных знают о коронавирусной инфекции и о путях заражения.

2. Знаете ли вы симптомы коронавирусной инфекции?

- Да – 22 человек (73 %)
- Нет – 8 человека (27 %)

Вопрос 2

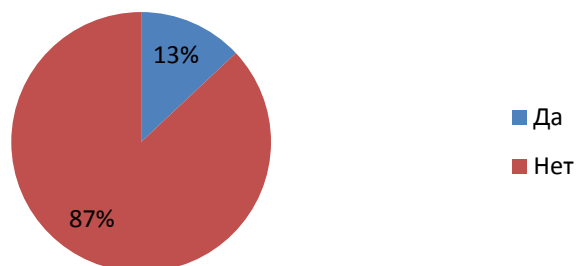


Две трети анкетированных осведомлены о симптомах коронавирусной инфекции.

3. Испытываете ли вы страх заражения коронавирусной инфекцией?

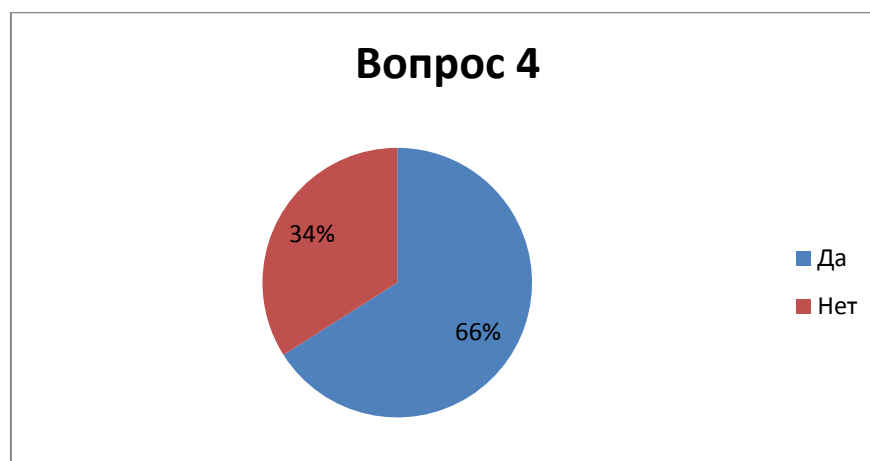
- Да – 4 человека (13 %)
- Нет – 26 человек (87 %)

Вопрос 3



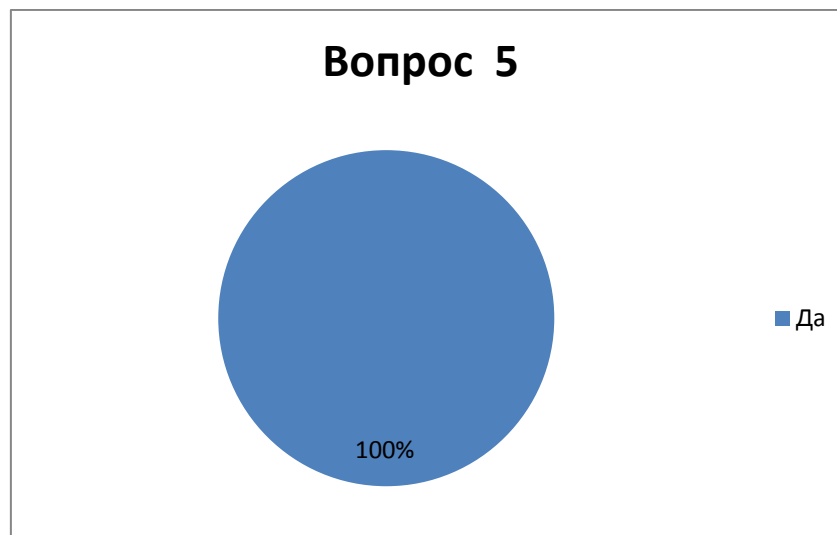
Основное количество респондентов не испытывают страха заражения коронавирусной инфекцией.

4. Знаете ли вы о мерах профилактики этой инфекции?
- Да – 20 человек (66 %)
 - Нет – 10 человек (34 %)



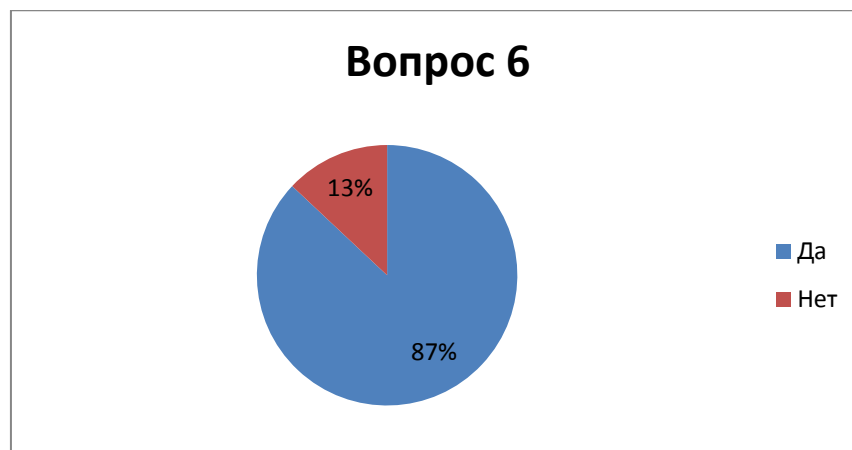
Большая часть анкетированных знают о мерах профилактики коронавирусной инфекции.

5. Нужно ли прекратить посещение общественных и людных мест?
- Да – 30 человек
 - Нет – 0 человек



Все анкетированные считают необходимым прекратить посещение общественных и людных мест.

6. Есть ли необходимость в введении карантина?
- Да – 13 человек (87 %)
 - Нет – 4 человека (13 %)



Большая часть опрошиваемых считают необходимым введение карантина.

Выводы:

1. В ходе исследования установлено, что большинство из опрошенного населения проинформированы о симптомах и путях заражения инфекцией коронавируса, 13 % респондентов испытывают страх заражения коронавирусом.
2. Большая часть респондентов знают о мерах профилактики коронавирусной инфекции и считают её важной.
3. Все анкетированные считают важным прекратить посещение общественных и людных мест.
4. По мнению основного количества респондентов необходимо введение карантинных мероприятий для профилактики распространения коронавирусной инфекции.

Таким образом наша гипотеза: население с. Радде, Облученского района ЕАО нуждается в повышении информированности о инфекции коронавируса не подтверждается. Население с. Радде достаточно проинформировано по вопросам профилактики коронавирусной инфекции и привержено к выполнению профилактических мероприятий.

Рекомендации по снижению риска коронавирусной инфекции:

1. Воздержитесь от посещения общественных мест: торговых центров, спортивных и зрелищных мероприятий, транспорта в час пик;
2. Используйте одноразовые медицинские маски (респиратор) в общественных местах, менять маску необходимо каждые 2-3 часа.
3. Избегайте близких контактов и пребывания в одном помещении с людьми, имеющими видимые признаки ОРВИ (кашель, чихание, насморк).
4. Мойте руки с мылом и водой тщательно после возвращения с улицы, контактов с посторонними людьми.
5. Дезинфицируйте гаджеты, оргтехнику и поверхности, к которым прикасаетесь.

6. Ограничьте по возможности при приветствии тесные объятия и рукопожатия.

7. Пользуйтесь только индивидуальными предметами личной гигиены (полотенце, зубная щетка).

Что делать при подозрении на коронавирусную инфекцию:

1. Оставайтесь дома. При ухудшении самочувствия вызовите врача, проинформируйте его о местах своего пребывания за последние 2 недели, возможных контактах. Строго следуйте рекомендациям врача.

2. Минимизируйте контакты со здоровыми людьми, особенно с пожилыми и лицами с хроническими заболеваниями. Ухаживать за больным лучше одному человеку.

3. Пользуйтесь при кашле или чихании одноразовой салфеткой или платком, прикрывая рот. При их отсутствии чихайте в локтевой сгиб.

4. Пользуйтесь индивидуальными предметами личной гигиены и одноразовой посудой.

5. Обеспечьте в помещении влажную уборку с помощью дезинфицирующих средств и частое проветривание.

Список источников:

1. <https://www.interfax.ru/russia/693474>
2. <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/3581.html>
3. <https://52gkb.ru/press-tsentr/news/1330-chasto-zadavaemye-voprosy-o-koronavirusnoj-infektsii>
4. <https://www.gazeta.ru/social/2020/01/31/12937484>.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

*Карташова Алёна Андреевна, Глизнаца Мария Васильевна – студентки 2 курса
КГБПОУ «Владивостокский базовый медицинский колледж»
Научный руководитель: Саутина Елена Витальевна*

В поколении потеряно понимание о важности своего здоровья и здоровья окружающих.

Это жизненно необходимо как для нас, так и для людей в целом. В своей научной работе мы обращаемся к различным источникам, чтобы повысить уровень знания в этой сфере, ведь очень важно заронить в сердцах современных детей ростки к ведению правильного образа жизни. Поэтому мы решили изучить эту тему на примере разных поколений.

Старший преподаватель департамента менеджмента Вера Федотова поделилась результатами проекта «Влияние социо-культурных факторов и экономического благополучия на установки по отношению к здоровью», выполненного в рамках гранта Российского Фонда фундаментальных исследований. Именно этот проект вдохновил нас на создание данного исследования.

Предметом исследования является сформированное отношение к здоровому образу жизни.

Объект исследования: здоровый образ жизни.

Целью нашей исследовательской работы является: привлечение внимания к проблемам здорового образа жизни современного человека на основе сравнительной характеристики разных социальных и возрастных групп.

Мы поставили перед собой следующие задачи:

Провести опрос на тему: «Отношение к собственному здоровью у разных поколений»

Провести сравнительную характеристику разных возрастных групп;

Провести анализ полученных данных и результатов анкетирования;

Выявить систему взаимодействия поколений и их противоречий в организации образа жизни;

Рассмотреть возможные пути мотивации человека к здоровому образу жизни

Актуальность темы:

В последние годы, вопрос о ведении здорового образа жизни, стал значительно весомым. Помимо врачебной пропаганды данной темы, мы можем увидеть и услышать призывы практически везде: телевидение, радио, газеты, социальные сети. В настоящее время число исследователей отношения человека к собственному здоровью заметно увеличилось, что позволяет посмотреть на эту тему с разных сторон.

В данном исследовании на примере разных поколений мы можем провести диаграмму- изменения качества здоровья. Благодаря составленному онлайн опросу, мы сможем выявить реальные проблемы образа жизни современного поколения и привлечь разные группы населения к ведению здорового образа жизни.

Поэтому данное исследование на сегодняшний день является актуальным.

Гипотеза

1. Современная молодежь ведет здоровый образ жизни
2. Поколениям не хватает времени и средств для ведения здорового образа жизни
3. Старшее поколение относится к своему здоровью более трепетно
4. Вредные привычки мешают вести здоровый образ жизни

Здоровье относится к одной из базовых человеческих ценностей. Как научная категория здоровье является объектом исследования целого ряда научных отраслей. В рамках биомедицинского подхода здоровье рассматривается как нормальное функционирование систем органов и организма в целом.

«Скажи мне, когда ты родился, и я скажу тебе, кто ты». Непосредственно наше здоровье зависит от того, в каком поколении мы родились. Социальная сторона и принятие новых норм поведения, ярко отражаются на нашем образе жизни. Именно поэтому мы решили провести опрос среди людей разных поколений. В опросе были задействованы респонденты из Приморского края, жители Амурской области, Санкт-Петербурга и Москвы, а также таких городов, как Якутск, Иркутск и Петропавловск-Камчатский. В ходе опроса люди были разделены на три основные группы поколений (X; Y)

Поколение Y

В основе здоровьесберегающего поведения россиян поколения Y лежат ценности самостоятельности, достижения и доминирования во власти. Ценности индивидуализма формируют установки молодых россиян по отношению к здоровью. Эмоциональная шкала по отношению к здоровью превалирует в структуре здоровьесберегающего поведения по сравнению с познавательной, практической и шкалой поступков. Молодые россияне способны наслаждаться своим здоровьем, своевременно реагировать на поступающие от него сигналы. Они свободны от отрицательных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни. При этом они не стремятся узнавать что-то новое о ЗОЖ, культивировать эти знания среди родных и близких и в меньшей степени относительно представителей других поколений россияне склонны предпринимать попытки улучшить свое здоровье. У молодых респондентов, которые оценивают свое материальное положение лучше, чем другие поколения россиян и надеются улучшить его в ближайшем будущем, фактор субъективного экономического благополучия «экономический оптимизм» лежит в основе формирования установок относительно ЗОЖ.

Поколение X

В основе здоровьесберегающего поведения россиян поколения X лежат ценности самостоятельности, общественной безопасности и стимуляции. Самостоятельность в поступках, потребность в разнообразии и глубоких переживаниях для поддержания оптимального уровня активности оказывают влияние на формирование установок по отношению к здоровью. Шкала поступков и эмоциональная шкала отношения к здоровью также являются наиболее значимыми в структуре здоровьесберегающего поведения представителей поколения X. Ранее в ходе проекта РФФИ было установлено, что респонденты старших поколений по сравнению с россиянами поколением Y более

внимательны к проявлениям своего организма, при этом не всегда реагируют на изменения в самочувствии, не всегда вовремя обращаются за помощью и зависимы от стереотипов в области ЗОЖ. Доминирование социальной шкалы в структуре здоровьесберегающего поведения говорит о том, что респонденты готовы создавать вокруг себя здоровую жизненную среду, пропагандировать различные профилактические средства оздоровления организма. Кроме этого, как показывают результаты проекта, экономическая тревожность играет важную роль в формировании установок по отношению к здоровью у россиян в возрасте от 30 до 70 лет: при этом низкий уровень субъективного экономического благополучия негативно отражается на их здоровьесберегающем поведении.

Для проведения исследования была разработана анкета, состоящая из 24 вопроса (Приложение 1)

Исследуя тему ценностных ориентиров современного общества, нами было проведено небольшое исследование в виде опроса представителей двух ранее освещенных поколений посредством электронных анкет.

Участие в опросе приняли 181 человека:

Поколение X :от 16 до 30 – 125 человек;

Поколение Y : от 30 до 60 - 44 человек;

Прошедших опрос младше 16 лет, мы отнесли к будущему поколению. Для построения диаграммы, результаты их данных могут учитываться, лишь при подведении итогов и прогнозирования.

Основную массу опрошенных составили представительницы женского пола, количество опрошенных мужчин едва приблизилось к 31%

Опрошенные люди являются жителями самых разных уголков России. Больше половины опрошенных являются школьниками или студентами.

Для нашего исследования мы решили определить наиболее значимую жизненную ценность в поколениях. Для поколения X – больше 50 %, счастливая жизнь – жизненная ценность, когда для Y, материальное благополучие стоит на первом месте.

Также наш опрос был разделен на несколько блоков: вопросы про курение; алкоголь; наркотики; питание. Которые позволили нам сложить общую картину отношения к пагубным привычкам.

На вопрос: «Курите ли вы?», 31 человек из поколения X ответили отрицательно, когда 89 человек поколения Y отметили ответы: «да» и «пробовал(а)».

Только 21 опрошенный из поколения Y не употребляет алкоголь.

В вопросе об употреблении наркотиков, в общем количестве процентов, никогда не употребляло 85%;

9,4% пробовали, 25 человек из поколения Y, 2чел. из X. Процент не велик, но заставляет задуматься о состоянии здоровья «настоящего» поколения.

По оценки питания общий процент склоняется к оценке «1», по шкале от 0 до 5.

Спортивная активность: 23% - регулярно, 38% – время от времени, 27% – очень редко.

Большая часть опрошенных испытывает стресс, что также пагубно влияет на состояние здоровья в целом.

Заинтересованность в энергетической ценности продуктов, а также ИМТ составляет 50/50%.

Большая часть опрошенных обращается в медицинские учреждения только в экстренных случаях, что снижает процент диагностирования заболеваний на ранних стадиях. При этом оценивая медицинское обслуживание на 2-3 балла, по 5 бальной шкале.

На вопрос: «пожертвуете ли вы здоровьем, для достижения поставленной цели?» в 50% соотношении отмечается положительный ответ.

И при оценке состояния здоровья отмечается усредненный ответ.

Вывод:

В результате проведенного социологического исследования получены следующие результаты:

Обнаруживается низкая значимость ценности здоровья. Происходит перемещение внимания в сторону следующих социальных ценностей: финансовое благосостояние, положение в обществе, карьерный рост, - многие люди, из числа опрошенных, поставили этот качественный жизненно-важный показатель на одно место с такими приоритетами, как «быть материально обеспеченным» и «добиться общественного признания». Складывается впечатление, что ценность здоровья при оценке факторов жизненного успеха не сошла на нет только благодаря тому, что здоровье выступает инструментом для достижения жизненных планов, а не представляет ценности само по себе для того, что жить долго и полноценно.

Молодое поколение меньше уделяет внимание собственному здоровью, этому свидетельствует результат опроса о начале употребления алкоголя, никотин содержащих и наркотических веществ. Проблемы в обеспечении себя должным медицинским обследованием. Не соблюдение режима питания и выполнения физических нагрузок.

Но всевозможная пропаганда ЗОЖ дает свои плоды. Привлечение молодежи к занятиям спортом, улучшению питания, позволяет выровнять кривую в должную сторону. На данный момент, многие школы, институты, предприятия, отдают достаточно сил для улучшения качества здоровья.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Нестерчук Марина Сергеевна - студентка 3 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Пищиц Борис Михайлович*

Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем нашего времени. Широкая продажа и реклама алкогольных напитков, социальная, экономическая и психологическая напряжённость, неорганизованность досуга и отдыха способствовали росту алкоголизации населения.

Проблема алкоголизма не обходит стороной и такую социальную категорию, как студенчество. Студенческий возраст приходится на период от 18 до 25 лет.

Несмотря на осведомлённость большинства студентов о том, что алкоголь наносит вред здоровью и наиболее значимыми факторами риска для них является отравление организма, заболевание печени и алкогольная зависимость, студенты продолжают его употреблять. Злоупотребление алкоголем имеет серьезные медицинские, социальные, психологические, юридические и экономические последствия. Оно обуславливает антисоциальное поведение, деградацию личности, ухудшение здоровья и генофонда нации. В состоянии алкогольного опьянения совершается большинство преступлений против личности. Алкоголизм занимает третье место среди причин смертности населения страны.

По данным ВОЗ, алкоголь является причиной почти 4% всех смертей в мире. От злоупотребления спиртным погибает больше людей, чем от СПИДа, туберкулёза и войн. Самый высокий уровень смертности в результате употребления алкоголя зафиксирован в России и странах СНГ, где каждая пятая смерть связана с употреблением спиртного. [10]

Согласно данным официальной статистики в России на 2019 год, количество больных, злоупотребляющих алкоголем, превышает 2,7 млн человек.

В целом социальное положение молодёжи в России, в значительной степени обусловленное алкогольной зависимостью, отражает общее состояние российского общества, что свидетельствует об актуальности исследования проблемы студенческого алкоголизма и его профилактики.

Итак, целью данной работы является оценка распространённости употребления алкоголя среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Среди задач, поставленных при проведении исследования, можно выделить следующее:

- 1) проанализировать научную литературу по теме исследования;

2) определить особенности и причины алкоголизма в студенческой среде;

3) исследовать мнение молодёжи относительно употребления алкоголя и выявить распространённость его применения среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

4) Разработать буклет по профилактике алкогольной зависимости.

Объект исследования: злоупотребление алкоголя среди молодого населения.

Предмет исследования: распространённость употребления алкоголя среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что большая часть студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» информирована о пагубном воздействии алкоголя на организм и не злоупотребляет алкогольной продукцией.

К методам, с помощью которых будут проводиться исследование, относятся:

1) анализ научной литературы;

2) анкетирование;

3) обобщение данных анкетирования.

I. Теоретические основы исследуемой проблемы

Понятие алкоголизма, его причины и последствия

В медицинском аспекте алкоголизм – это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе, физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы.

Алкоголь (этанол) начинает поступать в кровь уже через несколько минут после его употребления и организм сразу же начинает перерабатывать его в другие химические вещества. В этом процессе участвуют желудок, печень и некоторые ткани нашего организма, обладающие специфическими ферментами.

Проникновение алкоголя к клеткам лобной доли коры «раскрепощает» эмоции человека, появляются радость, смех, лёгкость в суждениях. Если человек продолжает употребление алкоголя, то постепенно пропадает контроль над низшими отделами головного мозга – утрачивается сдержанность, стыдливость, он говорит и делает то, что, вероятно, не сказал бы и не сделал, будучи трезвым. [1]

Нужно отметить, что алкоголизм является одной из разновидностей наркомании. В основе его развития лежит психическая и физическая зависимость от алкоголя. Алкоголизм может развиваться как под воздействием внешних, так и внутренних факторов:

1. К внешним факторам относятся особенности воспитания и проживания молодых людей, традиции региона, стрессовые ситуации.

2. Внутренние факторы представлены генетической предрасположенностью молодого человека к развитию алкоголизма. [2]

На данный момент существование такой предрасположенности не составляет сомнения. У членов семьи больных алкоголизмом риск развития этой патологии примерно в 7 раз выше, чем у людей, в чьих семьях не было алкоголиков. [6]

В целом алкоголизм не привычка, а болезнь. Привычка контролируется сознанием, от неё можно избавиться. Пристрастие к алкоголю преодолеть сложнее из-за отравления организма. Около 10% молодых людей, употребляющих алкоголь, становятся алкоголиками.

Выделяют следующие причины пьянства и алкоголизма:

- Генетическая предрасположенность - вероятность того, что дети алкоголиков, выросшие в семьях не алкоголиков, станут алкоголиками такая же, как если бы они были воспитаны своими биологическими родителями. Однако, биологический фактор, в сравнении с психологическим и социальным, практически, незаметен. [9]

- Личность алкоголика - алкоголизму в большей степени, чем другие подвержены люди, обладающие следующими чертами характера: асоциальность, неуправляемость, жажда внимания, импульсивность, общительность, гиперактивность, подавленность, волнительность, истеричность, противоречивость, враждебность. Алкоголикам свойственно слабое Эго, низкая самооценка, высокая чувствительность, иллюзия импотенции, страх «кастрации», невротическое чувство вины, шизофреническая половая незрелость;

- Ситуационное и культурное воздействие - если люди со склонностью к алкоголизму часто общаются с группами пьющих людей, то они, скорее всего, станут алкоголиками. Однако если общение с пьющими происходит не так часто, то эти скрытые тенденции могут и не вылиться в алкоголизм. [7]

Употребление алкоголя молодёжью - массовое явление, связанное с такими социальными категориями, как традиции и обычаи, с одной стороны, и общественное мнение, и мода, с другой. Также потребление алкоголя связано с психологической особенностью личности, отношению к алкоголю как к «лекарству», согревающему напитку и т.п.

Мотивы употребления алкоголя в настоящем, можно сгруппировать следующим образом: отстраниться от реальности и жизненных проблем, испытать необычные ощущения, из-за скуки и однообразия, в целях самоутверждения, чтобы достичь определенного эмоционального состояния, для снятия коммуникативного барьера, подражание взрослым, чтобы обозначить социально-групповую принадлежность, отдать дань традиции. [3]

Алкоголизм развивается по следующей схеме:

- Начальная фаза: опьянение с выпадением памяти, «затмение». Молодые люди постоянно думают о спиртном, им кажется, что выпили недостаточно, они пьют «впрок», у них развивается жадность к алкоголю. Однако они сохраняют сознание своей вины, избегают разговоров о своей тяге к спиртному. Продолжительность начальной фазы – от нескольких месяцев до 4 – 5 лет.

- Критическая фаза: утрата контроля над собой после первого же глотка алкоголя. Стремление найти оправдание своему пьянству, сопротивление всем попыткам предотвратить его желание выпить. У таких молодых людей развивается высокомерие, агрессивность. Они обвиняют окружающих в своих бедах. У них начинается запой, их друзьями становятся случайные собутыльники, они вынуждены бросить учёбу или уйти с постоянной работы, теряют интерес ко всему, что не имеет отношения к спиртному. К концу фазы больной начинает принимать спиртное утром, обычно вскоре после сна, и дальше в малых количествах через каждые 2-3 часа. Приём больших доз алкоголя приходится на время после пяти часов вечера.

- Хроническая фаза: ежедневное похмелье, распад личности, помутнение памяти, сбивчивость мысли. Человек пьёт суррогаты алкоголя, технические жидкости, одеколон. У него развиваются безосновательные страхи, алкогольный делирий (белая горячка) и другие алкогольные психозы.

У молодых людей с алкогольной зависимостью ослаблена воля - и не только к ограничению приёма алкоголя, но и по отношению к другим, деловым сторонам повседневной жизни.

Последствия алкоголизма в молодом возрасте опасны не только для нервной системы. Развиваются тяжёлые патологии в работе значимых систем и функций организма. Происходят кардинальные перемены в деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной, физиологической системы, желудочно-кишечного тракта, нарушается деятельность иммунной системы, появляются воспалительные процессы в лёгких, бронхах, глотке, почках и мочевыводящих путях. В особенности страдает половая деятельность. Разрушение печени под воздействием спиртного приводит к хроническому гепатиту и циррозу печени. Спиртное подавляет обычную работу поджелудочной железы. Сердечная мышца прекращает правильно работать, появляется аритмия и другие отклонения в работе сердца. Замечаются периодические боли и тяжесть в груди.

Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости, инвалидности; продолжительность жизни лиц, склонных к пьянству, на 15-20 лет короче средней статистической. [4]

Методы профилактики студенческого алкоголизма

- Профилактика – это система комплексных – государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психо-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболевания, на всемерное укрепление здоровья населения. Все профилактические мероприятия делятся на три типа: первичная, вторичная и третичная профилактика.

- Первичная, или преимущественно социальная, профилактика направлена на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью, и на предупреждение неблагоприятного воздействия, на него факторов социальной и природной среды. Она состоит в предупреждении негативного влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды, формирование у населения (тем более у молодого поколения) таких нравственных и гигиенических убеждений, которые бы исключали и вытесняли саму возможность любых форм злоупотребления спиртными напитками. [8]

- Вторичная профилактика алкоголизма состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых по отношению к алкоголизму, и больных, максимально раннем, полным и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении микросоциальной почвы, применением всей системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

- Третичная профилактика алкоголизма направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной, поддерживающей терапии, в мероприятиях по социальной реабилитации.

Все мероприятия по искоренению пьянства и алкоголизма могут быть подразделены на два ведущих направления:

- 1) Корректирующее направление. Оно заключается в прямом воздействии на питейные обычаи среды и алкогольное поведение отдельных лиц, на политику в отношении цен и организации торговли спиртными напитками, на административно-правовое регулирование мер предупреждения алкоголизации. Содержанием этого направления является разрыв звеньев цепи развития алкоголизации от алкогольных обычаев до признаков алкогольной болезни, создание условий для воспитания трезвого образа жизни.

- 2) Компенсирующее направление. Оно связано с изменением всей плоскости обыденных общественных отношений, на которой находятся алкогольные обычаи, вытеснением и заменой их более совершенными, здоровыми. Это направление проявляется формированием у молодого поколения таких нравственных качеств, которые противодействуют возникновению социальных отклонений в их сознании, деятельности и поведении.

Социальный опыт показывает, что проблема алкоголизма в целом решается не посредством лечения, а с позиций профилактики, которая должна осуществляться комплексом законодательных, административных, правовых и организационных мероприятий.

Главным условием эффективной профилактики алкоголизма среди молодежи является информирование (родителей, социального окружения) о проблеме и последствиях. Поэтому информационные технологии и образование являются основными в профилактике алкоголизма.

Роль педагогов в профилактике алкогольной зависимости:

- педагогический такт,
- установление контакта преподавателя с обучающимися,
- приобщение к активному занятию физкультурой и спортом,
- Вовлечение в кружки, клубы, секции,
- Беседы с юношами и девушками по формированию сексуальной культуры, о вреде курения, о профилактике ВИЧ инфекции с привлечением медицинских работников,
- осуществление просветительской работы и т. п. [5]

1. Практические аспекты исследуемой проблемы

Мы решили провести опрос среди студентов нашего медицинского колледжа для того, чтобы выяснить распространённость употребления ими алкогольных напитков. Для этого нами была разработана анкета, состоящая из 11 вопросов.

Нами было опрошено 100 респондентов, из них 29 респондентов мужского пола и 71 – женского пола, что составило соответственно 29% и 71%.

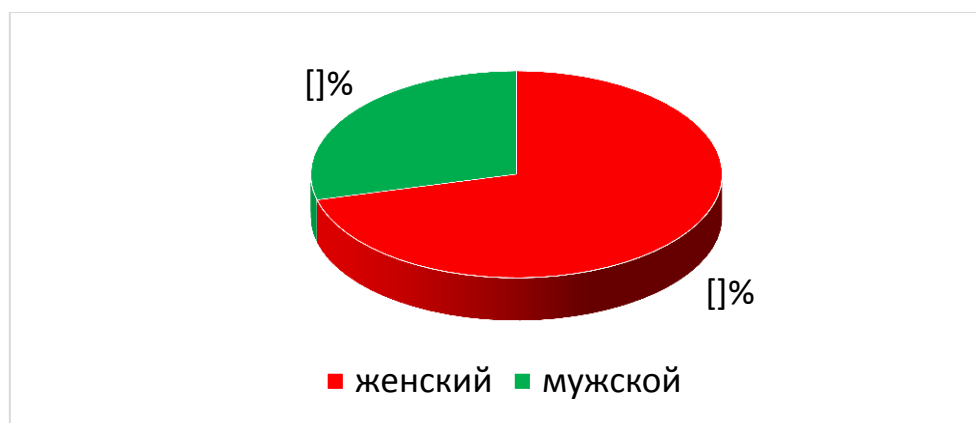


Рисунок 1. Ваш пол?

На вопрос: «В каком возрасте вы впервые попробовали алкоголь?» 19% респондентов ответили – «в 15 лет»; 38% - «с 18-21 года» и 43% - «с 15-18 лет». Таким образом, большинство респондентов попробовали в первый раз алкоголь с 15 до 18 лет, что свидетельствует о раннем употреблении алкоголя.

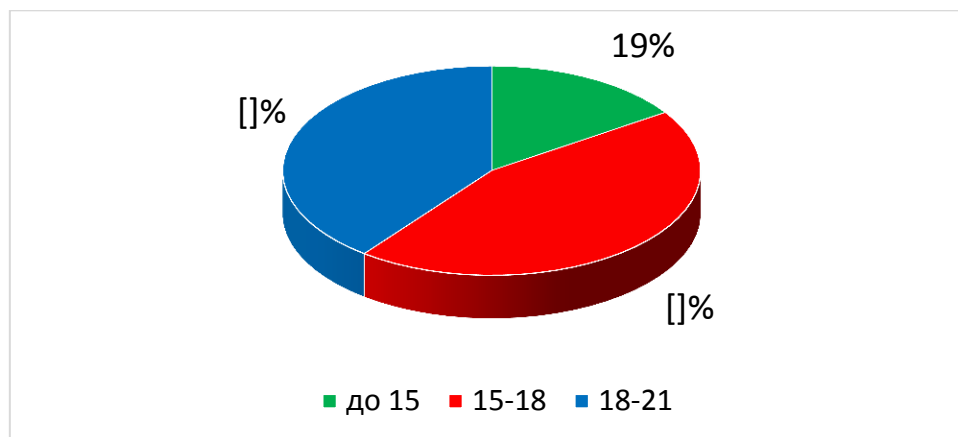


Рисунок 2. В каком возрасте вы впервые попробовали алкоголь?

На вопрос: «Кто впервые предложил вам выпить?» 15% респондентов ответили, «друзья», 31% - «родители» и 54% - «другое» (знакомые моих друзей; случайные знакомые в баре;). Таким образом, можем сделать вывод, что большинству респондентов предложили первый раз выпить малознакомые люди.



Рисунок 3. Кто впервые предложил вам выпить?

69% респондентов ответили, что - да, 31% - не употребляют алкоголь, Таким образом, можно сделать вывод, что большинство респондентов употребляет алкогольные напитки.



Рисунок 4. На данный момент вы употребляете алкогольные напитки?

На вопрос: «Какой алкоголь Вы предпочитаете?» 19% респондентов ответили, что предпочитают водку и другие крепкие напитки; 33% - пиво и 48% - вино и шампанское. Таким образом большинство респондентов предпочитают вино и шампанское, что свидетельствует о употреблении не крепких напитков.



Рисунок 5. Какой алкоголь Вы предпочитаете?

На вопрос: «Как часто сейчас употребляете алкоголь» 11% респондентов ответили «один раз в неделю», 12% - «по разным причинам» (за компанию, стресс), 17% - «по настроению»; 22% - «один раз в месяц»; 38% - «по праздникам». Таким образом, можно сделать вывод, что большинство респондентов потребляет алкоголь по праздникам, что свидетельствует о не частом употреблении алкоголя.

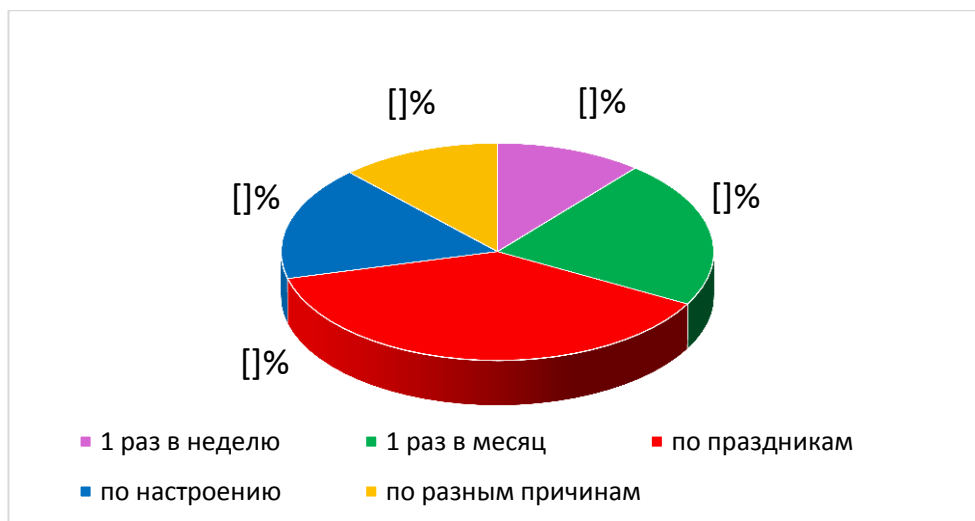


Рисунок 6. Как часто сейчас употребляете алкоголь?

4% респондентов употребление алкоголя даёт чувствовать себя взрослым, 6% - более раскованными, у 11% - исчезают проблемы (по их мнению), 48% - улучшает настроение и у 31% - другие причины, среди которых (самоутверждение, как средство от депрессии, испытать необычные ощущения, из-за скуки). Таким образом, можем сделать вывод, что большинство респондентов употребляют алкоголь так как он улучшает настроение, что свидетельствует о потребности эмоциональной разрядки.



Рисунок 7. Что дает вам употребление алкоголя?

На вопрос: «Как вы считаете, вредит ли алкоголь здоровью?» - никто из респондентов не ответил, что не вредит; 21% считает, что если употреблять чаще одного раза в неделю, то – да, 79% ответили, что вредит независимо от количества выпитого алкоголя. Таким

образом, мы можем сделать вывод, что большинство респондентов считают, что алкоголь вредит здоровью даже в малых количествах.



Рисунок 8. Как вы считаете, вредит ли алкоголь здоровью?

На вопрос: «Могли бы вы отказаться от употребления алкоголя?» 15% респондентов ответили, что не могут отказаться от употребления алкоголя и 85% - могли бы отказаться. Таким образом, мы можем сделать вывод, что большинство респондентов не зависимы от алкоголя.

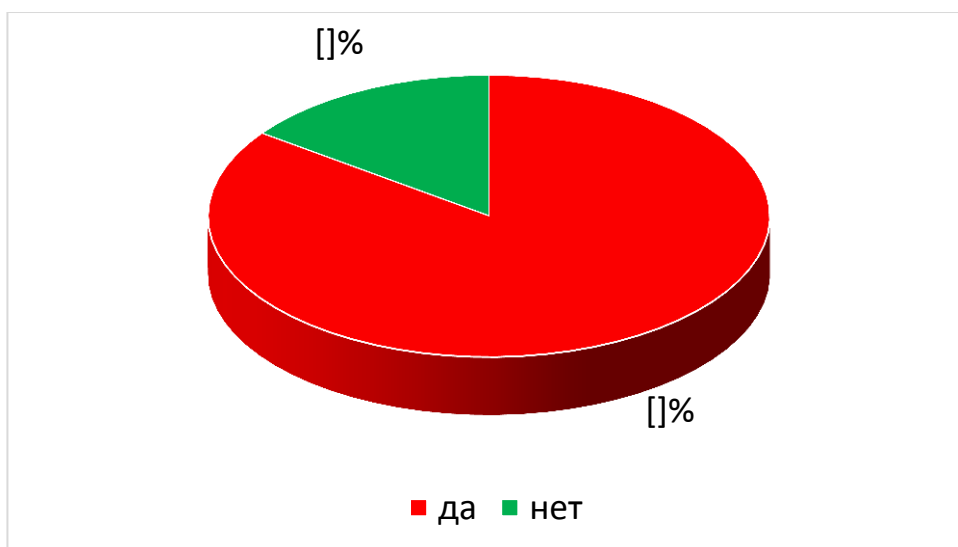


Рисунок 9. Могли бы Вы отказаться от употребления алкоголя?

На вопрос: «Хотели бы Вы, чтобы близкий Вам человек употреблял алкоголь?» 24% хотели бы, а 76% респондентов против употребления алкоголя их родственниками. Таким

образом, можно сделать вывод, что большинство респондентов, зная о вреде алкогольной продукции, не желает своим близким вреда, но при этом употребляют сами.

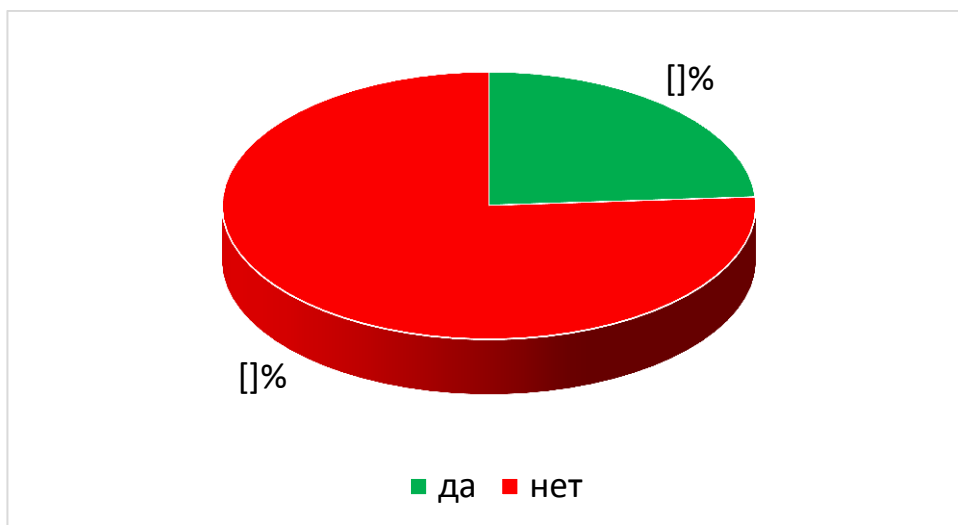


Рисунок 10. Хотели бы Вы чтобы близкий вам человек употреблял алкоголь?

На вопрос «Сколько денег Вы тратите на потребление алкоголя в месяц?» 12% респондентов ответили «от 2000-5000 рублей в месяц», 20% - «от 500-2000 рублей», 24% - «от 100-500 рублей» и 44% - не тратят деньги на алкоголь. Таким образом, мы можем сделать вывод, что большинство студентов нашего колледжа ежемесячно на приобретение алкогольной продукции тратят значительные суммы.

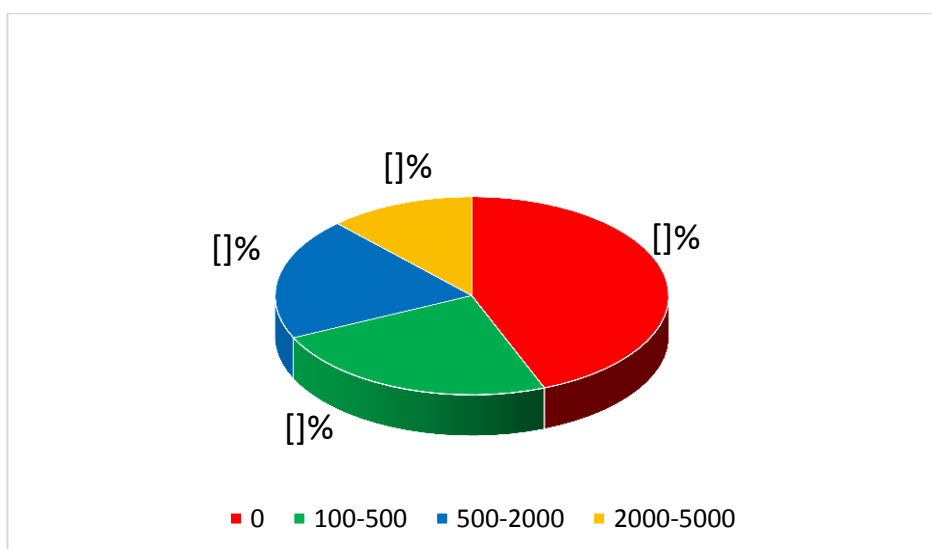


Рисунок 11. Сколько денег Вы тратите на приобретение алкоголя в месяц?

На вопрос: «Занимаетесь ли Вы спортом?» 45% респондентов ответили – «да», а 55% - «нет». Таким образом, мы можем сделать вывод, что большинство респондентов ведут малоподвижный образ жизни.

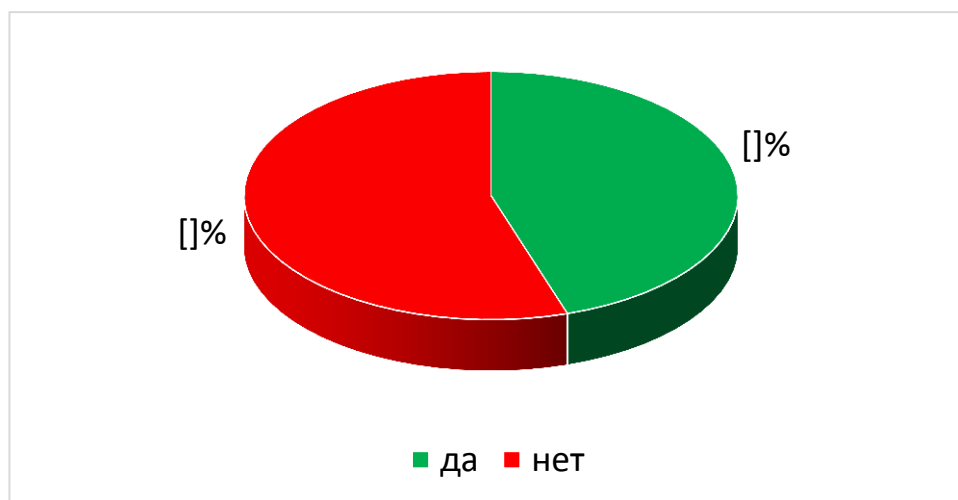


Рисунок 12. Занимаетесь ли Вы спортом?

Студенческий алкоголизм, как и любой другой не возникает на пустом месте, должны быть очевидные причины, которые его вызывают. Этапами молодёжного алкоголизма являются: ознакомительное употребление алкоголя, систематическое употребление алкоголя и регулярное употребление алкоголя. Алкоголизм - это болезнь, которая стала бичом нашего современного общества и с этой проблемой надо бороться.

Исходя из проведённого исследования можно сделать вывод о том, что основные причины употребления алкоголя в студенческом возрасте — праздники, поддержка компании, поднятие настроения. Большинство студентов знают, что алкоголь наносит вред здоровью и наиболее значимыми факторами риска для них является отравление организма, заболевание печени и алкогольная зависимость. Но, несмотря на это, стоит обратить внимание на то, что достаточно большой процент опрошенных нами студентов часто прибегают к алкоголю, иногда в качестве средства от депрессии. Это ведет к необходимости учитывать возможные социальные последствия и, возможно, оказанию психологической или другой помощи. В заключении хочется отметить важность контроля над своим психическим здоровьем и эмоциями. Здоровая психика поддержит в состоянии благополучия, при котором можно реализовать свой собственный потенциал. Барьером к возникновению стремления к спиртным напиткам является образование внутреннего культурного стержня личности, её нравственных ценностей и постоянная потребность в трудовой или учебной деятельности.

Таким образом, цель нашей работы достигнута, все задачи решены.

Гипотеза о том, что большая часть студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» информирована о пагубном воздействии алкоголя на организм и не злоупотребляет алкогольной продукцией, частично подтверждена.

Список источников:

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М. Ребенок и алкоголь - М.: Весма-Т, 2010. - 168 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. / Гл. редактор Б.В. Петровский, Изд. 3-е. Т.1-30. М.:// Советская энциклопедия, 2012. 253 с.
3. Братусь, Б.С. Анатомия личности/ Братусь Б.С. – М. Мысль, 2009. – 304 с.
4. Веко А.В. Алкоголизм: избавление от зависимости, лечение, профилактика с. 4. // Современный литератор. 2010. – 160с.
5. Волкова С.В., Бабенко Л.И. Методическое руководство по обеспечению первичной профилактики алкоголизма среди несовершеннолетних. М.: Издательство Твое время, 2003. – 31 с.
6. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: Издательство НПО МОДЭК, 2009. – 240 с.
7. Гуавин, Дональд Алкоголизм/ Пер. с англ. - М.: Олимп-Бизнес, 2010. – 224 с.
8. Короленко, Ц.П. Личность и алкоголизм/ Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. - Новосибирск, Наука, 2009. – 165 с.
9. Лисицын, Ю.П. Алкоголизм: (Медико-социальные аспекты) Руководство для врачей/ Лисицын Ю.П., Свиридов П.И. – М.: Медицина, 1990. – 527 с.
10. Такала И.Р. Веселие Руси: История алкогольной проблемы в России. СПб.: Изд. София, 2009. – 254 с.

ВРЕД КУРЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Топчиева Ангелина Максимовна - студентка I курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Тюлькаев Никита Юрьевич*

Курение - вид бытовой наркомании. Для многих курильщиков курение становится частью своего «Я», а такое внутреннее восприятие самого себя, иногда очень трудно изменить. Вместе с тем, курение - это более чем привычка. Все те формы потребления табака, которые стали популярными среди населения, способствуют попаданию никотина в кровь. После проникновения сигаретного дыма в легкие никотин попадает в мозг уже через семь секунд. В невозможности отказаться от курения повинна уже выработавшаяся зависимость организма от дневной дозы никотина. Организм ждет этой дозы и требует ее, как положенных белков, жиров и углеводов. У курильщиков обмен веществ уже другой, развилась некоторая «никотинозависимость». Пытаясь бросить курить, заядлые курильщики очень часто поначалу начинают чувствовать себя не лучше, а намного хуже: усиливается кашель, слабость, раздражительность, склонность к перееданию, женщин тянет на сладкое, причем в неумеренных количествах. Неосведомленность общества о данной проблеме

привела к представлению о курении как о «вредной привычке», в которой виноватым был объявлен курящий, потому что он не может прекратить курить. Однако привычка к курению формируется только у 7-10% лиц, систематически курящих табак. У остальных 90% диагностируется табачная зависимость. Лица с привычкой к курению табака прекращают курение самостоятельно и не нуждаются в специализированной медицинской помощи. Дифференциальная диагностика табачной зависимости и привычки к курению табака основывается на нескольких клинических признаках.

1. Актуальности целесообразность исследования

Одной из важнейших проблем нашего общества является курение молодых людей. Россия занимает первое место среди курящего населения планеты, а также первое место по курению среди молодёжи. В табачном дыму ежегодно губят здоровье не только молодые люди, но и дети. Последние исследования утверждают, что курить начинают уже в 10-12-летнем возрасте, а первый опыт «пробы» сигарет этого раньше – до семи лет. Факт, что курение наносит человеку огромный вред, уже давно доказано, и не подвергается сомнению. Эта проблема сначала касалась только мужчин, потом женщин, а теперь уже и детей. В своей работе я хочу доказать, что курение – враг каждого человека и человечества в целом. Этот враг искусно притворяется другом, он якобы помогает лучше настроиться на работу, снять нервное напряжение, поддержать беседу, отвлечь, скрасить одиночество. Но что может быть хуже коварного друга? Моя исследовательская работа полностью посвящена вреду курения, я считаю, что наше поколение очень мало знает об этом. Именно поэтому я выбрала эту тему для исследовательской работы. И если хоть один человек, изучив мою работу, бросит курить или никогда не начнет этого делать, я буду считать свою цель достигнутой. Считаю, что проблема курения должна интересовать не только людей курящих. Люди должны выбрать: курить или жить. И не просто жить самим – нормально, полноценно, но и давать жить другим – некурящим. Всю свою окружающую среду мы отравляем дымом сигарет: собственную квартиру, рабочее место... Сегодня никто не отрицает необходимости решительной борьбы с пьянством, алкоголизмом, наркоманией. А вот борьба с курением как бы отодвинута на второй план. Это неправильно. И я хотела бы своей исследовательской работой внести свой вклад в дело борьбы с курением.

Цель исследования: Изучение пагубного влияния курения на организм через изменения дыхательной системы.

Объект исследования: Организм человека

Гипотеза: Предполагается, что курение пагубно влияет на организм и соответственно большее влияние оказывает на дыхательную систему.

Предмет исследования: Степень пагубного влияния курения на дыхательную систему.

Задачи:

- 1) Проанализировать информационные источники по данной проблеме.
- 2) Сформулировать цель, задачи и гипотезу исследования.
- 3) Исследовать влияние вредных веществ на дыхательную систему.
- 4) Исследовать образ жизни студентов методом анкетирования.
- 5) Определить основные причины пагубного влияния курения на дыхательную систему.
- 6) Сделать заключение и выводы.

Практическая значимость:

Данная работа может быть использована при изучении дыхательной системы на предметах «Патология» и «Диагностика и лечение больных терапевтического профиля»

2. Теоретическое обоснование

История табакокурения

Курение—пиролитическая ингаляция (вдыхание дыма) препаратов, преимущественно растительного происхождения, тлеющих в потоке вдыхаемого воздуха, с целью насыщения организма содержащимися в них активными веществами путём их возгонки и последующего всасывания в лёгких и дыхательных путях. Как правило, применяется для употребления курительных смесей, обладающих наркотическими свойствами (табак, гашиш, марихуана, опиум и т. п.) благодаря быстрому поступлению насыщенной психоактивными веществами крови в головной мозг. Курение как таковое (если рассматривать в этом качестве вдыхание дыма от сгорающих растений) известно очень давно. Фрески в индийских храмах изображают фигуры богов, вдыхающих дым ароматических курений. Курительные трубки были найдены при раскопках захоронений знати в Египте, датируемых XXI—XVIII веками до нашей эры. Геродот, описывая быт и нравы скифов, писал, что они имеют привычку вдыхать дым сжигаемых растений. Как утверждал немецкий этнограф Гюго Обермейер, курение канабиса при помощи трубок было известно древним германцам и галлам в I веке до н. э. Об этом говорится и в древнекитайской литературе. Предполагают, что курение в виде вдыхания дымов особых растений (например, конопли) возникло как атрибут ритуальных действий, помогающих освободить сознание шамана и достигнуть особого состояния духа. Во Франции существует единственный в мире Музей курения. Он расположен в Париже, на улице Паш, рядом с площадью Бастилии. Музей табака существует в Гронингене, Нидерланды.

Влияние табака на организм человека

В состав табачного дыма входит более 4000 самых разных компонентов и их соединений. Наиболее токсичными соединениями табачного дыма являются: никотин, окись углерода (угарный газ), канцерогенные смолы, радиоактивные изотопы, соединения азота, металлы, особенно тяжелые (ртуть, кадмий, никель, кобальт и др.). Многие частицы табачного дыма, вступая в химические реакции друг с другом, усиливают свои токсические свойства.

Главный компонент табачного дыма - никотин - наркотик, сильный яд. Он легко проникает в кровь, накапливается в самых жизненно важных органах, приводя к нарушению их функций. Отравление никотином характеризуется: головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. В тяжелых случаях потеря сознания и судороги. Хроническое отравление - никотинизм, характеризуется ослаблением памяти, снижением работоспособности.

Данные организаций здравоохранения

Россия входит в пятёрку стран, где табак уносит большое количество жизней. Правительство регулярно проводит масштабные акции, направленные на запрет табачных изделий, и принимает антитабачные законы. Больше всего курильщиков в России проживает на Дальнем Востоке и Крайнем Севере, а жители Северного Кавказа наиболее равнодушны к табаку. Результаты исследования объясняются культурными особенностями, традициями и уровнем жизни в регионах. По данным Росстата, в стране ежедневно курят 22 процента мужчин и женщин старше 15 лет, избавились от вредной привычки - 10 процентов, а 62,8 процента россиян никогда не курили. В среднем большинству курящих - 45 процентов - хватает одной пачки в сутки, 33,4 процента - могут обойтись десятью сигаретами, 15,3 - пятью. Лишь 6,3 процента курильщиков выкуривают более одной пачки в день.

Больше всего пристрастны к табаку оказались жители Чукотки, здесь каждый день курят 48 процентов населения. На втором месте Магаданская область (41 процент), на третьем - Еврейская автономная область (36 процентов). Меньше всего курильщиков - в Чечне (2 процента), Ингушетии (5 процентов), Дагестане (9 процентов). В пятерку курящих регионов также попали Бурятия и Мурманская область, а некурящих - Северная Осетия и Карачаево-Черкесия.

Но для российского населения «запретный плод всегда сладок» — людей не пугают высокие штрафы за курение и повышенные акцизы на сигареты.

Статистика курения в России в 2019 подтверждает, что все введенные меры не выполняют своей функции.

С каждым годом в стране увеличивается число людей, у которых есть пристрастие к табакокурению.

Многие эксперты связывают такую ситуацию с поведением старшего поколения. Если раньше использование табака порицалось обществом, то сейчас эта привычка не только не скрывается, но и открыто демонстрируется.

У многих заядлых курильщиков дети знают о табачной слабости родителей. Дети вырастают с толерантным отношением к сигаретам и сами пополняют ряды табакозависимых.

Действие курения на организм человека

В результате проведенных различных исследований было установлено, что курение оказывает вредное воздействие для организма человека.

- Вред никотина на органы дыхания

Из более четырех тысяч различных веществ, которые попадают в организм курильщика вместе с сигаретным дымом, около тридцати оказывают раздражающее и токсическое действие на слизистую оболочку органов дыхания.

Во время курения страдают гортань, носоглотка, бронхи, трахея. Табачный дым провоцирует повышенную выработку слюны и слизи, что приводит к скоплению секрета в бронхах. Замечали, как курильщики со стажем, даже будучи здоровыми (хотя их такими можно назвать условно), постоянно кашляют (особенно, по утрам)? Кашлевой рефлекс как раз и провоцируется наличием слизи в бронхах. Более того, вредные вещества табачного дыма, в том числе и никотин, могут послужить причиной спазма бронхов.

- Вред никотина на нервную систему

Сперва никотин воздействует на нервную систему возбуждающе. Человек становится нервным, вспыльчивым, раздражительным, плохо спит. Нередко у него пропадает аппетит, мучают головные боли. Далее это состояние сменяется на иное: курильщик становится безразличным ко многим вещам, которые раньше вызывали у него интерес. Постоянное поступление в организм никотина вызывает атеросклероз сосудов головного мозга, в результате чего ухудшается кровоснабжение мозга. Это, в свою очередь, повышает риск развития внутримозгового кровоизлияния.

- Вред никотина на органы пищеварения.

Никотиновая интоксикация дает о себе знать и со стороны желудочно-кишечного тракта. Под воздействием никотина увеличивается выработка слюны, возникает раздражение слизистой оболочки рта, проявляется рыхлость и кровоточивость десен. Отдельно стоит сказать о зубах. К сожалению, никотин действует на них не самым лучшим образом. Например, под воздействием этого вещества повреждается зубная эмаль, а сами зубы приобретают желтый налет и, местами, чернеют. Некоторые никотинозависимые люди сталкиваются с проблемой, когда зубы начинают шататься и даже выпадать. Люди,

привыкшие свой день начинать с чашки кофе и сигареты, отличаются сниженным аппетитом. И это вполне объяснимо, ведь никотин замедляет секреторную и сократительную работу желудка. Нередко любители сигарет сталкиваются с такими заболеваниями желудочно-кишечного тракта как гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Дело в том, что курение способствует повышению кислотности желудочного сока, провоцирует спазм сосудов.

- Онкологические заболевания Рак легкого

В настоящее время связано с курением 90 % случаев рака легкого — злокачественной опухоли, которая в 60 % случаев приводит к гибели заболевшего. Курение в подростковом возрасте вызывает необратимые генетические изменения в легких и навсегда увеличивает риск развития рака легкого, даже если человек впоследствии бросает курить. Среди курящих мужчин, пожизненный риск развития рака лёгких составляет 17,2 %, среди курящих женщин — 11,6 %. Этот риск значительно ниже у некурящих: 1,3 % у мужчин и 1,4 % у женщин. Впрочем, по другим данным, рак легких встречается у 3,4 некурящих людей из 100 000. Среди людей курящих по пол пачки в день цифра вырастает до 51,4 случаев из 100 000, 1 — 2 пачки в день увеличивают риск до 143,9 из 100 000, а при употреблении более двух пачек в день — до 217,3 из 100 000.

- Рак органов головы и шеи Рак гортани

Курение в подавляющем большинстве случаев является причиной возникновения рака гортани — злокачественной опухоли, выживаемость при которой на III стадии составляет не более 63-67 %, а также рака органов пищеварения, рака мочевыделительного тракта, рака репродуктивных органов, лейкоз (рак крови), рака эндокринных органов.

- Поражения нервной системы

Атрофия и демиелинизация (разрушение белого вещества головного и спинного мозга) при рассеянном склерозе более выражена у пациентов, которые курили хотя бы 6 месяцев в течение жизни по сравнению с никогда не курившими больными.

- Ухудшение зрения

Курение может оказать токсическое действие на сетчатку и явиться одним из факторов развития макулодистрофии.

- Возникновение зависимости

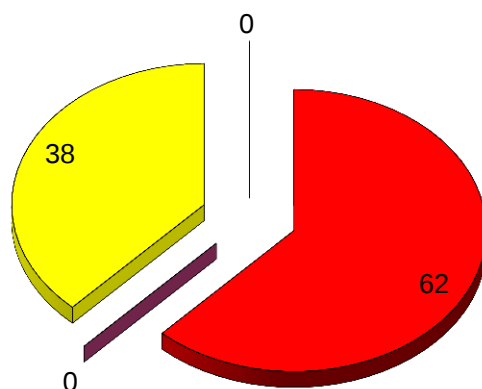
Зависимость от табакокурения может быть как психологической, так и физической. При психологической зависимости человек тянется за сигаретой, когда находится в курящей компании, либо в состоянии стресса, нервного напряжения, для стимуляции

умственной деятельности. Вырабатывается определённая привычка, ритуал курения, без которого человек не может полноценно жить. Иногда такие люди ищут повод, чтобы покурить, «перекуривают», при обсуждении какого-либо дела, либо просто общаясь, или чтобы «убить» время, тянутся за сигаретой. При физической зависимости требование организмом никотиновой дозы так сильно, что все внимание курящего сосредотачивается на поиске сигареты, идея курения становится столь навязчивой, что большинство других потребностей (сосредоточение на работе, утоление голода, отдых, сон и т. д.) уходят на второй план. Появляется невозможность сконцентрироваться на чём-либо, кроме сигареты, может наступить апатия, нежелание что-либо делать.

Методы исследования

Для оценки проблемы курения, среди студентов 12ЛД группы было проведено анкетирование. В проведении анкетирования участвовало 29 человек.

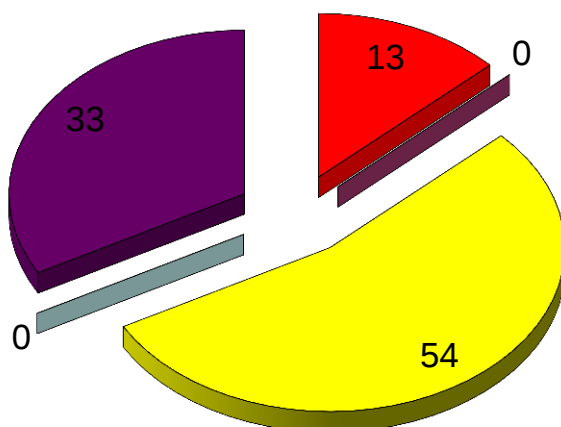
Результаты собственных исследований



Вопрос № 1. Пробовали ли Вы курить?

А) Да. (62%)

Б) Нет. (38%)

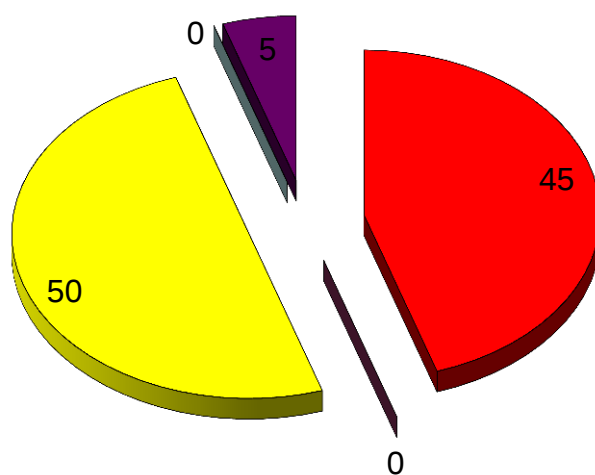


Вопрос №2. Курите ли Вы?

А) Да (13%)

Б) Нет (54%)

В) Иногда (33%)

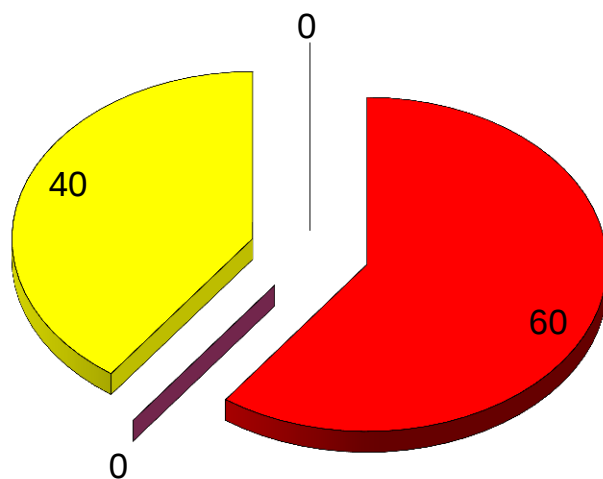


Вопрос №3. Как Вы считаете, во сколько лет начинают курить современные подростки?

А) 7-10 лет (45%)

Б) 10-14 лет (50%)

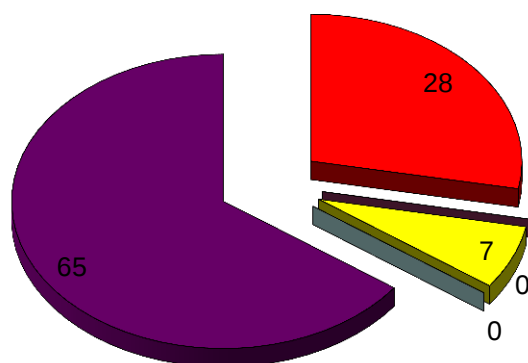
В) 15-18 лет (5%)



Вопрос №4. Курят ли Ваши родители (мать или отец)?

А) да (60%)

Б) нет (40%)

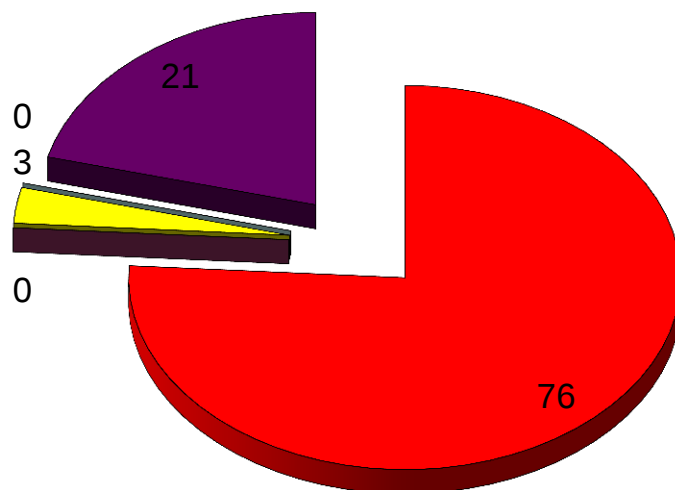


Вопрос №5. Как Вы относитесь к курящим людям?

А) отрицательно (28%)

Б) положительно (7%)

В) мне все равно ((65%))

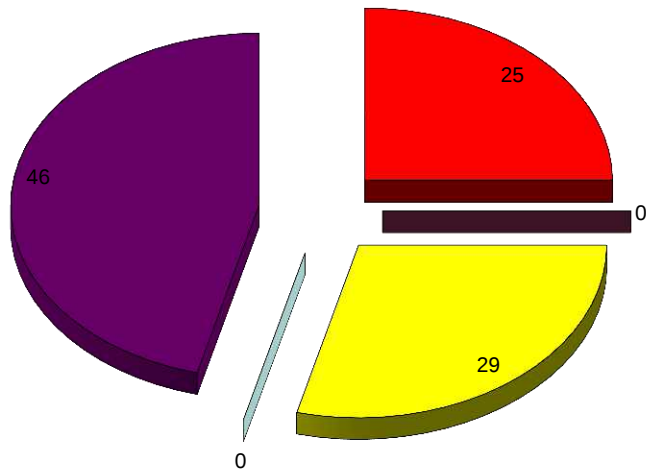


Вопрос №6. Вредит ли курение обществу в целом?

А) Да (76%)

Б) Нет (1%)

В) Не знаю (23%)

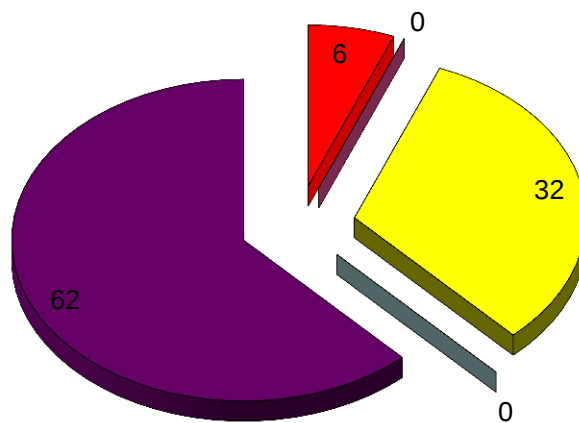


Вопрос № 7. Почему курят подростки?

А) Чтобы забыть о проблемах и расслабиться. (25%)

Б) Чтобы быть крутым и модным. (29%)

В) Другое. (46%)

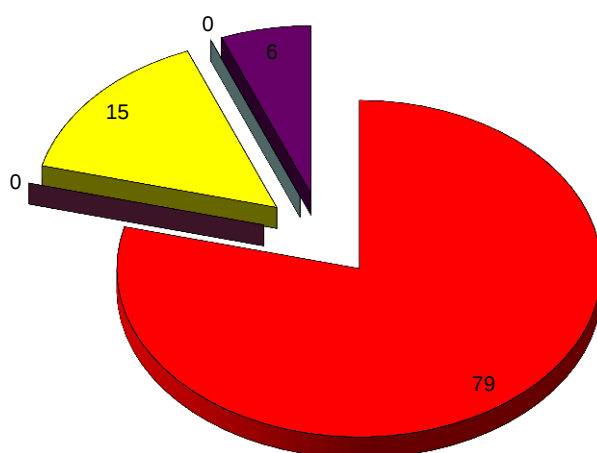


Вопрос №8. Как Вы считаете, помогает ли курение отвлечься от проблем?

А) Да (6%)

Б) Нет (32%)

В) Не знаю (62%)

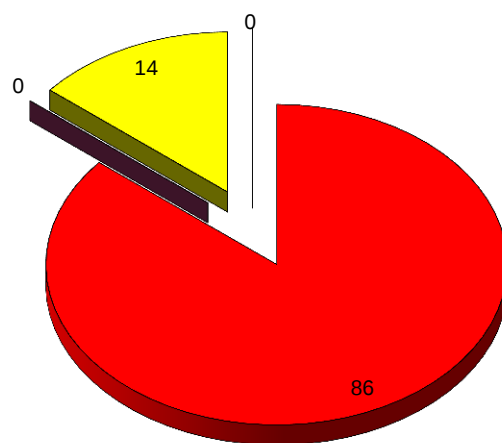


Вопрос № 9. Сколько сигарет можно выкурить в день, и это не будет опасным для здоровья?

А) 0 (79%)

Б) 3 – 5 (15%)

В) 10 – 12 (6%)



Вопрос №10. Достаточно ли Вам информации о вреде курения?

А) Да (86%)

Б) Нет (14%)

Выводы по анкетированию

Причины возникновения вредной привычки - курения

Результаты исследований

Данные анкетирования помогают выявить причины возникновения вредной привычки - курения.

Первый вопрос анкеты: «Пробовали ли Вы курить?» 60% опрошенных дали положительный ответ, но не все продолжают эту вредную привычку. Все-таки выявлены 13% курящих.

В ряды курящих все чаще попадает молодёжь, в большинстве случаев подростки. Данные анкетирования показывают, что 45% начинают курить с 7-10 лет и 50% в возрасте 10-14 лет. Что и доказывает, курящие молодые люди (студенты), начали курить с подросткового возраста.

Одна из причин возникновения вредной привычки - это пример своих родителей. Данные анкетирования показывают, что 62% опрошиваемых имеют курящих родителей. Я считаю, что невозможно доказывать подростку, что курение наносит вред организму, а самим родителям, что нельзя курить при детях.

28% ребят относятся отрицательно к курящим людям, они способны остановить курящих сверстников, но 65% к этому совершенно равнодушны, их не волнует проблема общества, это еще раз доказывает, что проблема эта актуальна, и ее необходимо рассматривать во всех сферах информации.

76% понимают, что курение наносит ущерб нашему обществу, это легкий опиум, который затуманивает головной мозг, укорачивает жизнь, влияя на различные системы организма и в частности на дыхательную и сердечно-сосудистую систему, а также и создает дискомфорт остальным некурящим людям.

23% не знают этой информации.

Вопрос: «Почему курят подростки?». 29% считают, что это круто и модно, но ведь на самом деле, на современном этапе мода изменилась, нужно быть спортивным и подтянутым, а не курящим и слабым. 25% считают, что если будешь курить, то расслабишься и забудешь свои проблемы, но ведь сама проблема ни куда не денется, ее все равно надо будет решать, и на светлую голову она решается гораздо лучше и быстрее.

79% считают, что, выкуривая 3-5 сигареты в день, это не вредит здоровью. Но ведь каждая выкуренная сигарета наносит вред здоровью человека и сокращает его жизнь. Это значит, опрошенные владеют информацией о вреде курения, но не полностью.

Вопрос «Достаточно ли информации о вреде курения?» 86% опрошенных считают, что достаточно. Она действительно есть в Интернете, о вреде курения говорят на уроках в школах, много пишется в прессе, рассказывается по телевидению.

Вывод:

Результаты анкетирования показывают, что 14% опрошенных совершенно не владеют информацией о вреде курения, некоторые владеют, но не в полном объеме, и только небольшая часть хорошо ориентируется в данном вопросе. Данные результаты помогли мне до конца осознать правильность выбранной мной проблемы.

Проблема на данном этапе очень актуальна, ее необходимо рассматривать и решать.

Список источников:

- 1.Богданов И. Дым отечества, или Краткая история табакокурения. —М.: Новое литературное обозрение, 2007. —280 с. —(Культура повседневности). 3000 экз., ISBN 5-86793-492-6
- 2.Мясищев В.Н. Психология отношений. М.Издательство « Институт практической психологии». Воронеж НПО «МОДЭК», 1985.
- 3.Обухова Л.Ф. «Детская психология: теория, факты, проблемы». М. Тривола 1995г. М: Наука 1997.
- 4.Петровский Б.В. Популярная медицинская энциклопедия. 1989, с.1253.
- 5.Рыбоновлев Ю.Р. Некоторые аспекты психологической характеристики алкоголя.«Гематология и трансфузиология».
- 6.Рубенштейн С.Л. Человек и мир. 1987 No 5 с.47
- 7.Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М. «Владос», 1996с. 126, с.167-172
- 8.Швайкова М.Д. Токсикологическая химия. 3 изд. М. 1975 с.92-100
- 9.<http://progrees.ru/kak-kyrenie-vliyaet-na-organizm-cheloveka/>
- 10.<http://skazhynet.ru/vliyanie-kureniya-na-organizm-cheloveka>

КОНТРАЦЕПЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТА

*Карпова Виктория Алексеевна - студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Спичак Юлия Георгиевна*

В настоящее время противозачаточные средства стали безопасными и более удобными в применении. Современная контрацепция дает возможность надежно избежать нежелательной беременности в полной мере. Все это и обусловлено актуальностью данной работы.

Цель работы: изучить методы контрацепции для предупреждения абортов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу
2. Изучить современные методы контрацепции
3. Выявить последствия абортов и взаимосвязь с репродуктивной функцией женщин
4. Изучить как относятся студенты БМК к абортам
5. Провести исследования и анализ результатов по данной проблеме

Объект исследования: студенты БМК.

Предмет исследования: уровень информированности студентов БМК о методах контрацепции

Гипотеза: Студенты БМК хорошо осведомлены о методах контрацепции с целью предотвращения нежелательной беременности.

Методы исследования:

- 1 Изучение теоретических основ по методам контрацепции
2. Анкетирование студентов БМК 1 и 3 курса для выявления уровня информированности о современных методах контрацепции.

3. Анализ литературных источников

1. Изучение теоретических основ по методам контрацепции

Понятие контрацепция

Контрацепция (от новолат. *contraceptio* — исключение)— предотвращение беременности и заражения от болезней механическими (презервативы, шеечные колпачки и другое), химическими (например, влагалищные шарики, грамицидиновая паста) и другими противозачаточными средствами и способами.

Некоторые методы (в частности, презерватив) помогают значительно снизить вероятность заражения ВИЧ и другими венерическими заболеваниями.

Методы контрацепции

Любые способы контрацепции снижают количество абортов – причины гинекологических заболеваний, преждевременных родов, материнской и младенческой смертности

Классификация методов контрацепции:

1. Внутриматочные;
2. Гормональные;
3. Барьерные;
4. Физиологические (естественные);
5. Хирургическая стерилизация

Рассмотрим перечисленные виды контрацепции, принцип их действия, эффективность, показания и противопоказания.

Внутриматочные методы

Внутриматочная контрацепция (ВМК) - это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки

Типы внутриматочных контрацептивов. ВМК подразделяются на инертные (немедикаментозные) и медикаментозные

Контрацептивное действие ВМК обеспечивает снижение активности или гибель сперматозоидов в полости матки.

Контрацептивная эффективность ВМК достигает 92-98%;

Беременность при использовании ВМК наступает редко, но все же не исключена. Частота самопроизвольных выкидышей при использовании ВМК увеличивается.

К преимуществам внутриматочной контрацепции следует отнести:

- высокую эффективность;
- возможность длительного использования;
- немедленное контрацептивное действие;
- быстрое восстановление фертильности после удаления ВМК;
- отсутствие связи с половым актом;
- низкую стоимость (за исключением гормональной внутриматочной системы);
- возможность использования в период лактации;
- лечебный эффект при некоторых гинекологических заболеваниях (для гормональной внутриматочной системы).

Недостатками являются необходимость медицинских манипуляций при введении и удалении ВМК и возможность осложнений.

Гормональные методы

Одним из наиболее эффективных и распространенных методов регуляции рождаемости стала гормональная контрацепция.

Все гормональные контрацептивы (ГК) состоят из эстрогенного и гестогенного или только гестогенного компонентов.

Классификация ГК:

- комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы:
- оральные;
- влагалищные кольца;
- пластыри;
- гестагенные контрацептивы:
- оральные контрацептивы, содержащие микродозы гестагенов (мини-пили);
- инъекционные;
- имплантаты.

При правильном применении контрацептивная эффективность достигает почти 100%,

Преимущества КОК:

- высокая эффективность и почти немедленный контрацептивный эффект;
- обратимость метода;
- низкая частота побочных эффектов;
- хороший контроль фертильности;
- отсутствие связи с половым актом и влияния на полового партнера;
- устранение страха нежелательной беременности;
- простота в применении

Недостатки метода: необходимость ежедневного приема, возможность ошибок при приеме, отсутствие защиты от инфекций, передаваемых половым путем, снижение эффективности КОК при одновременном приеме других лекарственных препаратов.

Барьерные методы контрацепции

Барьерные контрацептивы – это средства, при использовании которых происходит предотвращение попадания сперматозоидов в половые органы

женщины (в шейку матки) механическим способом, тем самым снижая риск возникновения беременности.

Мужской метод - мужской презерватив.

Женские методы:

- Женский презерватив;
- Диафрагма;
- Шеечный (цервикальный) колпачок;
- Вагинальная губка.
- Мужской презерватив

Самый распространённый вид контрацепции, широко применяемый во всем мире.

Женский презерватив

С одной стороны цилиндра, край которого закрыт, и помещается внутрь влагалища женщины, находится гибкое фиксирующее кольцо. С другой стороны открытое кольцо, которое остаётся снаружи во время полового акта.

Диафрагма

Диафрагма – куполообразный колпачок с гибким ободком. Купол диафрагмы прикрывает шейку матки таким образом, что сперматозоиды, оказавшиеся во влагалище женщины, не могут попасть в матку

Виды: плоская, изогнутая, кольцевая

Шеечный колпачок – представляет собой колпачок, который выполнен в форме чашки. Может использоваться многократно

Вагинальная (контрацептивная) губка

Вагинальная губка – сплюснутый мягкий шарик из полиуретана, с углублением с одной стороны, и петель для извлечения с другой стороны.

используется однократно.

Естественные методы

Естественные методы контрацепции – это методы предохранения от нежелательной беременности, основанные на наблюдении за физиологически потенциальными для зачатия и «безопасными» фазами менструального цикла женщины.

Суть естественного метода контрацепции состоит в ежедневном измерении базальной температуры, наблюдении за качеством слизи, выделяемой шейкой маткой и другими моментами.

Виды естественных методов контрацепции:

1. Календарный (ритмический) метод
2. Прерванный половой акт
3. Температурный метод
4. Цервикальный метод

Хирургические методы

Применяются как у мужчин, так и у женщин. Стерилизацию у женщин обеспечивает непроходимость маточных труб, в результате чего оплодотворение невозможно. При стерилизации у мужчин перевязывают и пересекают семявыносящие протоки (вазэктомия), после чего сперматозоиды не могут поступать в эякулят. Стерилизация является самым эффективным методом предохранения от беременности.

Рекомендации по применению определенных методов контрацепции:

Врачи объясняют, что нужно выбирать противозачаточные средства в соответствии с рисками. В молодом возрасте существует риск инфицирования и беременности, поэтому лучше всего подойдет презерватив или презерватив в комбинации с оральными контрацептивами. В более зрелом возрасте возможно использование внутриматочных систем.

Прежде всего, если это гормональная контрацепция, КОК(оральные контрацептивы) – наиболее желательные в 18-35 лет. После 35

рекомендуемая смена орального контрацептива, согласно возрасту выбираются качественно другие препараты.

Презерватив можно использовать в любом возрасте, но он не желателен в послеродовом периоде. По словам врачей, в этот период при изменении оральных контрацептивов рекомендуют внутриматочную контрацепцию.

Не всем женщинам могут быть назначены комбинированные оральные контрацептивы (КОК). В частности, КОК не рекомендуют женщинам, имеющим высокие факторы риска развития артериальных и венозных тромбозов. Кроме этого, женщины, не имеющие противопоказаний для использования КОК, могут отказаться от них по причине таких побочных эффектов, как головная боль, тошнота, рвота, понос, нагрубание молочных желез, раздражительность, снижение либидо и др. Эстрогены, входящие в КОК, могут также неблагоприятно влиять на количество и состав грудного молока у кормящих женщин.

2. Изучение уровня информированности студентов о методах контрацепции

Методика исследования

В качестве методики было выбрано анкетирование студентов. Для этой цели была разработана анкета. Анкетирование проводилось в Биробиджанском медицинском колледже. В анонимном анкетном опросе приняли участие студенты 1 и 3 курса. Количество опрошенных составило 40 человек.

Цель исследования: выявить осведомленность студентов репродуктивного возраста о контрацепции как профилактики аборта.

Результаты анкетирования

1) Распределение респондентов по возрасту

Все респонденты. Принявшие участие в опросе - молодые люди репродуктивного возраста: 17-20 лет -72%; 21-26 лет – 18%; старше 26 лет – 10%.

2) На вопрос: «Что такое аборт?» респонденты принявшие участие в опросе ответили, что 48% опрошенных считают аборт убийством; 30% - рядовой медицинской манипуляцией; 15% - вынужденной мерой; 7% - быстрым решением проблемы.

3) На вопрос: «Что, по вашему мнению, в большинстве случаев является причиной абортов?» получены следующие результаты: 40% опрошенных считают, что в большинстве случаев причиной абортов является нежелательная беременность; 35% - материальные трудности; 10% - непонимание последствий; 15% - отсутствие ответственности.

4) На вопрос: «Какую политику должно вести государство в отношении абортов?» получены следующие результаты: 57% опрошенных считают, что нужно запретить аборт; 23% - материально стимулировать демографический рост; 20% - никакую..

5) На вопрос: «Знаете ли вы о методах контрацепции?» получены следующие результаты: 100% опрошенных знают о методах контрацепции.

6) На вопрос: «Какой из методов контрацепции вы используете?» получены следующие результаты: 55% опрошенных пользуются механическим (презерватив) метод контрацепции; 33% - гормональный; 12% - естественный.

7) На вопрос: «В случае наступления незапланированной беременности каков будет исход?» получены следующие результаты: 53% опрошенных не знают что будут делать в случае незапланированной беременности; 27% выбрали роды; 20% - аборт.

8) На вопрос: «Вреден ли аборт для организма женщины?» - 87% опрошенных уверены во вреде аборта для организма женщины; 13% ответили «нет».

9) На вопрос: «Что такое по вашему мнению контрацептивы?» получены следующие результаты: 88% опрошенных считают, что контрацептивы – это предупреждение беременности и средства защиты от венерических заболеваний.

10) На вопрос: «Как вы относитесь к контрацепции?» получены следующие результаты: 60% опрошенных положительно относятся к контрацепции (пользуются); 15% - отрицательно; 25% - не задумывались об этом.

11) На вопрос: «Откуда вы черпаете знания о методах контрацепции?» получены следующие результаты: 65% опрошенных черпают знания о методах контрацепции из учебных заведениях.

12) На вопрос: «Какой у вас пол?» получены следующие результаты: 85% опрошенных – женщинами; 15% - мужчинами.

Итак, по результатам исследования более 50% опрошенных были в возрасте от 16 до 20 лет. Данная категория людей имеет хорошее представление о методах контрацепции и

пользуются ими, такими как механические, что является эффективным методом контрацепции.

По исследованию практически половина опрошенных не обсуждают методы контрацепции со своим партнером, т.к. данная тема, скорее всего, не является предметом обсуждения.

По данным исследования на тему о влиянии аборта на организм человека практически все осознают пагубное влияние аборта, и что аборт приводит к осложнениям, а так же, что это грех, детоубийство, но в процессе опроса выявилась часть респондентов не информированных об аборте, тем самым есть необходимость усилить санитарно просветительную работу о проблеме аборта и методах предотвращения его.

Большая часть респондентов на вопрос о сходе незапланированной беременности ответили, что не знают каким будет решение, но все-таки 20% опрошенных решительно настроены, идти на аборт, т.к. беременность, по их мнению будет мешать развитию карьеры.

Подводя итоги исследования можно сказать, что ведет к увеличению численности абортов несколько факторов:

1. использование не эффективных методов контрацепции
2. безответственное отношение
3. недостаточная информированность

Заключение

Контрацепция - один из наиболее динамично развивающихся разделов гинекологии. Во многом этому способствуют успехи фармацевтической отрасли медицины, в большой степени интерес к проблемам контрацепции обусловлен ее социальной значимостью.

Быстрое развитие представлений о контрацепции, появление новых методов, усовершенствование старых, постоянное отслеживание результатов контрацепции с целью определения эффективности безопасности каждого метода характеризуют современное состояние этой области. Для адекватного подбора способа предохранения от беременности необходим не только клинический опыт, но и регулярное пополнение сведений о методах контрацепции.

В контрацепции существует только одно жесткое ограничение: абсолютные противопоказания использованию того или иного метода. Во всех остальных ситуациях оценка риска беременности, риска метода, его переносимости, приемлемости, вопросы наблюдения и обследования женщины во время контрацепции являются обязанностью врача. Выбор метода контрацепции не должен быть отдан на откуп женщине: принимая решение о способе предохранения, пациентка должна быть полностью информирована обо всех благоприятных и возможных негативных последствиях данного метода. Совместное решение

врача и пациентки (в идеальном варианте - врача и супружеской пары) является залогом успешного и безопасного предохранения от беременности.

Актуальность темы подтвердило на практике проведенное исследование.

В работе были поставлены задачи:

1. Проанализировать литературу
2. Изучить современные методы контрацепции
3. Выявить последствия абортотв и взаимосвязь с репродуктивной функцией женщин
4. Изучить как относятся студенты БМК к абортотв
5. Провести исследования и анализ результатов по данной проблеме

Выполнив выше перечисленные задачи, можно сказать, что цель курсовой работы достигнута. Были изучены методы контрацепции для предупреждения абортотв.

Благодаря анкетированию, проведенному мной на базе БМК была выявлена осведомленность молодых людей репродуктивного возраста о методах контрацепции.

Кроме того, при анализе полученных результатов был сделан вывод, что большинство людей репродуктивного возраста используют контрацептивные средства, что не приводит к риску наступления не запланированной беременности. Все же, необходимо усилить профилактическую работу в медицинских подразделениях, на сайтах, среди молодежи.

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА, ПО ДАННЫМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ

*Вяльцева Татьяна Валерьевна - студентка 1 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Репина Анна Олеговна*

Студенты особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром социального благополучия, медицинского обеспечения предшествующего периода – детства и отрочества, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы.

Здоровье населения должно рассматриваться с широких социальных позиций.

Мы в качестве исследования предложили студентам анкету, в которую включили вопросы о наличии хронических заболеваний, диспансерном наблюдении по хроническому заболеванию, медицинской активности студентов (причина обращения к врачу, выполняют ли назначение врача, отношение к медицинским осмотрам), отношение к физической культуре, дополнительному спорту, о семейном положении, наличии детей, совместимости

работы с учебой, полноценном отдыхе, вредных привычках (табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков), удовлетворенности своим стилем жизни.

№	Вопрос анкеты	Ответ студента
1.	Пол студента (женский, мужской), возраст	
2.	Имеете ли вы острые заболевания в течение года (сколько раз болеете, не болею, написать чем болеете).	
3.	Имеете ли вы хронические заболевания (написать название заболевания или заболеваний)	
4.	Вы состоите на диспансерном учете по хроническому заболеванию и получаете профилактическое лечение?	
5.	Медицинская активность:	
А)	Вы регулярно проходите профилактические осмотры?	
Б)	Причина обращения к врачу (выбрать то, что для вас характерно): нужна справка, освобождающая от учебы, не обращаюсь, а лечусь самостоятельно, по совету родственников и знакомых, иду к врачу, когда чувствую, что дело совсем плохо, вызываю скорую помощь.	
В)	Выполняете ли вы врача по лечению (всегда выполняю, только до периода, когда станет легче, нет денег на лекарства, которые рекомендуют)	
Г)	Я не болею	
6.	Вы состоите в браке, живете в гражданском браке, не имею семьи.	
7.	Вы имеете детей (одного или более), детей не имею	
8.	Где вы живете? (имею свое жилье, с родителями, в общежитии, снимаю квартиру, у родственников)	
9.	Вы совмещаете работу с учебой?	
10.	Почему вы работаете? (хочу иметь личные деньги, вынужден работать, чтобы содержать себя и семью, с целью, чтобы иметь после окончания колледжа стабильное рабочее место, другие варианты)	
11.	У вас достаточно времени на отдых, полноценный сон, подготовку к учебе, развлечения?	
12.	Удовлетворены ли вы собственной личной и общественной жизнью?	
13.	Вы регулярно и полноценно питаетесь или постоянно испытываете чувство голода?	
14.	В ваш ежедневный рацион включены разнообразные продукты? (мясо, рыба, овощи и фрукты, молочные продукты)	
15.	Вы курите? Какое время и сколько сигарет в день?	
16.	Употребляли или употребляете наркотики?	
17.	Вы занимаетесь спортом?	
18.	Считаете ли вы, что сами можете изменить свой стиль жизни и улучшить здоровье?	
19.	Что необходимо вам для изменения своего здоровья и жизни в лучшую сторону?	

20.	Как вы оцениваете свой уровень жизни? Высокий – достаточный уровень Средний уровень Низкий уровень	
21.	Чего вам в жизни не хватает? (внимания и понимания окружающих, друзей, денег, контакта с родителями, у вас неполная семья, нет жилья, средств для дальнейшего обучения, нет способностей к обучению, вы ошиблись с будущей профессией)	
22.	Считаете ли вы, что на настоящем этапе жизни ваше здоровье и жизнь изменить невозможно?	
23.	Кто по вашему может помочь вам в настоящее время изменить вашу жизнь и улучшить здоровье? (государство, родители, органы образования, здравоохранения, социальной защиты, средства массовой информации).	

Иными словами, мы попытались выяснить здоровый ли образ жизни у студентов медицинского колледжа, имеются ли факторы риска заболеваний и можно ли провести коррекцию выявленных факторов риска с относительно малыми экономическими затратами и достижением максимального эффекта?

Одним из важных показателей, позволяющих соотнести характер поведения индивида в отношении здоровья с его состоянием, является самооценка собственного здоровья. Путем опроса (анкетирования) проведено обследование у 195 студентов медицинского колледжа. Девушек - 88%, а юношей - 12% из прошедших анкетирование. По возрастному составу 16-17 лет-19%, 18-20 – 50% и более 20-31%, то есть из всех опрошенных студентов 81% составляют совершеннолетние. Здоровыми себя считают 49% опрошенных, нездоровыми (часто болеют, имеют хронические заболевания) - 51%.

Проанализировав отмеченные студентами хронические заболевания, было выявлено, что их имеют 108 человек из всех опрошенных, что составило 55%. По проведенному анкетированию выявлены следующие хронические заболевания студентов: сколиоз, гастриты, колиты, язвенная болезнь желудка и 12перстной кишки, пороки сердца, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, бронхиты, гипотиреозы, пиелонефриты и гломерулонефриты, гаймориты, тонзиллиты, миопия, аднекситы, причем, многие студенты уже сегодня имеют несколько хронических заболеваний. На первом месте по частоте случаев стоят заболевания желудочно-кишечного тракта, на втором месте - хронические заболевания дыхательной системы, на третьем месте - заболевания мочевыделительной системы.

Одним из показателей отношения к своему здоровью является медицинская активность, то есть своевременное обращение к врачу в случае заболевания, регулярность

прохождения медицинских осмотров, выполнение рекомендаций врача, получение квалифицированного лечения при наличии хронического заболевания.

По результатам исследования медицинская активность низкая, и к врачу за медицинской помощью своевременно обращаются 25% опрошенных, 38% - когда совсем станет, 22% лечатся самостоятельно (по совету родственников или обращаются к врачу, когда нужна справка).

Всегда соблюдают и выполняют рекомендации врача 65%, остальные их не могут выполнять, так как чаще всего не имеют средств на лечение. Причина оценена как объективная, так как у студентов не хватает денег на рекомендованные препараты, поэтому у этой группы студентов возможно развитие хронических заболеваний, длительное восстановление здоровья, ухудшение усвоения учебной программы.

1/3 студентов медицинского колледжа не проходят плановую вакцинацию, что составило 31% от общего количества, прошедших анкетирование.

Посещают занятия физкультурой 68% опрошенных, а дополнительные секции (волейбол, баскетбол, бассейн) посещают лишь 19%. На вопрос по какой причине не занимаются физкультурой, были даны следующие ответы: 28 человек ответили «не хочу», 33 человека - «нет времени», 25 человек - «нет здоровья», остальные от комментариев воздержались.

1/3 студентов колледжа имеют семью, 19% имеют детей, работают 25% из всех опрошенных.

Полноценный сон и отдых имеют 54%, а 46% (с их слов) не отдыхают или отдыхают очень мало.

С родителями проживают 107 человек. Свое жилье имеют 18 человек и 10 человек проживают с родственниками, снимают квартиру 57 студентов и живут в общежитии 3 человека.

В основном - 88% наших студентов - это девушки и женщины и 1/3 студентов по данным анкетирования курят, что составило 35%. В основном курить начали с 14-16 лет, а злостных курильщиков, за сутки выкуривающих от 5 до 40 сигарет, составило 63% от всех курящих.

Отношение к алкоголю: 42% алкоголь не употребляют и 58% студентов с 14 лет употребляют алкогольные напитки: любят вино 43%, водку - 19%, пиво - 25% и могут пить разные алкогольные напитки - 11%. Причины употребления алкоголя: желание расслабиться, снять стресс, за компанию, по праздникам.

Употребление наркотиков – положительный ответ дали 9 человек, что составило 5%.

На вопрос «Чего вам не хватает для полноценной жизни?» - 50% студентов ответили материальных средств, времени -13%, здоровья - 9%, общения и любви - 2%.Только 59% студентов удовлетворены своим стилем жизни и здоровьем.

Мы не задали вопрос студентам, как и чем они питаются, но учитывая, что на первое место по хроническим заболеваниям вышли заболевания ЖКТ и что 50% студентов стеснены в материальных средствах, можно сделать вывод о том, что питание студентов далеко не рациональное, не сбалансированное, без соблюдения режима.

Все факторы, управляющие здоровьем можно разделить на 3 группы:

1. Управляемые факторы (дефицит ночного сна, наличие стрессовых ситуаций, вредные привычки, медицинская активность, двигательная активность, наличие детей). Все перечисленные управляемые факторы дают достаточно высокий эффект на состояние здоровья, если студент захочет изменить их. Устранение управляемых факторов это уже шаг к здоровому образу жизни.

2. Условно-управляемые или социально-управляемые факторы зависят от режима обучения и условий образовательной среды, организации оздоровления студентов, медицинского обеспечения, квалификации медперсонала, наличия медпункта в учебном заведении, общежития для студентов. Позитивное решение данных проблем, позволит улучшить здоровье студентов.

3. Неуправляемые факторы:это такие влияния, которые на современном этапе изменить невозможно – уровень жизни и материальное обеспечение студентов, необходимость совмещения учебы с работой, неудовлетворительное по качеству и недостаточность питания. Эти задачи нужно решать в рамках социальной политики на уровне государства путем увеличения стипендии, оказание материальной помощи малообеспеченным студентам, предоставление студентам общежития на время учебы, путевок на санаторно-курортное лечение, организации диетического питания.

Таким образом, изменить здоровье студентов и повлиять на улучшение здорового образа жизни возможно, если студенты сами активно будут устранять негативные управляемые факторы: пересмотрят свое отношение к физической культуре и спорту, изменят свой режим труда и отдыха, откажутся от курения, употребления алкоголя и наркотиков.

Список источников:

1. Воробьев В. И. Слагаемые здоровья. -М.: Физкультура и спорт, 2013, 216 стр.
2. Изард К. Эмоции человека: Пер. с англ. М., Изд-во Моск. ун-та, 2012, 243 стр.
3. Куценко Г. И., Новиков Ю.В. Книга о здоровом образе жизни. СПб,2013, 257 стр.
4. Лещинский Л. А. Берегите здоровье. -М.: Физкультура и спорт, 2014, 230 стр.

5. Рациональное питание/ Смоляр В.И. - Киев: Наук.думка, 2013, 112 стр.
6. Попов Г.В. Основы здорового образа жизни, Учебное пособие, Иваново, 2013, 35 стр.
7. <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>
8. <http://www.aif.ru/health/life/1143088>
9. <http://stanzdorovei.ru/zdoroviie-obraz/kak-vesti-zdorovyj-obraz-zhizni.html>

ТАТУИРОВКА – ОПАСНАЯ КРАСОТА

*Бокарева Евгения Юрьевна - студентка 2 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна*

В современном русском языке слово «татуировка» означает нанесение на тело рисунков путём введения под кожу красящих веществ. Корень «тату» - интернациональный; это один из немногих случаев заимствования из полинезийских языков ведущими языками мира.

Слово Tattoo английского языка, откуда этот корень, видимо, и был заимствован русским, восходит к полинезийским формам - tatau таитянского или ta-tu маркезианского языков. Исходный смысл слов – «рана», «знак», - показательно, что эти смыслы, весьма различные на наш, европейский взгляд, так сближены в полинезийской культуре, что находятся в смысловом поле одного слова.

Неизвестно, когда именно человек впервые нанес рисунок на свою кожу. Но самым древним татуировкам не менее 60000 лет. Эти татуировки найдены при раскопках египетских пирамид. Мумиям около четырех тысяч лет, но рисунки на высохшей коже хорошо различимы.

Возможно, татуировка появилась гораздо раньше — при первобытнообщинном строе. Она служила не только украшением, но и знаком племени, рода, тотема, указывала социальную принадлежность ее обладателя, а кроме того, наделялась определенной магической силой.

Появление татуировок кажется современным и актуальным, востребованным, но необходимо принимать во внимание последствия долговременных тату и возможные осложнения.

Сегодня, представленная вашему вниманию учебно-исследовательская работа по теме: «Татуировка- опасная красота» и должна показать отношение к данной проблеме студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Цель: изучить отношение студентов медицинского колледжа к проблеме наличия татуировок и определить степень информированности студентов о возможных осложнениях.

Задачи:

- Отследить историю татуировок;
- Выявить опасности, связанные с нанесением татуировок;
- Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы;
- Сделать выводы по изученному материалу;

Гипотеза: Мы считаем, что студенты медицинского колледжа имеют достаточно информации по вопросу наличия татуировок и осложнений, которые могут возникнуть при их нанесении.

Слово «тату» как и слово «табу» в Европу привёз капитан Джеймс Кук. Кук представил изумлённой Европе жителя Полинезии, расписанного татуировкой в соответствии с традицией своей родины.

Причины возникновения обычая татуировки тоже многообразны. Различные виды татуировок практиковались у светлокотжих народов всего мира, а у темнокожих заменялись рубцеванием

- Самая простая и потому самая древняя представляет собой нацарапывание рисунка на теле.
- Следующая техника предполагает использование иглы и нити. Окрашенная в чёрный цвет (обычно сажей) нить из сухожилия зверя протягивалась иглой под кожей, и так создавался рисунок.
- третья техника – накалывание рисунка иглами. Точечная организация рисунка позволяла создавать татуировку любой сложности, в некоторых культурах использовались разные пигменты, в результате рисунок получался.

Смысл татуировки, прежде всего, заключается в подтверждении статуса.

Но татуировка не только подчёркивала обретение статуса полноценного члена социума, она ещё и визуализировала этот статус.

В татуировке отражалась племенная принадлежность, имущественное положение, социальный ранг, родословная. Татуировка позволяла закодировать всё, что данное общество могло посчитать необходимым для идентификации личности.

Выделяют несколько видов татуировок по смыслу

- Оздоровительные татуировки.
- Устрашающие татуировки.
- Татуировки обереги.
- Армейские татуировки.
- Клановые татуировки.
- Тюремные татуировки.

- Интимные татуировки (эротические татуировки) и т.д.

Типы противопоказаний к татуировкам делятся на

Постоянные:

– Болезни плохой свертываемости крови (тромбоцитопения, фибринопения, гемофилия)

– Тяжелые вирусные заболевания (гепатит, ВИЧ, СПИД)

– Онкологические и острые воспалительные заболевания

– Нарушение иммунитета

– Психические расстройства и эпилепсия

– Сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый) или тяжелое течение диабета 2 типа

– Заболевания, связанные со значительным снижением иммунитета

Временные:

– Склонность к резким нарушениям артериального давления, в частности к гипертонии

– Воспалительные и аллергические заболевания кожи

– Простудные заболевания и повышенная температура

– Для женщин – период беременности, кормления грудью и во время менструации

– Алкогольное и наркотическое опьянение

К возможным осложнениям можно отнести

Нежелательные аллергические реакции

Остерегайтесь ВИЧ и гепатита

Шрамирование

Кожная инфекция

Сложность в исследованиях

Малигнизация

Нагрузка на лимфатическую систему

Постоянное осуждение и неприятие татуировки близкими

Помимо медицинским опасностей, татуировки также могут быть опасны в эмоциональном плане. Многие идут делать тату ради удовольствия, но до этого стоит изучить, как общество отнесется к людям с тату.

Например, приверженцы старых традиций не приветствуют татуировки. Даже у близких нам людей это может вызвать негативные эмоции. Кроме того, татуировки могут восприниматься как знак непрофессионального поведения на работе, и скорее всего, придется всегда прятать их под одеждой.

Опасность представляет и краска, закачиваемая под кожу. Чернила для тату отрицательно влияют на твоё здоровье – они содержат мышьяк и свинец.

1. Аллергический контактный дерматит. Это заболевание кожи, обусловленное сенсibilизацией к биологическим или химическим аллергенам, возникающей при контакте кожи с низкомолекулярными компонентами. В основе этого заболевания всегда лежит аллергическая реакция

2. Токсико-аллергический дерматит. Он характеризуется острым воспалением поверхности кожи, иногда – слизистых оболочек, развивающимся под воздействием токсико-аллергических факторов, проникающих в организм через систему дыхания или пищеварения, а также при инъекциях в вену, под кожу и в мышцу. Высыпания могут быть представлены пузырьками, узелками, покраснением, эрозиями и корками, которые распространяются по всему телу. Во время заболевания также поражается слизистая, чаще всего губ и ротовой полости. Беспокоит зуд и жжение в очагах. При таком заболевании может потребоваться стационарное лечение в специализированном медицинском учреждении.

3. Ангионевротический отек (отек Квинке) – это аллергическое заболевание, характеризующееся появлением выраженного отека слизистого эпителия, кожи и подкожной клетчатки. Причиной может быть введение любого аллергена, лекарственного средства, в том числе и обезболивающего, в организм человека. Чаще всего данная патология развивается на шее, на лице, на стопах, кистях и на верхней части туловища. Угрозу для жизни может представлять отек гортани. У человека при этом возникает лающий кашель, осиплость голоса, затрудненное дыхание. Появляется одышка, бледность кожных покровов. Подобное состояние может закончиться гибелью. Ангионевротический отек может развиваться у любого человека!

4. Анафилактический шок. Это тяжелая форма аллергической реакции, которая может привести к летальному исходу. Первопричиной могут быть различные лекарственные средства, в том числе и обезболивающие.

5. Пиодермия - гнойничковое заболевание кожи. Возникает тогда, когда заносится инфекция (стафилококки, стрептококки, плесень и т. д.) в кожу. Чаще всего это происходит при использовании нестерильных игл для нанесения пигмента и индивидуальных баночек с красителем. Инфекция может вызвать заболевание глаз, лёгких и других органов и даже привести к сепсису.

6. Гранулема – представляет собой очаговое разрастание клеток соединительной ткани, которое имеет вид плотных узелков. Требуется специфического лечения.

7. Гематомы – это ограниченное скопление крови при повреждениях органов и тканей с разрывом сосудов.

8. Заражение опасными инфекциями, такие как ВИЧ или гепатит С. Чтобы этого избежать мастер должен пользоваться одноразовыми иглами для нанесения пигмента и у каждого клиента должна быть своя баночка с красителем.

9. Рак кожи. Токсины, которые содержатся в краске могут являться канцерогенами и вызывать злокачественные опухоли кожи.

10. Людям, у которых есть татуировки, нельзя проводить некоторые медицинские исследования, например МРТ, так как тату может воспалиться или загореться.

11. Психологические проблемы. Бывает, что татуировка со временем перестаёт нравиться или становится неактуальной для человека и он пытается её скрыть. Это может привести к психологическим проблемам, которые будут сказываться в других сферах его жизни.

В некоторых случаях возникает необходимость уничтожения рисунка, для этого существуют следующие методы:

1. Хирургический (удаление участка кожи с татуировкой).
2. Дермабразия (срезают участка кожи специальными аппаратами).
3. Лазерный (разрушение цветковых пигментов тату под воздействием светового излучения).

Осложнения после сведения татуировок могут стать:

1. Рубец – грубоволокнистый соединительнотканый тяж, образующийся в месте предшествующего повреждения кожи.
2. Келоид (келоидный рубец) – опухолевидное разрастания грубой волокнистой соединительной ткани кожи.. В настоящее время нет методов лечения келоидного рубца.

Отношение к татуировке студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Для тестирования была предложена анкета из 13 вопросов. В анкетировании приняли участие 100 студентов, в возрасте от 18 до 40 лет

1.Возраст

До 20 лет - 53 студента

21-25 лет – 24 студента

26-30 лет – 3 студента

выше 30 лет – 11 студентов

В большинстве это студенты до 20 лет.

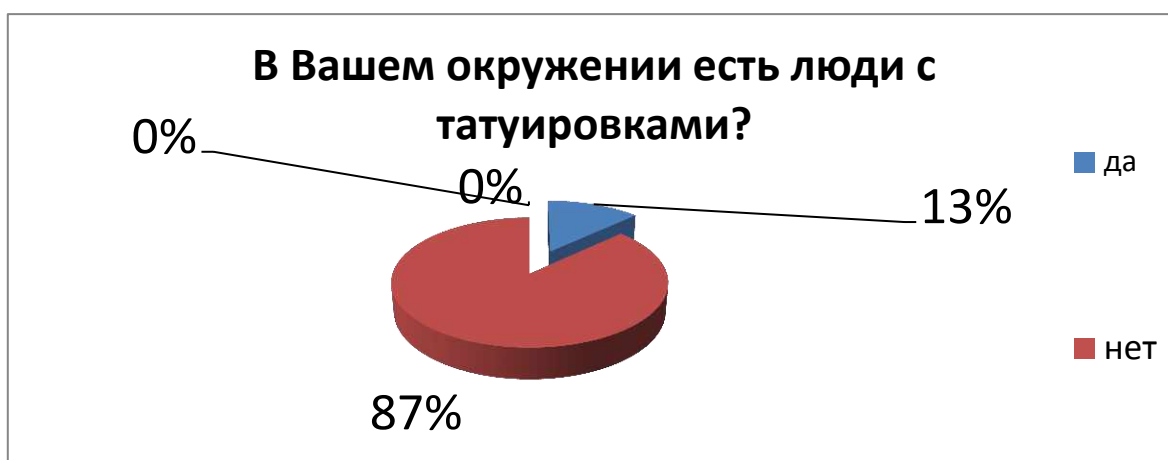
2.Пол

Женский – 79 студентов

Мужской 10 студентов

В большинстве это женщины.

3. На вопрос есть ли в вашем окружении люди с татуировками 13% ответили положительно.



4. На вопрос о наличии татуировок были получены следующие ответы: у 21 человека на теле нанесены татуировки, еще 25 человек хотели бы их иметь и планируют нанести в ближайшее время, и только 2 человека категорически отрицают возможность нанесения рисунка на кожу.



5. Причины, которые приводят к татуажу, следующие: 53 % опрошенных считают татуировки красивыми, 33% говорят о том, что их наличие позволяет привлечь на себя внимание, 9 % считают, что повышается самооценка и 5% общая тенденция.



6. На вопрос где все же можно наносить татуировки: 49% студентов колледжа отвечают, что только в специализированном центре с уверенностью в безопасности манипуляции, 41 % - только у известного мастера в специализированных центрах, 7 % - где угодно, главное, чтобы мастер был хороший, 3 % - чтобы было доступно по цене.



7. Но, несмотря на моду и кажущуюся привлекательность, студенты колледжа признают опасность нанесения татуировок. Наибольшую опасность представляет опасность ВИЧ инфицирования- 39%, 22% - риск развития воспалительной реакции, 23% возможность развития аллергии и 16 % считают, что при необходимости рисунок трудно и дорого сводить.

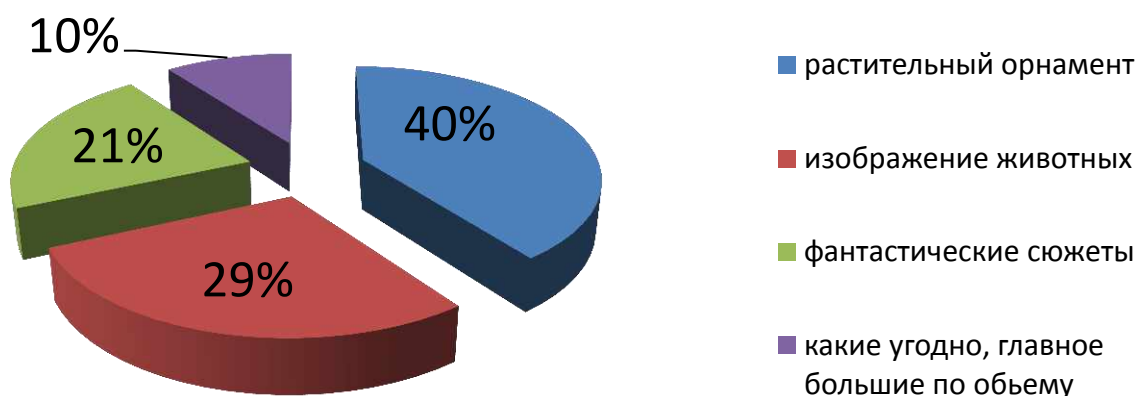


8. Татуировка – это красиво? По данным анкетирования 27 % студентов ответили «да», 10 % - «нет» и 54 % студентов считают, что все зависит от рисунка и места нанесения.



9. На вопрос «Какие татуировки вам кажутся красивыми?» 39 % студентов ответили «растительный орнамент», 28 % - «изображение животных», 21 % - «фантастические сюжеты» и 10 % - «какие угодно, главное большие по объёму»

Какие татуировки вам кажутся красивыми?



В татуировках цветы пользуются популярностью среди мужчин и женщин уже на протяжении многих лет. Хотя многие связывают цветочные узоры с женственностью, они нашли отклик и в мужских сердцах. Тату цветов могут включать в себя различные растения, отличающиеся по размеру, количеству цветков, сорту, стилю и месту расположения, при этом каждый эскиз обладает собственной привлекательностью и имеет уникальное значение. Основное значение тату цветов – это любовь, радость, свежесть, единение и жизненная сила. Однако, в зависимости от контекста, могут символизировать утрату и печаль. В татуировках каждый цветок обладает своим значением, благодаря чему, рисунок на теле будет не только красивым, но и несущим глубокий смысл. Выбирая цветок для тату, стоит помнить, что их значение в разных культурах может отличаться. Например, татуировка лилии – в России символизирует невинность, в Европе – печаль, а на Востоке – радость. Подобные различия могут встречаться с разными цветками и нужно быть внимательным, чтобы не попасть в неприятную ситуацию.

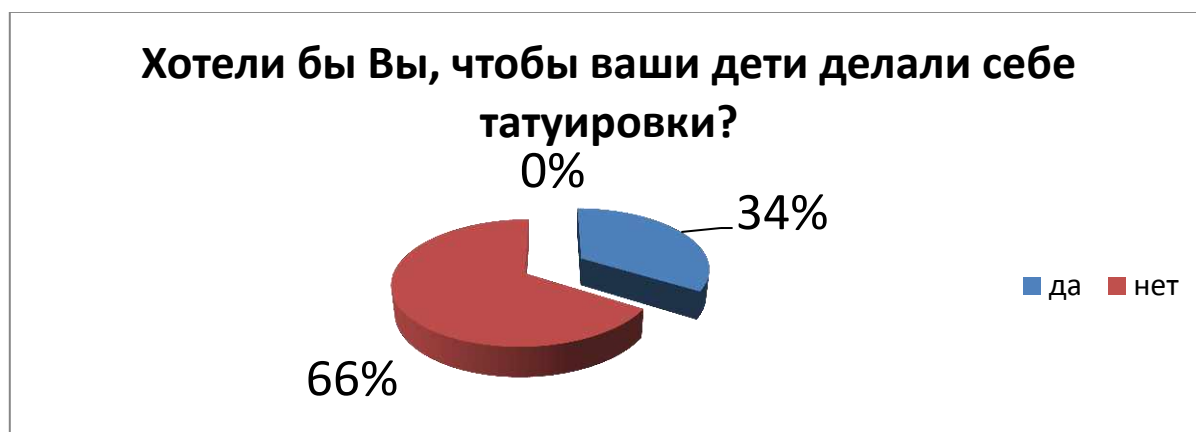
Образы животных встречаются в татуировке с самых древних времен. И это связано в первую очередь с тем, что многие животные были частью культовых обычаев или ритуалов древних племен и народов. В каждой культуре можно выделить одно или несколько священных животных, самых почитаемых и популярных в татуировке и во всем древнем искусстве. Но не следует забывать, что каждая мифология или религия может присваивать одному животному совершенно разные черты и качества.

Значение тату с животными определяется в первую очередь внешними физическими и умственными качествами того или иного животного. Потом к этому прибавляются еще и приписываемые ему магические выдуманные свойства. Рисунки животных в татуировке призваны помогать хозяевам развить свои личностные качества. Однако многое зависит

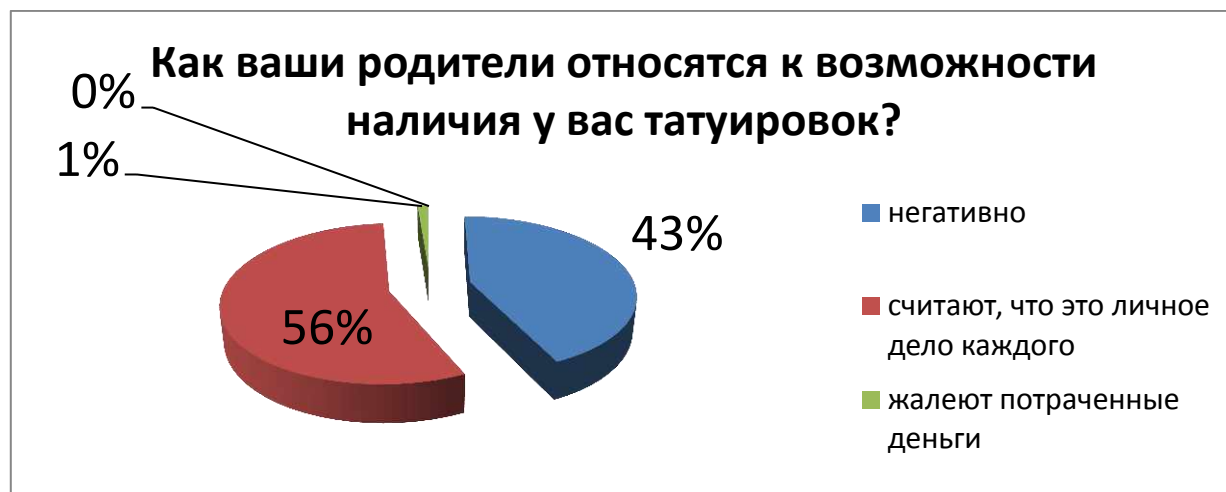
от образа жизни и поведения человека. Каждое животное ассоциируется с рядом понятий присущих ему в реальной жизни, которые сопоставляются со схожими им человеческими качествами.

Фантастические сюжеты - в этой категории можно найти татуировки эльфов, гномов, орков или гоблинов, троллей и других монстров, татуировки нереальных существ, порождённых как мраком, так и светом, татуировки колдунов, волшебников, русалок, великанов, духов, ведьм, призраков - это все стиль Fantasy (Фэнтези). Всё это – отражение сказочных параллельных миров, находящихся в такой, казалось бы, близости от нас и в то же время таких далёких. Материал фантастической литературы разных жанров, её сюжеты и образы часто используются мастерами тату, работающими в стиле Фэнтези. Нанесение человеком таких рисунков в качестве тату характеризует его как нечуждого мечте романтика с богатым внутренним миром, порой ещё в чём-то и не осознаваемым им самим.

10.Анализируя ответы студентов на вопросы: «У Ваших родителей есть татуировки?», 11. «Хотели бы Вы, чтобы ваши дети делали себе татуировки?» - мною было подмечено, что большинство (63 %) опрошенных, у чьих родителей нет татуировок, не желают видеть татуировки на своих детях.



12. На вопрос: «Как ваши родители относятся к возможности наличия у вас татуировок?» - 44 % ответили, что это личное дело каждого, 34 % - крайне негативно и 1 % - жалеют потраченные деньги.



Наверное, мало найдётся людей, которые хоть раз в жизни не подумали бы о возможности взять пример с друзей, коллег или знаменитостей и сделать себе какую-нибудь, хоть самую маленькую татуировку. Кто-то смело пошел в салон и воплотил идею в жизнь, других перспектива ходить помеченным до конца жизни испугала и не дала решиться на необычный поступок.

Сегодня татуировка на теле юноши или девушки никого не удивляет и не ввергает в шок, наоборот интригует и привлекает внимание окружающих. Стало модным наносить на своё тело различные изображения, значения которых не всегда известны их «носителям». Практически, на каждом углу специализированные салоны приглашают нанести рисунок на своё тело и стать ярким, броским оригинальным, выделиться из толпы. Сейчас татуировки являются обычным делом для всех возрастов и обоих полов.

Каждый сейчас пытается быть уникальным, не таким как все, и любые методы самовыражения способствуют этому.

В данном исследовании мы доказали, что студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» имеют полную информацию по данной проблеме – гипотеза подтверждена.

Список источников:

1. Воробьёва Е.С. Формирование мотивации к татуированию как механизм конструирования идентичности, Теория и практика общественного развития, 2016,
2. Гольман Е.А. Женская телесность: теоретические подходы и перспективы социологического исследования. Дис.... канд. социол. наук. 22.00.01. М., 2015.

3. Горденев М.Ю. Морские обычаи, традиции и торжественные церемонии русскоимператорского флота. М.: Андреевский флаг, 1992.
4. Ельски А. Татуировка, Пер. с польск. Д.А. Подберезского. Мн.: «МЕТ», 1997.
5. НТВ. Тело в дело. Эфир от 05.04.2012. [<https://www.youtube.com/watch?v=GTCgk3qSlq0>].
6. Олейник А.Н. Тюремная субкультура России: от повседневной жизни до государственной власти. М.: Инфра-М, 2001.
7. Триандис Г.К. Культура и социальное поведение. М.: «Форум», 2014.
8. Тулегенов В.В. Криминальная субкультура и ее криминологическое значение. Дисс. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2003.

КНИГА И МОЛОДЁЖЬ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

*Гаврилова Дарья Александровна - студентка 4 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Лонишаква Ольга Алексеевна*

Книги всегда имели огромное значение в развитии человечества. На протяжении веков они оставались основным источником знаний и универсальным способом общения между поколениями. Статистика чтения книг показывает, насколько современное общество заинтересовано в литературе, и какие жанры предпочитают наши соотечественники.

В каждой стране миллионы книголюбов. Хотя применяют полученные знания далеко не все. Причины могут быть разными. Однако в пользу чтения книг не стоит сомневаться. Оно способствует:

1. Развитию творческого подхода, фантазии и способностей к визуализации.
2. Обогащению лексикона, развитию речи.
3. Снятию стресса, кому-то даже помогает лучше засыпать.
4. Развитию осведомленности и компетентности. Книголюбу гораздо легче находить тему для разговора.
5. Улучшению дикции. Чтение книг вслух полезно тем, кому часто приходится выступать публично.

Книги для чтения в привычном для нас виде стали доступны не так давно. Они прошли огромный путь – от древних надписей на стенах пещер, папирусе и восковых табличках до производства печатной продукции и появления цифровых аналогов.

Первыми изобрели бумагу китайцы. Отправной точкой стал 105 год н. э. Однако полноценная книга была напечатана спустя много столетий. В 1455 году была выпущена первая Библия. Спустя год издательство выпустило еще около 300 экз. Статистика чтения книг начала свой отсчет.

«Пионером» книгопечатания на Руси стал Иван Федоров. Первая типография появилась в Москве в 1563 году. Спустя год вышла в свет книга «Апостол. Чуть позже появился «Часослов». Труды «Псалтырь» и «Азбука» были изданы уже на Украине.

Современные книгопечатные машины способны ежечасно делать до 15 тыс. оттисков. За 10 лет в России выпущено 1,19 млн. наименований изданий. Общий тираж составил 5,68 млрд. экз.

Книги входят в жизнь человека практически с первых минут жизни. Будущие мамы читают своим малышам сказки или стихи еще во время беременности. Затем начинается чтение книг в детском саду. Маленький человек начинает постигать азы чтения, а взрослые помогают ему полюбить книги. Ведь любовь к чтению книг рождается постепенно.

Многие наши современники не могут обходиться без хороших книг. Всего одно произведение способно изменить жизнь или отношение к ней. Марк Твен как-то сказал: «Человек, не читающий хорошую литературу, теряет преимущество перед тем, кто не умеет читать вообще.»

Институт GfK проводил опрос в 17 странах мира. Россия оказалась на втором месте. По количеству прочитанной литературы она уступает лишь Китаю. Статистика чтения книг отображает количество читающих ежедневно или 1 раз в неделю:

1. Китай – 70%.
2. Россия – 59%.
3. Испания – 57%.
4. Италия, Великобритания – 56%.
5. Соединенные Штаты – 55%.
6. Аргентина, Бразилия – 53%.
7. Мексика – 52%.
8. Канада – 51%.
9. Германия – 50%.
10. Франция – 48%.
11. Япония – 44%.
12. Австралия, Нидерланды – 42%.
13. Бельгия, Южная Корея – 37%.

Россия наряду с Китаем и Испанией вошла в тройку самых читающих стран мира, заняв второе место в мировом рейтинге исследовательской компании GfK. 59% россиян заявили, что читают ежедневно или хотя бы раз в неделю. В Китае доля читающей публики составляет 70%, в Испании — 57%. В целом по миру доля тех, кто открывает книгу раз в

неделю, составляет 50,7%, показал онлайн-опрос, проведенный GfK среди 22 тыс. человек в 17 различных странах мира, в том числе в США, Великобритании, Германии, Франции.

Среди стран, где книги непопулярны, выделяются Нидерланды и Южная Корея. По 16% их жителей заявили, что не читают книг в принципе. Также высока доля нечитающих респондентов в Бельгии (14%), Канаде, Франции и Японии (по 11% в каждой), констатирует GfK.

Как рассказал РБК представитель российского офиса GfK, исследования по частоте чтения книг проводятся ежегодно. При этом, судя по представленным данным, доля россиян, которые берут в руки книгу хотя бы раз в неделю, неуклонно растет. Для сравнения, в 2010 году таких было 47,3% от опрошенных (из них 20% читали «ежедневно или почти каждый день»). В 2016 году о привычке читать ежедневно заявили уже 30% россиян, свидетельствуют данные GfK. Раз в месяц в России читают 17% опрошенных, вообще не читают всего 6% респондентов, говорится в исследовании.

Как выяснили исследователи, чаще к книгам обращаются люди с более высоким доходом: о привычке читать еженедельно заявили 67% состоятельных респондентов в мире и 48% с низким доходом. Кроме того, оказалось, что в целом женщин, которые читают хотя бы раз в неделю, больше, чем мужчин: 60% против 57% соответственно. Сильнее всего гендерный разрыв в Нидерландах — постоянно там читают 51% женщин и 33% мужчин — и Испании (65 и 50% соответственно). В России разница невелика: ежедневно или почти ежедневно читают 61% женщин и 56% мужчин.

Публикуются очень разные данные о чтении в нашей стране, претендующие на объективность, поэтому возник интерес узнать о состоянии этого процесса среди студентов нашего колледжа.

Объект: характеристики процесса чтения.

Предмет: характеристики процесса чтения студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза: студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» читают регулярно не только учебники, но и внеучебную литературу, осознавая важность этого процесса.

Цели исследования:

1. Определение показателей кратности, разнообразия в процессе чтения.
2. Выявление причин недостаточного чтения.

Задачи:

1. Выявить кратность чтения.
2. Определить источники подбора литературы.

3. Обозначить предпочтения в процессе чтения.
4. Подтвердить убежденность в важности и необходимости чтения.

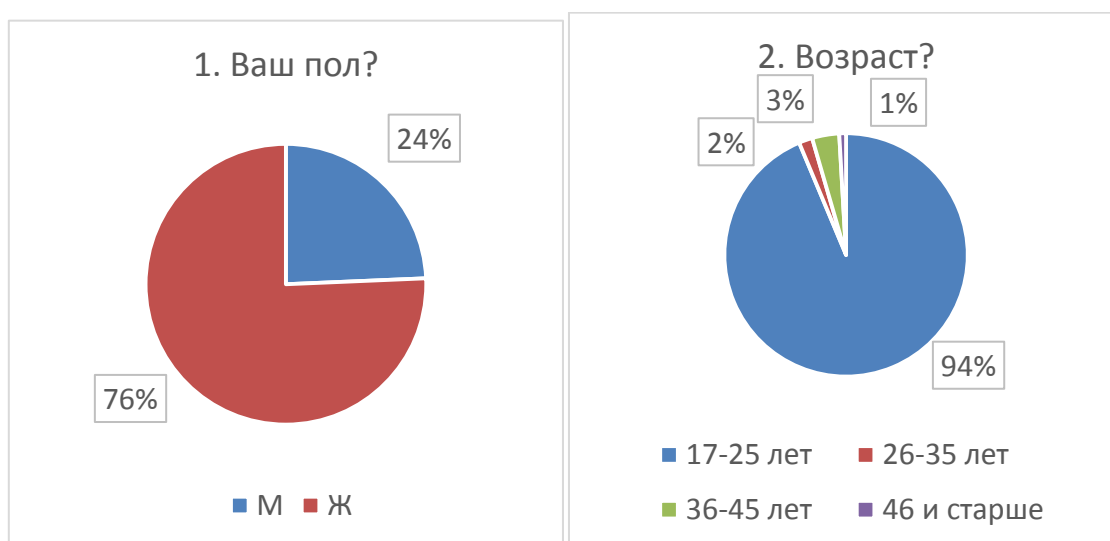
Материалы и методы.

Исследование проведено методом анонимного анкетирования студентов колледжа. Предварительно была составлена анкета и проведено анкетирование силами студентов 32 ЛД и 43 ЛД групп. Анкета состояла из 15 вопросов и выявляла частоту, источники чтения, отношение к чтению.

Было опрошено 111 респондентов.

Результаты и обсуждение.

Из числа анкетированных: мужчин 27 (24,3%, женщин – 84 (75,7%); преобладающий возраст – 17-25 лет, что составило 93,7%.



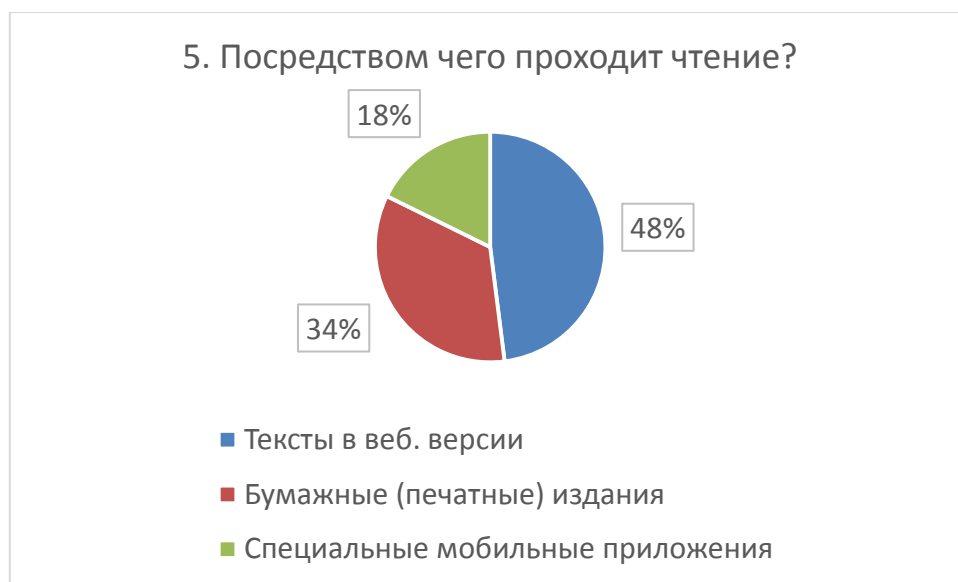
Большинство опрошенных читают ежедневно – 64 человека (58%), остальные распределились следующим образом:



Студенты чаще всего читают учебники (58 человек) и блоги в социальных сетях (51 человек), реже – художественную и специальную литературу 43 и 32 человека соответственно), газеты и журналы (17).

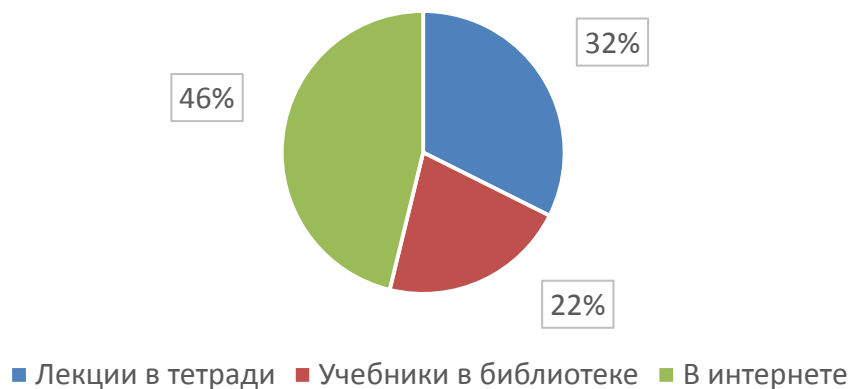


Большинство студентов читают с помощью смартфонов, планшетов, ноутбуков, что составило 48% (84 человека), несколько меньше читают печатные издания на печатных носителях – 34% (60 человек) и в специальных мобильных приложениях – 18% (31 человек).



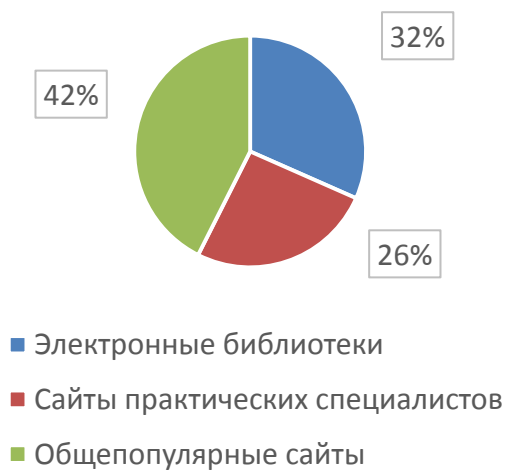
Основные источники литературы к занятиям 46% студентов находят в интернете (97 человек), в лекциях и тетрадях – 32% (68 человек), берут учебники в библиотеке только 22% (45 человек).

6. Где Вы ведете поиск источников литературы к занятиям?



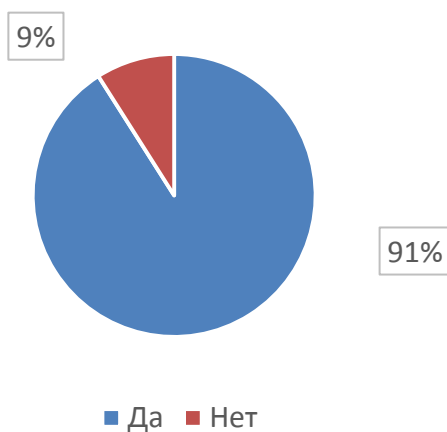
В интернете большинство студентов используют обще популярные сайты – 42% (66 человек), электронные библиотеки – 32% (49 человек), сайты практических специалистов – 26% (40 человек).

7. Каковы основные источники литературы в интернете?

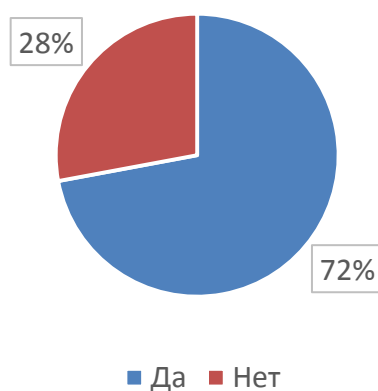


Отрадно, сто наши студенты на 95% окружены читающими людьми, и подрастающее поколение на 72% знакомится с чтением в детстве.

8. Читают ли Ваши родственники и близкие люди, которые не являются студентами?

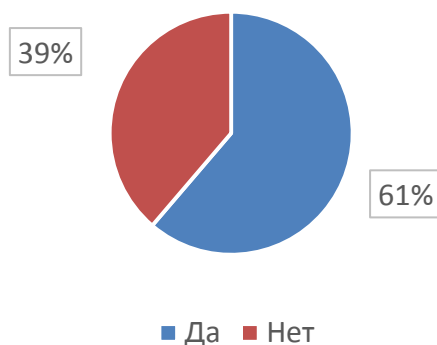


9. Если есть в Вашем окружении маленькие дети, читают ли им?



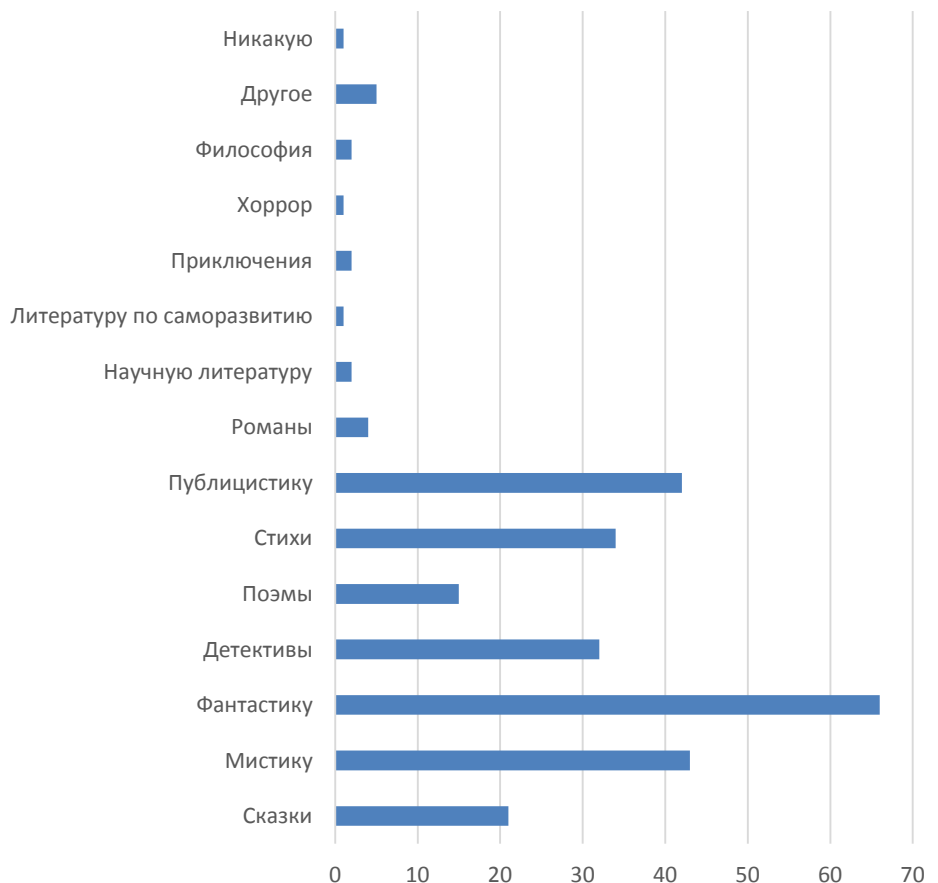
Большинство наших студентов считают, что читают они достаточно (61% - 68 человек), но значительная часть – 39% считают, что уделяют этому меньше времени, чем нужно.

10. Количество времени и объем чтения, которое у Вас сейчас есть, считаете ли Вы достаточным?

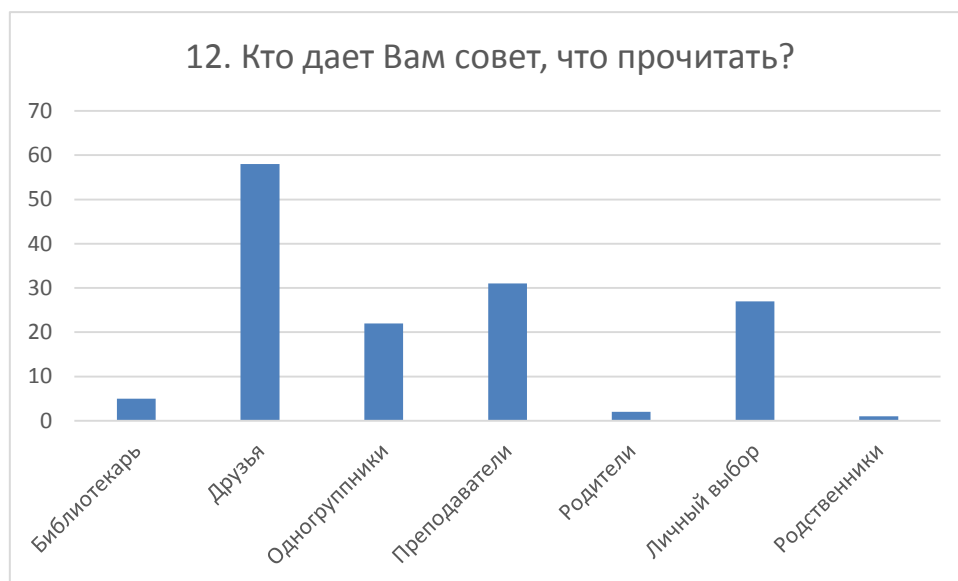


Предпочтения во внеучебной литературе студенты отдали фантастике (66 человек), мистике (43 человека), публицистике (42 человека), стихам (34 человека), детективам (32 человека) и сказкам (21 человек). К сожалению, 1 студент не читает никакую внеучебную литературу.

11. Какую внеучебную литературу Вы предпочитаете читать?



Рекомендации по чтению дают друзья (58 человек), преподаватели (31 человек), одногруппники (22 человека). Значительная часть студентов предпочитает выбирать произведения самостоятельно - 27 человек. К сожалению, свои позиции значительно сдают работники библиотек и родственники.



Подавляющее большинство студентов осознаёт значение процесса чтения: это и расширение кругозора, и изучение нового, и повышение грамотности, и повышение успеваемости на занятиях, и формирование мировоззрения, и досуг, отвлекающий от проблем. К сожалению, не все связывают чтение с улучшением речи, и совсем удручает, что 4 человека считают, что чтение не даёт ничего.



Попытка узнать у малочитающих о причинах этого, дала следующие результаты: дорого покупать книги (21 человек), лень (19 человек), не интересно (14 человек). Нашлись и 4 человека, которые, по их мнению, и так всё знают.



Апогеем анкетирования стал ответ на последний вопрос, все 100% студентов ответили, что читать нужно!



Выводы

1. Больше половины студентов читают ежедневно.
2. Преимущество в читаемом материале составляет учебная литература, которая располагается в интернете.
3. Окружение наших студентов, в основном, читающее.
4. Значительная часть студентов считает, что читает достаточно.

5. Предпочтения во внеучебной литературе студенты отдали фантастике, мистике, публицистике, стихам, детективам и сказкам. К сожалению, 1 студент не читает никакую внеучебную литературу.

6. Рекомендации по чтению чаще дают друзья, преподаватели, одногруппники. Значительная часть студентов предпочитает выбирать произведения самостоятельно.

7. Подавляющее большинство студентов осознаёт значение процесса чтения.

8. Студенты мало читают из-за дороговизны книг, лени, занятости, отсутствия интереса.

9. Необходимость и важность чтения отмечают все студенты колледжа.

Таким образом, гипотеза «студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» читают регулярно не только учебники, но и внеучебную литературу, осознавая важность этого процесса», подтверждена.

Рекомендации

Студенческому и педагогическому коллективам, работникам библиотек важно продолжить работу по популяризации чтения, по повышению мотивации этого процесса, способствовать распространению «моды» на чтение и интеллект.

Несмотря на то, что престиж чтения падает, можно сделать вывод, что молодежь продолжает читать, конечно, в основном современную популярную литературу, бестселлеры, имеющие большие тиражи и хорошую рекламу. В итоге хотелось бы выразить надежду, что если молодежь и недостаточно читает в настоящее время, то в дальнейшем всё изменится в лучшую сторону. Чтение – это способ обретения культуры, средство расширения кругозора и интеллектуального развития, посредник в общении, базовое умение для учения и жизни. Необходимо, что бы оно стало инструментом успешной деятельности в различных сферах жизни: учебе, работе, отношениях с людьми – в семье, в кругу друзей. Благодаря чтению формируется образное мышление, что благотворно сказывается на развитии личности в целом. Книга учит культуре, способствует глубокому мышлению, тренирует внимание и память. «Люди перестают мыслить, когда перестают читать», — писал Д. Дидро. И, без всякого сомнения, был прав.

Список литературы.

1. Аносов А.П. Проблемы молодежи. М.:Инфра-М, 2007.
2. Аксарова В.Я., Сафонова Н.К. Читающий подросток в мире взрослых: поиски гармонии. Электронный ресурс <http://metodisty.narod.ru>
3. Варганова В.Г. Чтение в системе социокультурного развития личности: сборник статей международного научно – практического семинара. М: Русская школьная библиотечная ассоциация, 2007.

4. Читающий мир и мир чтения. Сборник статей по материалам международной конференции. - М, 2003.
5. <http://soothsaeyer.livejournal.com/41612.html>
6. <http://chtenie-21.ru/smi/2975>
7. <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/5e666ef79a79470855c7d31f>
8. <https://vawilon.ru/statistika-chtenija-knig/>
9. <https://eaomedia.ru/news/909050/?from=36>

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ: БАЛАНС ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НА ОСНОВЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ НАСЕЛЕНИЯ

*Ховрин Артем Александрович - студент 1 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Сергеева Наталья Игоревна*

Более 30 млн. человек в мире ежедневно принимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 40% из них старше 60 лет. По прогнозам, количество таких пациентов будет возрастать, в первую очередь это связано с малоактивным образом жизни, сидячей работой, а так же увеличение продолжительности жизни человека,

Увеличения распространенности заболеваний, для лечения которых применяются НПВП связано прежде всего с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматические поражения мягких тканей.

Выделяют большую группу заболеваний, важным патогенетическим звеном которых является воздействие кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК); гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ); язвы, ассоциированные с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП); хронический гастрит с неязвенной диспепсией; симптоматические язвы при синдроме Золлингера - Эллисона; пептические язвы гастроэнтероанастомоза и др. Нарушение равновесия между факторами агрессии желудочного содержимого и защитными факторами слизистой оболочки желудка и ДПК является классическим представлением о патогенезе язвенной болезни. Вопросы рациональной фармакотерапии кислотозависимых заболеваний верхних отделов ЖКТ являются одними из наиболее актуальных вследствие широкой распространенности, сложного этиопатогенеза, большого арсенала лекарственных препаратов. От такой патологии ЖКТ страдают преимущественно лица трудоспособного возраста, что ставит их в разряд не только медицинских, но и социально-значимых проблем. Однако механизмы защиты слизистой оболочки желудка препятствуют ее повреждению. Наиболее важными проективными факторами являются: защитный слизистый барьер; синтез

бикарбонатов; синтез защитных простагландинов; состояние регионарного кровотока; антродуоденальный кислотный тормоз; регенерация эпителия.

В настоящее время арсенал НПВП достаточно широк. Препараты этой группы традиционно разделяют по их химическому строению, но такая классификация не отражает свойства различных групп НПВП. Для правильного применения их в клинической практике важно знать различия в механизме действия тех или иных НПВП и, соответственно, классифицировать их по этому признаку.

Таким образом, целью работы является выявление соотношения эффективности и безопасности на основе субъективной оценки опрошенных.

Исходя из поставленной цели, были определены следующие задачи:

1. Изучить классификацию нестероидных противовоспалительных препаратов.
2. Рассмотреть побочные эффекты препаратов.
3. Составить анкеты о применении нестероидных противовоспалительных препаратов.
4. Обработать результаты.
5. Сделать выводы.

Объект: Нестероидные противовоспалительные препараты.

Предмет: Баланс эффективности и пользы нестероидных противовоспалительных препаратов.

Гипотеза: Чем эффективнее действие препарата, тем больше побочных эффектов возникает при его применении.

1. Теоретический аспект темы «Нестероидные противовоспалительные препараты»

Общие сведения о НПВП

Большинство препаратов этой группы являются неселективными ингибиторами фермента циклооксигеназы, подавляя действие обеих его изоформ (разновидностей) - ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Циклооксигеназа отвечает за выработку простагландинов и тромбоксана из арахидоновой кислоты, которая в свою очередь получается из фосфолипидов клеточной мембраны за счёт фермента фосфолипаза А₂.

Простагландины, среди прочих функций, являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления. Данный механизм был открыт Джоном Вейном, получившим впоследствии Нобелевскую премию за своё открытие.

Классификация НПВП

Классифицировать нестероидные противовоспалительные препараты возможно по следующим категориям:

I. По химической структуре. В зависимости от химической структуры и характера активности НПВП классифицируются следующим образом:

I. Кислоты

Салицилаты: ацетилсалициловая кислота (аспирин), дифлунизал, лизинмоноацетилсалицилат.

Пиразолидины: фенилбутазон, метамизол натрия.

Производные индолуксусной кислоты: индометацин, сулиндак, этодолак.

Производные фенилуксусной кислоты: диклофенак, ацеклофенак.

Оксиамы: пироксикам, теноксикам, лорноксикам, мелоксикам.

Производные пропионовой кислоты: ибупрофен, напроксен, флурбипрофен, кетопрофен, декскетопрофен, тиапрофеновая кислота.

II. Некислотные производные

1. Алканоны: набуметон

2. Производные сульфонида: нимесулид, целекоксиб, рофекоксиб.

III. По эффективности средних доз:

1. По силе противовоспалительного действия средних доз НПВП могут быть расположены в следующей последовательности:

MAX

↓ Индометацин
↓ Флурбипрофен
↓ Диклофенак натрия
↓ Пироксикам
↓ Кетопрофен
↓ Напроксен
↓ Ибупрофен
↓ Амидопирин
↓ Аспирин

MIN

2. По анальгезирующему действию средних доз НПВП могут быть расположены в следующей последовательности:

MAX

↓ Кеторолак

- ↓ Кетопрофен
- ↓ Диклофенак натрия
- ↓ Индометацин
- ↓ Флурбипрофен
- ↓ Амидопирин
- ↓ Пироксикам
- ↓ Напроксен
- ↓ Ибупрофен
- ↓ Аспирин

MIN

IV. По механизму действия

Большинство НПВП неселективно ингибируют изоэнзимы циклооксигеназу-1 и циклооксигеназу-2, что может привести к язвенной болезни и кровотечениям в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Для уменьшения вредного воздействия на ЖКТ были разработаны селективные НПВП (коксибы), которые избирательно (селективно) ингибируют только циклооксигеназу-2. К ним относятся:

- Целекоксиб;
- Рофекоксиб;
- Валдекоксиб;
- Парекоксиб;
- Лумиракоксиб;
- Эторикоксиб;
- Фирококсиб (применяется в ветеринарной практике).

Циклооксигеназы

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в изучении механизма действия НПВП. Так, в начале 1970-х гг. Дж. Р. Вэйн с группой исследователей показал, что болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное действие ацетилсалициловой кислоты обусловлено подавлением синтеза ПГ. Было показано также, что механизм действия НПВП представляет собой ингибирование циклооксигеназы (ЦОГ), из-за этого уменьшается продукция ПГ. В сложном комплексе реакций, составляющих воспалительный процесс, участвуют многочисленные биологически активные вещества, которые являются медиаторами воспаления. В их число входят белки и полипептиды (кинины и калликреины), лейкоцитарные факторы (факторы хемотаксиса, интерлейкины, антикейлоны и др.), белки системы комплемента; биогенные амины (гистамин и серотонин) и продукты метаболизма

арахидоновой кислоты - эйкозаноиды (ПГ, простаглицлин, тромбосаны) и лейкотриены. В 1970-х гг. была высказана версия о существовании разных типов ЦОГ. Синтез ЦОГ-1 конститутивный, то есть фермент постоянно экспрессируется и функционирует в тканях и органах и участвует преимущественно в регуляции физиологических процессов. Экспрессия ЦОГ-2 (уровень ее активности в физиологических условиях весьма низкий) индуцируется цитокинами при повреждении или воспалении тканей, с ее активностью связывают синтез флогенных ПГ.

Способность НПВП ингибировать синтез ПГ, участвующих в развитии патологического процесса, определяет их противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие. Нежелательные побочные эффекты НПВП, такие как эрозии и язвенные поражения ЖКТ, желудочные кровотечения и нарушения функций почек, развиваются также вследствие угнетения образования эйкозаноидов - простаглицлина (ПГ I₂), ПГ E₂ и тромбосана A₂. Так, язвенная активность НПВП вызвана нарушением физиологических функций ПГ E₂ и простаглицлина в слизистой оболочке желудка. Оба гормона выполняют защитную, гастропротективную функцию: стимулируют продукцию слизи, ингибируют секрецию соляной кислоты и улучшают питание тканей за счет расширения сосудов и улучшения микроциркуляции.

Таким образом, при приеме НПВП подавление синтеза ПГ приводит к развитию эрозий слизистой оболочки и ее язвенному поражению.

В настоящее время целесообразно классифицировать НПВП по их ингибирующей активности в отношении изоформ ЦОГ, или по механизму действия. По данным ряда исследований, большинство НПВП в равной степени ингибируют ЦОГ-1 и ЦОГ-2. По избирательности действия в отношении ингибирования обеих изоформ ЦОГ выделяют селективные и неселективные НПВП.

Неселективные в одинаковой степени подавляют оба изофермента, селективные - преимущественно ЦОГ-2. Ряд авторов отмечают, что селективные ингибиторы ЦОГ-2 менее эффективны при боли, связанной с воспалительными поражениями суставов и позвоночника, чем неселективные НПВП. Ингибирование ЦОГ-2 рассматривается как один из механизмов противовоспалительной и анальгетической активности НПВП, а ингибирование ЦОГ-1 - как механизм развития нежелательных лекарственных реакций. Очевидно, что наиболее высокой обезболивающей активностью обладают неселективные ингибиторы ЦОГ, такие как кеторолак. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 обеспечивают сравнимую с вызываемой традиционными НПВП анальгезию, но не превосходят их по болеутоляющей активности.

Соотношение активности НПВП по степени блокирования ЦОГ-1/ЦОГ-2 позволяет судить об их потенциальной токсичности: чем ниже это значение, тем более селективен

препарат в отношении ЦОГ-2 и, соответственно, менее токсичен. Например, для нимесулида оно составляет 0,22; для мелоксикама - 0,33; диклофенака - 2,2; пироксикама - 33; индометацина - 107.

В исследованиях показано, что после приема 100 мг ацеклофенака активность ЦОГ-2 в нейтрофилах человека блокируется более чем на 97%, а активность ЦОГ-1 - на 46%; при приеме 75 мг диклофенака это соотношение составляло 97 и 82% соответственно.

Показания

Препараты данной группы обычно используются при острых и хронических заболеваниях, сопровождающихся болью и воспалением. В настоящее время проводятся исследования, направленные на возможность влияния на колоректальный рак, а также по их эффективности в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Наиболее часто НПВП назначаются при следующих состояниях:

- Ревматоидный артрит;
- Остеоартрит;
- Воспалительные артропатии (анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, синдром Рейтера);
- Подагра;
- Дисменорея;
- Метастазы костей, сопровождающиеся болью;
- Головная боль и мигрень;
- Послеоперационный болевой синдром;
- Болевой синдром слабой или средней степени выраженности при воспалительных изменениях или травме;
- Лихорадка;
- Почечная колика.

Фармакодинамика нестероидных противовоспалительных препаратов

Широкое применение НПВП объясняется универсальным спектром действия этих препаратов. Они оказывают противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие и приносят облегчение больным с соответствующими симптомами, которые отмечаются при многих заболеваниях.

Благодаря анальгетической активности НПВП составляют группу ненаркотических (неопиатных) анальгетиков. Начав лечение с НПВП, больные ревматическими заболеваниями очень редко (не более чем в 10% случаев) переходят на прием простых анальгетиков. В клинической медицине выделяют часто встречающийся феномен - боль,

которая может быть разнообразной по своим проявлениям и причинам возникновения. Она может возникать как защитная биологическая реакция организма. Однако сильная, непереносимая или длительно существующая боль формирует очаги патологического возбуждения, усиливающие функционально-морфологические изменения в органах и костно-мышечных образованиях. Острая боль является симптомом, а хроническая боль может стать, по существу, самостоятельным заболеванием.

Эксперты разных стран едины во мнении, что различия в эффективности НПВП при их применении в качестве обезболивающих и противовоспалительных препаратов относительно невелики. Обзоры нескольких десятков клинических исследований различных препаратов этой группы при остеоартрозе, ревматоидном артрите, дорсопатии не дают оснований ранжировать эти препараты по степени их эффективности.

Действие анальгетиков направлено на предупреждение и уменьшение активации первичных афферентов и подавление передачи болевого импульса на сегментарном и супрасегментарном уровнях.

Профилактический подход к защите пациента от действия операционной травмы возможен путем назначения НПВП до операции.

Механизм данного эффекта связан с предотвращением центральной гиперсенсibilизации нейронов задних рогов спинного мозга, воздействием НПВП на периферические и центральные механизмы появления и развития острой боли, тем самым предупреждая патологические нейропластические изменения в спинном мозге. Это исключает вероятность перехода физиологической боли в патологическую (нейропатическую). При этом НПВП могут рассматриваться как патогенетические средства, что значительно расширяет и трансформирует представление о препаратах этой группы не только как о средствах симптоматической терапии.

Побочные эффекты

Широкое распространение НПВП заставило обратить внимание на побочные эффекты этих сравнительно безопасных препаратов. Наиболее часто встречаются эффекты, связанные с пищеварительным трактом и почками.

Все эффекты дозозависимы и достаточно серьёзны, чтобы ограничить применение этой группы препаратов.

В США из всех госпитализаций, связанных с применением лекарственных средств, 43 % приходятся на НПВП, большинство из которых можно было избежать.

Побочные реакции отмечаются при длительном приёме НПВП (например, при лечении остеохондроза) и заключаются в поражении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с образованием язв, и кровотечений. Этот недостаток НПВП

неизбирательного действия послужил причиной разработки препаратов нового поколения, блокирующих только ЦОГ-2 (фермент воспаления) и не влияющих на работу ЦОГ-1 (фермента защиты). Таким образом, препараты нового поколения практически лишены ulcerогенных побочных эффектов (поражение слизистой оболочки органов пищеварительного тракта), связанных с длительным приёмом неселективных НПВП, но повышают риск развития тромботических осложнений.

Аспирин противопоказан детям до 12 лет в связи с возможным развитием у них синдрома Рея.

Приём НПВП, в том числе аспирина и индометацина, может привести к развитию аспириновой бронхиальной астмы (частота — 0,5 %). Такая побочная реакция на аспирин значительно чаще встречается среди взрослых, страдающих бронхиальной астмой (примерно у 10 %), и среди больных риносинуситами (у 33 %). Аспириновая бронхиальная астма обычно возникает в течение 1 часа после приёма препарата.

Со стороны желудочно-кишечного тракта.

Большинство этих эффектов связаны с прямым или косвенным поражением слизистой желудочно-кишечного тракта. Являясь в большинстве своём кислотами, они оказывают прямое раздражающее действие на слизистую желудка. Ингибирование ЦОГ-1 приводит к угнетению синтеза простагландинов, и, как следствие, к понижению защитных свойств пристеночной слизи.

Наиболее частые проявления:

- Тошнота;
- Диспепсия;
- Язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Желудочно-кишечное кровотечение;
- Диарея.

Риск изъязвления напрямую зависит от дозы и продолжительности лечения. Для снижения вероятности язвообразования необходимо использовать минимальную эффективную дозу препарата в течение минимального периода времени. Данные рекомендации, как правило, игнорируются.

Фактор, от которого зависят площадь и скорость возникновения повреждения слизистой оболочки желудка, — внутрижелудочное значение pH. Чем выше pH, тем меньше зона кровоточивости слизистой оболочки. Поэтому при длительном приёме НПВП возникает необходимость проводить внутрижелудочное исследование pH.

Также частота развития нежелательных эффектов со стороны ЖКТ зависит от препарата: считается, что индометацин, кетопрофен и пироксикам наиболее часто вызывают

побочные явления, в то время как ибупрофен (малые дозы) и диклофенак сравнительно редко.

Некоторые препараты выпускаются в специальных оболочках, растворяющихся в кишечнике и проходящие неизменными через желудок. Считается, что это позволяет снизить риск развития побочных эффектов. В то же время, учитывая механизм развития побочных эффектов, нельзя с точностью утверждать о подобных свойствах.

Побочные эффекты со стороны ЖКТ можно уменьшить, применяя препараты, подавляющие кислотообразование (например, из группы ингибиторов протонной помпы — омепразол). Несмотря на эффективность данной методики, продолжительная терапия по этой схеме приведет к дополнительным материальным затратам.

Со стороны сердечно-сосудистой системы.

Приём НПВП вызывает угнетение синтеза простагландинов, которые, наряду с другими эффектами, обеспечивают нормальную функцию эндотелия сосудов и системы свёртывания крови. За счёт дисфункции эндотелия и подавления противосвёртывающей системы крови возможно развитие инфарктов миокарда, инсультов и тромбозов периферических артерий. Для отдельных представителей НПВП частота осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы оказалась настолько велика, что они были полностью отозваны из обращения фирмами-производителями (рофекоксиб, вальдекоксиб).

Мета-анализ 2011 года, объединяющий данные о более чем 800 тысячах принимавших НПВП пациентов, показал, что минимальный риск развития сердечно-сосудистых осложнений отмечался при приёме напроксена, а также ибупрофена в низкой дозе. В то же время, приём широко используемого диклофенака был связан с существенным повышением риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Со стороны почек.

НПВП, угнетая синтез простагландинов, приводят к снижению почечного кровотока. За счёт этого возможно развитие острой почечной недостаточности, а также задержка натрия и воды в организме, приводящие к артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. При длительном приёме НПВП возможно развитие анальгетической нефропатии, частота которой прямо связана с суммарной дозой НПВП, принятой пациентом в течение жизни.

Сравнительно редко возникают следующие осложнения:

- Интерстициальный нефрит;
- Нефротический синдром;
- Острая почечная недостаточность;
- Острый сосочковый некроз;

Прочие осложнения.

Также встречаются следующие осложнения: повышение печёночных ферментов, головная боль, головокружение.

Не являются типичными, но встречаются: сердечная недостаточность, гиперкалиемия, спутанность сознания, бронхоспазм, сыпь.

Побочные эффекты препаратов группы индола (индолуксусной кислоты), например, индометацина, сводятся к поражению ЦНС: головокружение, нарушение координации движений; препаратов группы пиразолона (Анальгин, Баралгин (комбинированный препарат на основе метамизола натрия), Бутадион): лейкопения, агранулоцитоз.

2. Исследовательская часть по применению нестероидных противовоспалительных препаратов

Исследование проводилось на территории города Биробиджан.

Исследование проходило в 2 этапа: опрос респондентов и анализ ответов.

Был составлен тест Приложение А.

В опросе принимало 40 респондентов разного пола и возраста, по результатам исследования опроса выявлено следующее:

1 этап:

Опрошенным был предложен список препаратов, относящихся к нестероидным противовоспалительным препаратам, и ими было выбрано три самые часто применяемые, это- Найз, Баралгин и Ибупрофен



Рисунок 1. Частота приема.

Исходя из данного рисунка мы делаем вывод, что по мнению опрошенных, из предложенных лекарственных препаратов Найз обладает наиболее сильным анальгезирующим действием.

По рекомендации кого принимали лекарственный препарат респонденты

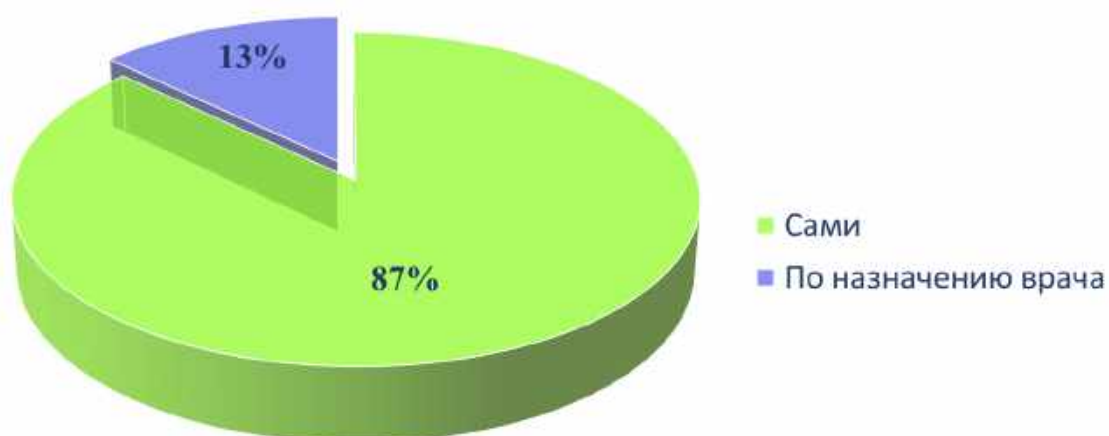


Рисунок 2. По чьим рекомендациям проходил прием

Из данного рисунка можно сделать выводы, что большинство людей принимают препараты исходя из своих доводов, без консультации у нужного специалиста.

Побочные эффекты отмеченные респондентами

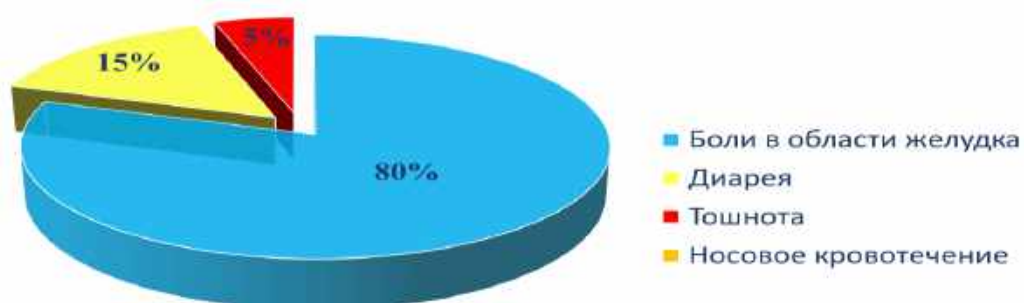


Рисунок 3. Побочные эффекты.

Данный рисунок показывает, что большинство респондентов отметили побочные эффекты, такие как боли в эпигастральной области, диарея, тошнота, носовое кровотечение, исходя из этих данных, мы можем предполагать дальнейшее изъязвление желудка.



Рисунок 4. Примеры часто встречаемых осложнения

Причины применения



Рисунок 5. Причины применения

Заключение

Нестероидные противовоспалительные препараты являются важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения как Российской Федерации, так и всего мира, из-за своего распространения, ухудшения качества жизни людей, экономических потерь и наличия осложнений, переходящих в хроническую форму и приводящих часто к летальному исходу.

Цель научной работы изучение нестероидных противовоспалительных препаратов достигнута. Задачи научной работы выполнены. Изучены этиология, эпидемиология, патогенез, клиника нестероидных противовоспалительных препаратов, их диагностика, лечение и профилактика.

Высказанная в работе гипотеза о том, что чем сильнее действие препарата, тем больше побочных эффектов у препарата, подтверждена.

ПОДГОТОВКА НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗАЩИТЫ ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

*Кочергина Екатерина Михайловна, Юркова Юлия Сергеевна – студентки 3 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»*

Научный руководитель: Захряпин Эдуард Владимирович

Цель данной работы: изучить влияние наличия у учащихся необходимых навыков, знаний на их действия при возникновении угрозы чрезвычайной ситуации (аварий, катастроф и стихийных бедствий).

Задачи:

1. Доказать, что изучение способов защиты от аварий, катастроф, стихийных бедствий является важнейшим фактором обеспечения безопасности жизнедеятельности.
2. Определить уровень готовности учащихся колледжа к действиям по сигналам оповещения при угрозе ЧС.
3. Изучить вопрос совершенствования у учащихся навыков пользования индивидуальными средствами защиты.
4. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
5. Сделать выводы по изученному материалу.

Статистические данные свидетельствуют о том, что люди погибают, становятся инвалидами и больными от опасностей природного и техногенного происхождения.

В ходе работы, мы изучили и проанализировали материалы научно-публицистической литературы и выявили, что самые опасные и распространенные чрезвычайные ситуации — вовсе не природного характера, как может показаться из новостей

о пожарах и затоплениях. На территории России за год в среднем происходит до 230-250 событий чрезвычайного характера, связанных с опасными природными процессами, и до 900-950 ЧС, связанных с производственной деятельностью человека. Доля ЧС природного и техногенного характера на рисунке 1.

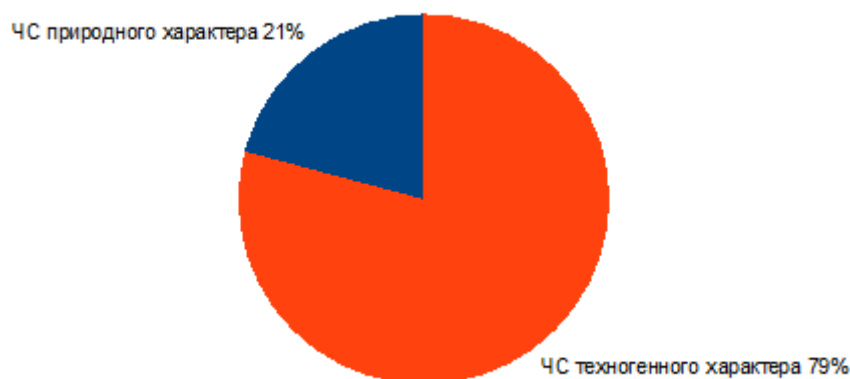


Рисунок 1 - Доля ЧС природного и техногенного характера

Но, прежде чем перейти к рассмотрению данной темы, необходимо точно знать, что же такое чрезвычайная ситуация?

В широком смысле слова, под чрезвычайной ситуацией (ЧС) понимается обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, нанесли ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Каждая чрезвычайная ситуация имеет свою физическую сущность, причины возникновения и характер развития, а также свои особенности воздействия на человека и окружающую его среду обитания.

По причинам возникновения различают четыре типа чрезвычайных ситуаций: природные (стихийные бедствия), техногенные (производственные), экологические и социальные.



Рисунок 2. «Определение чрезвычайной ситуации»

Рост производственных аварий и катастроф, стихийных бедствий последних лет создает чрезвычайные ситуации (ЧС) с тяжелыми последствиями для жизни людей и усугубляет экологическую обстановку. Самое тревожное - динамика роста ЧС, особенно техногенного характера. На конец 2019 года в России произошло более 260 чрезвычайных ситуаций, три из них относились к ЧС федерального уровня, подразделения МЧС потушили почти 460 тыс. техногенных пожаров, более 3,4 тыс. раз реагировали на происшествия на водных объектах, 100 тыс. раз выезжали на ликвидацию последствий ДТП. Всего сотрудниками МЧС спасено более 250 тыс. человек.

Наибольшая доля техногенных ЧС приходится опять же не на пожары, взрывы или разрушения зданий и сооружений. Серьезнее всего Россия страдает от ДТП с тяжелыми последствиями (это автомобильные катастрофы, в которых погибло 5 и более человек или пострадало 10 и более человек). 41,5% ЧС пришлось именно на них. Люди по-прежнему гораздо чаще гибнут в ДТП с тяжелыми последствиями, чем в горящих зданиях, авиакатастрофах или во время терактов,

Статистика смертности в ДТП ведется Всемирной организацией здравоохранения (World Health Organization), которая каждые 3-5 лет выпускает специальный отчет под названием «Доклад о безопасности дорожного движения в мире» («Global Status Report on Road Safety»).

Как показывает статистика, высокая смертность от ДТП наблюдается в бедных странах. Эксперты отмечают, что это связано с неразвитой инфраструктурой, плохими дорогами и некачественным уровнем медицинского обслуживания, которое оказывается пострадавшим в ДТП людям. В тоже время, в списке стран с наибольшей смертностью на дорогах нельзя найти экономически развитых стран, которые, очевидно, обеспечивают надлежащие условия для движения авто и максимально уделяют внимания безопасности на дорогах. В среднем ежегодно в мире от ДТП погибает более миллиона человек.

По данным Pulitzer Center, общее количество погибших на автомобильных дорогах мира достигло 1 млн 240 тысяч смертей в год и, к сожалению, есть все шансы увеличить число втрое, до 3,6 млн в год к 2030 году. В развивающихся странах смертность на дорогах стала пятой по значимости причиной смерти, среди таких причин, как ВИЧ / СПИД, малярия, туберкулез и др. (по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)).

В России количество новых водителей и количество транспортных средств на дорогах резко возросло за последнее десятилетие, но страна изо всех сил старается сбить вал возросших ДТП. Их число примерно в пять раз выше, чем то, что мы видим в большинстве стран Европейского Союза и примерно в два раза, чем в США. К сожалению, фактор безответственности части водителей и плохих дорог делает свое черное дело.

Значительную часть чрезвычайных ситуаций техногенного характера составляют пожары. В мире ежегодно регистрируется 6-7 млн. пожаров. В результате воздействия опасных факторов пожара погибает 65-75 тыс. человек, получают ожоги и травмы свыше 6 млн. человек.

По числу пожаров лидирует США, где ежегодно регистрируют 1,2-1,4 млн. пожаров. Далее с большим отрывом идут страны, где ежегодное число пожаров не превышает 350 тыс. пожаров.

По числу погибших лидируют Индия, Пакистан и Россия, где число жертв ежегодно составляет 10-20 тыс. чел. При этом на каждые 100 тыс. человек в среднем при пожарах погибли за год 1,9 человек и 5,9 человек получили травмы, а на каждые 100 пожаров приходится в среднем 0,8 погибших и 2,4 человек травмированных. Больше всего жертв пожаров на 100 тыс. человек населения приходится на Беларусь, Россию и Украину.

Рассмотрим 3 страны, по которым имеются наиболее полные данные статистики по гибели людей на пожарах и представляющие интерес для граждан нашей страны (по социологическим опросам). Это: Россия, Соединенные Штаты Америки (США) и Германия. С целью понимая общей картины, рассмотрим фактические показатели количества произошедших пожаров в этих странах, и погибших на них людей, в том числе пожарных.

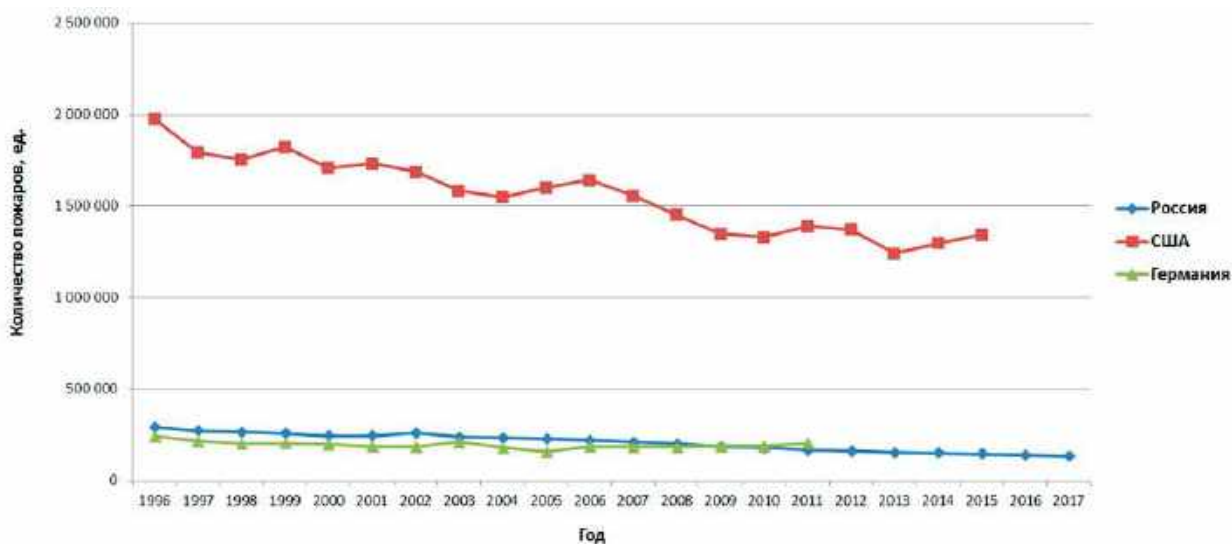


Рисунок 3. «Сравнение количества пожаров в трех разных странах»

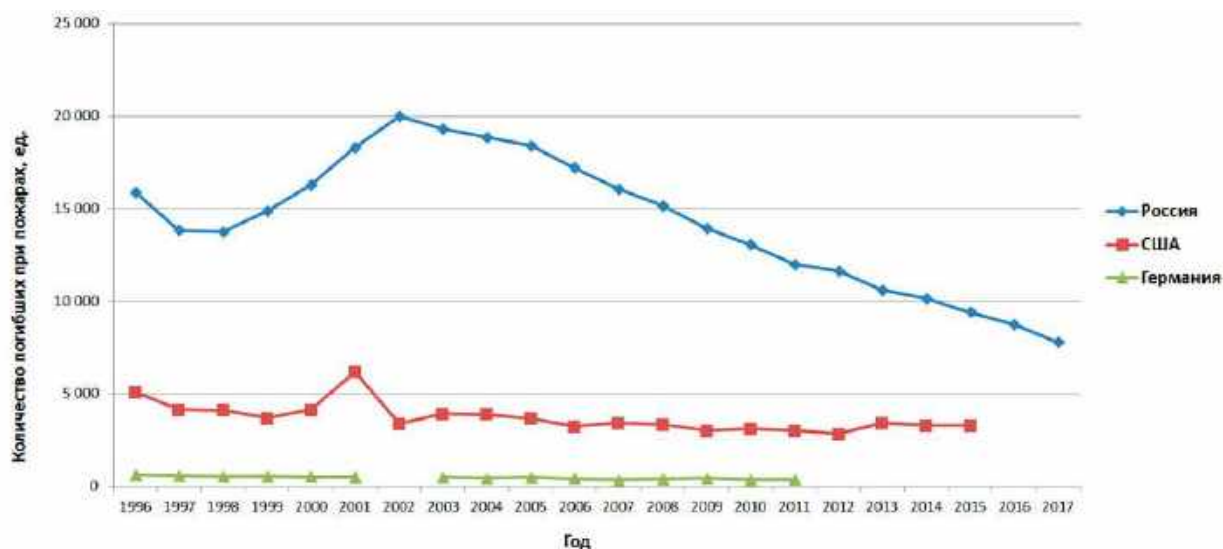


Рисунок 4. «Сравнение количества погибших при пожарах среди населения трех стран»

В нашей стране ежегодно происходит около 250 тыс. пожаров, в огне погибают свыше 15 тыс. человек, примерно столько же получают травмы и ожоги различной степени тяжести.

Поэтому подготовка населения к действиям в ЧС является очень важной задачей. Ведь каждый человек должен уметь защитить себя и членов семьи от последствий нападения противника, а также в различных чрезвычайных ситуациях, оказать самопомощь и помощь пораженным. А для этого ему необходимо еще в мирное время изучить и практически овладеть основными способами и средствами защиты от оружия массового поражения и обычных средств.

Защита населения – главная задача Гражданской Обороны.

По данным зарубежной печати, считается, что своевременное оповещение населения и возможность укрытия его за 10-15 мин после оповещения позволит снизить потери людей при внезапном применении противником оружия массового поражения с 85 % до 4-7 %. Поэтому защита населения от оружия массового поражения и от ЧС мирного времени даже при наличии достаточного количества убежищ и укрытий будет зависеть от хорошо организованной системы оповещения и от умения населения правильно и быстро действовать при угрозе ЧС.

Основным способом оповещения является передача речевой информации по сетям проводного, радио- и телевидения. Перед этим подается предупредительный сигнал «Внимание всем!» для привлечения внимания населения путем включения сирен, гудков и других сигнальных средств. По этому сигналу надо включить средства вещания и прослушать информацию о ЧС и правилах поведения в данном конкретном случае. Сигнал оповещения может быть подан штабом ГО или соответствующей диспетчерской службой по локальной системе оповещения.

Обучение по гражданской обороне является обязательным для всех граждан России. Эта обязанность закреплена федеральными законами в области защиты населения от ЧС.

В частности, в статье 10 федерального закона № 28-ФЗ «О гражданской обороне»:

«Граждане Российской Федерации ...

проходят подготовку в области гражданской обороны»

Статья 19 федерального закона № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»:

«Граждане Российской Федерации обязаны:

изучать основные способы защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, приемы оказания первой помощи пострадавшим, правила охраны жизни людей на водных объектах, правила пользования коллективными и индивидуальными средствами защиты, постоянно совершенствовать свои знания и практические навыки в указанной области»

Кроме того, закон также обязывает принять конкретные меры для защиты себя и своей семьи. Федеральный закон № 69-ФЗ «О пожарной безопасности» в статье 34 гласит:

«Граждане обязаны:

- соблюдать требования пожарной безопасности;
- иметь в помещениях и строениях, находящихся в их собственности (пользовании), первичные средства тушения пожаров и противопожарный инвентарь в соответствии с

правилами пожарной безопасности и перечнями, утвержденными соответствующими органами местного самоуправления;

- при обнаружении пожаров немедленно уведомлять о них пожарную охрану»

Отсюда следует: для того, чтобы выполнить эти требования законов, необходимо иметь определенные знания и навыки в сфере безопасности жизнедеятельности. При подготовке данной работы решено было провести исследование с целью выявить подготовленность наших учащихся к действиям в случае возможных ЧС.

Исследование

Нами было проведено анкетирование 50 респондентов Биробиджанского медицинского колледжа 1, 2, 3 курсов сестринского и фельдшерского отделений по следующим вопросам:

Таблица №1

Анкета опроса среди студентов

Биробиджанского медицинского колледжа

«Подготовка населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»

1	Укажите ваш пол	а) Ж б) М
2	Ваш возраст	а) До 18 лет б) 18-21 лет в) 22-30 лет г) старше 30 лет
3	Ваше постоянное место жительства находится: .	а) в городе; б) в сельской местности; в) в частном доме; г) в многоквартирном доме (указать этаж)
4	В настоящий момент Вы:	а) имеете свое жилье / снимаете частное жилье; б) проживаете в квартире / доме с родителями.
5	Какие из нижеперечисленных предметов имеются у Вас в квартире / доме: а) первичные средства пожаротушения (бочка с водой, песок, огнетушитель), другие средства; б) средства спасения на случай пожара (веревочная лестница, канат, самоспасатель), другие средства; в) аптечка первой помощи; г) фильтрующая маска, респиратор, противогаз, другое; д) комплект вещей первой необходимости на случай ЧС (тревожный чемодан, рюкзак, вещмешок), другое; е) запас продуктов питания на случай ЧС; ж) другие средства, вещи, предметы на случай ЧС (какие именно).	
6	Знаете ли Вы, как пользоваться огнетушителем?	а) да б) нет

7	Знаете ли Вы, где находится убежище / укрытие, в котором Вы можете укрыться в случае воздушной тревоги?	а) да б) нет
8	Обучены ли Вы навыкам оказания первой помощи пострадавшим?	а) да б) нет
9	Номера телефонов, по которым необходимо звонить в случае происшествий	_____
10	Что необходимо сделать, если Вы услышали в городе громкий продолжительный звук сирены?	_____

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:

1. Опрошено мужчин 9, женщин 41, что составляет в процентах 18 % и 82 % соответственно.

2. Распределение опрашиваемых по возрастным группам:

а) До 18 лет	2	4 %
б) 18-21 лет	31	62 %
в) 22-30 лет	13	26 %
г) старше 30 лет	4	8 %

3. Создали свою семью 12, или 24 %

живут с родителями 38 или 76 %.

4. Готовность к действиям в ЧС оказалась следующая. На вопрос «Какие из нижеперечисленных предметов имеются у Вас в квартире / доме?» ответили положительно:

а) первичные средства пожаротушения (бочка с водой, песок, огнетушитель), другие средства	11 чел.
б) средства спасения на случай пожара (веревочная лестница, канат, самоспасатель), другие средства	4 чел.
в) аптечка первой помощи	31 чел.
г) фильтрующая маска, респиратор, противогаз, другое	12 чел.
д) комплект вещей первой необходимости на случай ЧС (тревожный чемодан, рюкзак, вещмешок), другое	0 чел.
е) запас продуктов питания на случай ЧС	16 чел.
ж) другие средства, вещи, предметы на случай ЧС	4 чел.

5. Знание основ действий в ЧС:

Знаете ли Вы, как пользоваться огнетушителем?	36
Знаете ли Вы, где находится убежище / укрытие, в котором Вы можете укрыться в случае воздушной тревоги?	19
Обучены ли Вы навыкам оказания первой помощи пострадавшим?	40

Номера телефонов, по которым необходимо звонить в случае происшествий	46
Что необходимо сделать, если Вы услышали в городе громкий продолжительный звук сирены?	31

На основании полученных данных анкеты, среди студентов Биробиджанского медицинского колледжа возрасте от 17 лет и старше, мы выявляем, что:

1. 24 % респондентов можно считать достаточно подготовленными к действиям в ЧС, так как они имеют дома средства индивидуальной защиты органов дыхания. При этом 22 % опрошенных имеют дома первичные средства пожаротушения и 32 % - запас продуктов питания на случай ЧС. Аптечка первой помощи имеется у 62 % опрошенных, но одной только аптечки явно недостаточно.

2. Что касается знания основ действий в ЧС, то достаточными знаниями обладают 62 % опрошенных студентов, так как они знают порядок действий по сигналу гражданской обороны «Внимание всем!».

3. 80 % респондентов обучены навыкам оказания первой помощи пострадавшим. Учитывая специфику учебного заведения, такой показатель надо считать минимально возможным у наших студентов.

4. Тот факт, что 92 % знают номера телефонов вызова экстренных служб и только 62 % опрашиваемых знают порядок действий по сигналу гражданской обороны «Внимание всем!» говорит о явно недостаточных знаниях основ безопасности жизнедеятельности. У людей в возрасте 17 лет и старше этот показатель должен составлять 100 %.

5. В общем итоге 38 % респондентов не знают основ действий в ЧС и 76 % не готовы предпринимать эффективные действия ввиду отсутствия необходимых средств защиты и выживания при ЧС.

Подводя итог можно сказать, что рассмотренные нами результаты обработки ответов студентов Биробиджанского медицинского колледжа указывают на необходимость проведения дополнительных профилактических мероприятий различных форм в сфере гражданской обороны и безопасности жизнедеятельности.

Заключение

На основании результатов нашей исследовательской работы, мы можем сделать следующие выводы.

Граждане обязаны соблюдать все законы в области защиты населения и территории от ЧС, издаваемые в РФ. Они должны быть крайне осторожны как дома, так и на производстве и выполнять все требования безопасности, не нарушая соответствующих правил, для чего

гражданину необходимо быть грамотным в этой области знаний. Человек должен уметь оказать первую помощь пострадавшему, уметь защитить себя с помощью специальных коллективных и индивидуальных средств. Такие знания можно получить в образовательном учреждении, в организации и с помощью средств массовой информации, что обязывает человека самосовершенствоваться в этом. Гражданин обязан вести себя в ЧС так, как этого требуют правила.

Поверхность Земли будет непрерывно изменяться под действием природных процессов. Оползни будут происходить на неустойчивых горных склонах, по-прежнему будет чередоваться большая и малая вода в реках, а штормовые приливы станут время от времени затоплять морские побережья, не обойдется и без пожаров. Человек бессилен полностью предотвратить как природные процессы, так и аварии и катастрофы техногенного происхождения. Но в его силах максимально избежать жертв и ущерба.

По-прежнему в прессе будут появляться сообщения о стихийных бедствиях, но будем надеяться, что пройдет короткое время, и эти сообщения станут выглядеть иначе, чем это было раньше.

Список использованной литературы

1. Вишняков, Я.Д. Безопасность жизнедеятельности. Защита населения и территорий в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие / М.: Академия, 2019.
2. Вострокнутов, А.Л. Защита населения и территорий в чрезвычайных ситуациях. Учебник для бакалавров / Люберцы: Юрайт, 2016.
3. Юртушкин, В.И. Чрезвычайные ситуации: защита населения и территорий (для бакалавров) / В.И. Юртушкин. - М.: КноРус, 2019
- Интернет-ресурсы
4. www.mchs.gov.ru - МЧС России
5. <https://realnoevremya.ru/articles/94711-analitika-po-chrezvychaynym-proisshествiyam-v-rossii>
6. <http://pro-spo.ru/obshhestvo-i-it/4566-statistika-po-dtp-v-mire>
7. <https://nonews.co/directory/lists/countries/mortality-road-traffic>
8. <https://fireman.club/statyi-polzovateley/gibel-na-pozharax/>

ОТНОШЕНИЕ К РАЗДЕЛЬНОМУ СБОРУ ВТОРСЫРЬЯ СТУДЕНТОВ ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

*Архипова Марианна Руслановна - студентка 2 курса
ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»
Научные руководители: Афанасьева Иванна Михайловна,
Томская Екатерина Егоровна*

В России около 25 % заболеваемости населения обусловлено загрязнением окружающей среды. Экологически неблагополучными признаются около 2,5 млн. кв. км или

15 % территории России, где проживает почти 2/3 населения страны. Вода в большинстве рек страны классифицируется как загрязненная и грязная. От 35 % до 60 % питьевой воды, потребляемой населением, не отвечает санитарно-гигиеническим стандартам. Выделяющиеся при разложении отходов и периодических пожарах газы отравляют атмосферу, а сам вид свалок психологически угнетает жителей. Постепенно создаются условия, при которых люди привыкают к антисанитарному образу жизни и не замечают грязи от выброшенных отходов, нарушают правила антисанитарии, уверены в своей безнаказанности и вольно или невольно воспитывают детей на своем примере. Проблема отходов является, несомненно, одной из важнейших проблем современного общества. И одним из эффективных ее решений является организация селективного сбора отходов с их дальнейшим вторичным использованием. Эти проблемы должны решаться не только техническими средствами, но и путем переориентации ценностей, взглядов и поведения людей по отношению к окружающей среде. В этом плане большую роль играет экологическое воспитание.

Гипотеза: Возникновение экологических проблем обусловлено, прежде всего, социально-экономическими факторами, и эти проблемы должны решаться не только техническими средствами, но и путем переориентации ценностей, взглядов и поведения людей по отношению к окружающей среде.

Этапы исследования:

1. Изучение данной проблемы из литературных источников, иных источников информации;
2. Проведение опросов среди студентов Якутского медицинского колледжа и Якутского колледжа связи и энергетики им. П.И. Дудкина;
3. Статистический анализ и сравнение опросников.

Цель: Повышение экологической культуры студентов через привлечение их в процесс раздельного сбора вторсырья и выявление отношения к раздельному сбору вторсырья студентов Якутского медицинского колледжа.

Задачи исследования:

1. проанализировать экологическую ситуацию в Республике Саха (Якутия) и определить ее влияние на здоровье;
2. выяснить деятельность организаций по сбору вторсырья в г. Якутске для повышения экологической культуры студентов;
3. выяснить информированность о вторсырье, об утилизации опасных отходов, готовность к раздельному сбору вторсырья студентов Якутского медицинского колледжа и Якутского колледжа связи и энергетики.

Метод исследования: Изучение литературы и других источников информации и опрос. Опросник состоит из 9 вопросов (Приложение 1).

В городе Якутске нет мусороперерабатывающего завода, все отходы размещаются в полигоне. Вредное воздействие могут иметь газы, испаряющиеся со свалки, и много токсичных веществ, загрязняющих воздух и окружающие территории. Загрязняется вода, почва, воздух. Вредные вещества накапливаются годами в природе и организме человека, в итоге это даёт рост заболеваемости. Во время открытого сжигания отходов могут выделяться токсичные вещества — диоксины и фуран. Их связывают с высокими рисками поражения легких, нервной системы, почек и печени и даже появлением некоторых видов онкозаболевания.

С целью наблюдения и оценки уровня загрязнения атмосферного воздуха населенных мест в 2017 году Испытательным лабораторным центром ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» продолжались наблюдения в населенных пунктах, в 23 мониторинговых точках.

За 2017 год исследовано 1335 проб атмосферного воздуха. Доля проб воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам, за отчетный период увеличилась и составила 2,0 %. (2015 г.-3,7 %) (таблица №1).

Таблица №1

Уровень загрязнения атмосферного воздуха выше ПДК по РС (Я) (в %)

ПДК – предельная допустимая концентрация загрязняющего вещества в атмосферном воздухе – концентрация, не оказывающая в течение всей жизни прямого или косвенного неблагоприятного действия на настоящее или будущее поколение, не снижающая работоспособности человека, не ухудшающая его самочувствия и санитарно-бытовых условий жизни.

Территория (город, район)	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Республика Саха (Якутия)	3,7	1,4	5,7
г. Якутск	-	-	-
г. Алдан	2,3	-	-
г. Мирный	1,1	1,4	1,8
г. Ленск	-	-	-

Процент проб с превышением ПДК установлен в г. Мирный – 1,8 %, п. Нижний-Бестях Мегино-Кангаласского района – 3,9% от общего числа исследованных проб.

В отчетном 2017 году исследования проводились по 13 показателям взвешенные вещества, диоксид серы, сероводород, оксид углерода, азота диоксид, азота оксид, аммиак, формальдегид, хлор, бенз(а)пирен, углеводороды предельные(гексан), метан, свинец.

Приоритетными загрязняющими веществами атмосферного воздуха являются: взвешенные вещества, углерода оксид, азота диоксид, бенз(а)пирен, диоксид серы, сероводород.

Лабораторные исследования почвы на санитарно-химические показатели проводятся в рамках контрольно-надзорных мероприятий и социально-гигиенического мониторинга. Контроль осуществляется за химическим загрязнением почвы последующим веществам и химическим соединениям: кадмий, кобальт, медь, мышьяк, никель, нитраты, сульфаты, хлориды, железо, ртуть, свинец, цинк, марганец, бенз(а)пирен, нефтепродукты, гексахлорциклогексан (ГХЦГ), ДДТ и его метаболиты. К числу приоритетных тяжелых металлов, загрязняющих почву населенных мест, относятся: кадмий, марганец, медь, мышьяк, ртуть, свинец, цинк.

Сравнительные данные за 2016-2018 годы по минимально и максимально обнаруженным концентрациям на содержание солей тяжелых металлов по Республике Саха (Якутия) представлены в таблице №2.

Таблица №2

Основные показатели, характеризующие загрязнение почвы токсичными металлами за период 2016-2018 гг. по Республике Саха (Якутия)

№	Наименование	Ед. изм.	2016		2017		2018	
			min	max	min	max	min	max
1	Свинец	мг/кг	0,5	29,0	0,12	29,0	0,5	9,6
2	Кадмий	мг/кг	0,05	2,3	0,001	1,54	0,1	2,3
3	Медь	мг/кг	0,4	13,4	0,1	25,5	1,0	97,0
4	Цинк	мг/кг	1,0	37,0	0,9	73,7	1,0	183,5
5	Мышьяк	мг/кг	0,1	0,52	0,1	0,6	0,1	0,85
6	Ртуть	мг/кг	0,1	0,7	0,1	5,13	0,14	0,32
7	Никель	мг/кг	0,01	4,3	0,001	3,3	0,21	7,4
8	Кобальт	мг/кг	0,05	0,89	0,4	1,25	0,44	2,2
9	Марганец	мг/кг	5,0	186,0	50	308,0	51	500

Как видно из таблицы с 2016 года прослеживается увеличение содержания мышьяка - в 1,6 раза, никеля - в 1,7 раза, кобальта - в 2,4 раза, марганца - в 2,7 раза, цинка - в 5 раз, меди - в 7 раз. Содержание подвижных форм кадмия остается на уровне.

В 2018 году по сравнению с 2017 годом увеличилось загрязнение проб почвы по содержанию подвижной формы цинка - в 2,5 раза, меди - в 3,8 раза, кадмия - в 1,5 раза,

никеля – в 2,2 раза, кобальта – в 1,8 раза, марганца – в 1,6 раза и валового содержания мышьяка – в 1,4 раза.

Вредное воздействие могут иметь газы, испаряющиеся со свалки, и много токсичных веществ, загрязняющих воздух и окружающие территории.

Ежегодно на территории республики образуется около 240 тысяч тонн отходов, при этом отсутствует централизованная система мусоросортировки и переработки. На сегодня в республике эксплуатируется 471 объект размещения отходов, в том числе 415 полигонов и свалок: 15 полигонов, построенных по типовым проектам (г. Якутск, Мирный, Алдан, Ленск, Нерюнгри), на остальных территориях функционируют санкционированные свалки. В ГРОРО внесено 17 объектов, из них 7 муниципальных объектов (Мирнинский – 4, Ленск, Нерюнгри, Якутск).

В городе Якутске свыше 90% мусора просто гниет на свалке или сжигается. Загрязняется вода, почва, воздух. Как следствие — «грязная» еда на наших столах. Вредные вещества накапливаются годами в природе и организме человека, в итоге это даёт рост заболеваемости.

Во время открытого сжигания отходов могут выделяться токсичные вещества — диоксины и фуран. Их связывают с высокими рисками поражения легких, нервной системы, почек и печени и даже появлением некоторых видов онкозаболевания.

Ежегодно в мире умирает более 55 млн. человек. Заметим, что влияние экологического фактора на показатель смертности тоже является значимым, т.к. по данным экспертов ВОЗ здоровье человека зависит:

- на 50—55 % именно от образа жизни,
- на 20 % — от окружающей среды и уровня загрязненности,
- на 18—20 % — от генетической предрасположенности,
- и лишь на 8—10 % — от здравоохранения.

Главными причинами смертности населения Республики являются болезни системы кровообращения, внешние факторы, онкологические заболевания и заболевания органов пищеварения. (Рис.1)

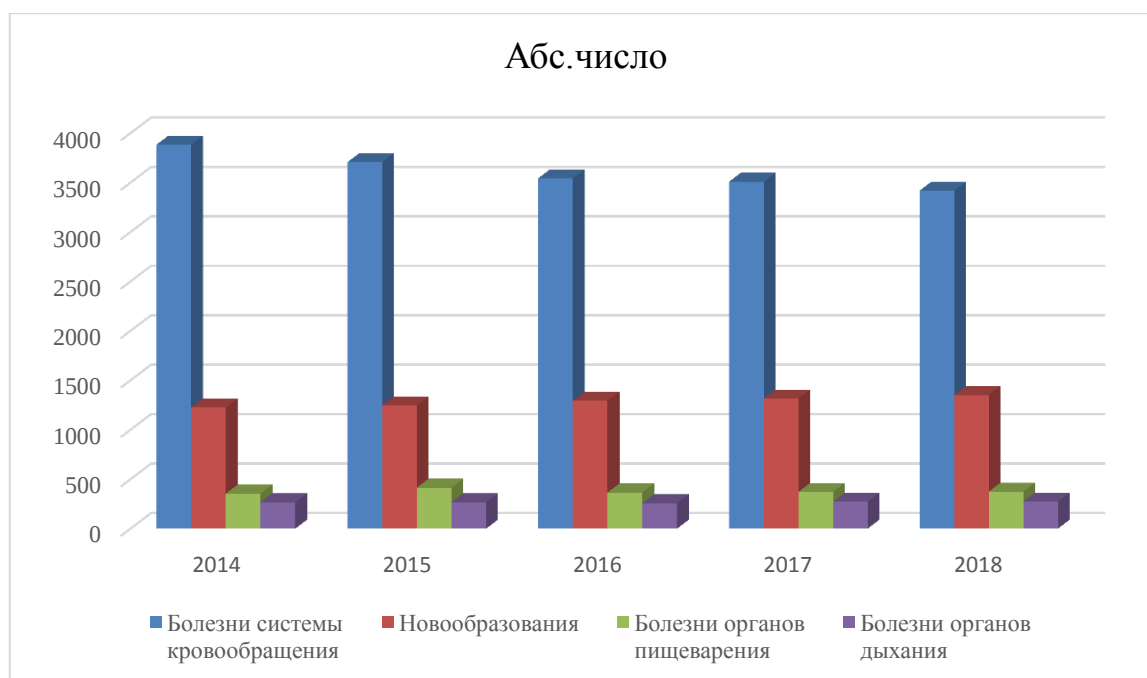


Рис.1 Умершие по основным классам причин смерти по РС(Я)

В настоящее время в г.Якутске работают 4 компании по вывозу вторсырья в другие города, 3 компании по производству продукции из вторсырья, 2 компании по утилизации опасных отходов. Активно работает волонтерское движение "Раздельный сбор". Им в социальной сети "Инстаграм" создана экопросветительская страница @rsbor_ykt, где можно найти всю информацию по осознанному потреблению и раздельному сбору, организовываются масштабные городские экологические акции по сбору бытового мусора у населения. В памятке "Как сортировать? Куда сдавать?" сайта волонтерского движения отражены все организации, которые на постоянной основе занимаются приемом вторсырья и бытовых отходов у населения, также инструкция по их подготовке к сдаче. (Приложение 2).

Вся эта информация была распространена студентам в лекциях, кураторских часах, через сайт колледжа, аккаунты в социальной сети "Инстаграм" с целью экологического просвещения. Студенты приняли участие во второй городской акции "Раздельный сбор", в колледже на постоянной основе действует акция "Сдай батарейку - сохрани природу". В учебном корпусе и в общежитии колледжа установлены урны по раздельному сбору вторсырья с отсеками для пластика и бумаги (Приложение 3). Среди студентов сформирована группа эковолонтеров, которые занимаются сбором, сортировкой и подготовкой к сдаче отходов.

Для выявления информированности был проведен опрос среди студентов на базе ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж», ГАПОУ РС(Я) «Якутский колледж связи и энергетики им.П.И. Дудкина». Ответы группы студентов медицинского колледжа

сравнивались с ответами группы студентов колледжа связи и энергетики, также с ответами той же группы студентов медицинского колледжа после мероприятий по формированию экологической культуры. В исследовании участвовало 92 студента медицинского колледжа, из них 83 девушки, 9 молодых людей, также 47 студентов Якутского колледжа связи и энергетики, из них 19 девушек, 28 молодых людей.

№	Вопросы	Ответы %					
		ЯМК		ЯКСЭ		ЯМК №2	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
2	Известно ли Вам об экологической пользе раздельного сбора отходов, являющихся ценным вторсырьем для переработки	93	7	81	19	100	-
3	Известно ли Вам, что можно вторично переработать более 50 % твердых бытовых отходов из Вашей мусорной корзины	84	16	60	40	100	-
4	Знаете ли Вы, что перегоревшие ртутные (люминисцентные и энергосберегающие) лампы, относящиеся к самой высокой степени опасности для окружающей среды, нельзя выбрасывать в мусор, а нужно сдать в местную диспетчерскую?	82	18	81	19	100	-
5	Знаете ли Вы, что использованные батарейки и аккумуляторы от мобильных устройств, также относящиеся к самой высокой степени опасности для окружающей среды, нельзя выбрасывать в мусор, а можно сдать в пункты по сбору в Якутске?	82	18	100	-	100	-
6	Известны ли Вам следующие сроки разложения твердых бытовых отходов? - бумага и картон - срок разложения 1-3 месяца, офисная бумага 2 года	52	48	19	81	98	2
	- пластик различных видов - от 200 лет	80	20	19	81	10	-
	- металл (железо-10-20 л., фольга - 200 л.; алюминий 500 лет)	67	33	40	60	96	4
	- стекло - более 1000 лет	70	30	60	40	100	-
	- батарейки -110 лет, их разложение особо опасно для природы	78	22	81	19	100	-
	- резиновые покрышки -120-140 лет	59	41	60	40	90	10
	- упаковка ТЕТРАПАК и аналоги - 400 лет	57	43	40	60	92	8
7	Что из перечисленных видов вторсырья Вы готовы сдавать раздельно? - стекло	80	20	60	40	96	4
	- металл	74	26	19	81	80	20
	- батарейки	98	2	100	-	100	-

	- электрохлам	86	14	81	19	96	4
	- бумага и картон	65	35	40	60	100	-
	- текстиль (ветошь)	58	42	40	60	80	20
	- резиновые покрышки	76	24	19	81	80	20
	- пластик различных видов	90	10	60	40	96	4
	- упаковка ТЕТРАПАК и аналоги	83	17	40	60	91	9
8	Готовы ли Вы для раздельной сдачи вторсырья помыть бутылки, банки, упаковки?	63	37	60	40	90	10
9	Как вы готовы осуществить раздельную сдачу вторсырья? -только в стационарные контейнеры для раздельной сдачи вторсырья в шаговой доступности от места жительства в любое время	81		60		90	
	- в стационарные контейнеры у крупного торгового центра в г. Якутске	17		21		10	
	- ничего не буду сдавать, даже если контейнер будет рядом с домом	2		19		-	

Об экологической пользе раздельного сбора информированность довольно высокая. Положительный ответ у 86 студентов медколледжа, что составило 93%, у 38 студентов колледжа связи – 81%. О вторичной переработке более 50 % твердых бытовых отходов из мусорной корзины известно 84% студентов медколледжа, тогда как у студентов колледжа связи -60%. О необходимости сдачи перегоревших ртутных ламп, относящихся к самой высокой степени опасности, в диспетчерскую управляющей компании знают 82% студентов «ЯМК» и 81% студентов «ЯКСЭ», что на одинаковом уровне. По профилю обучения студенты медколледжа должны быть осведомлены на 100 %. Нужно стремиться к 100% знанию населения о сдаче ртутьсодержащих приборов. О сдаче пунктов сбора использованных батареек и аккумуляторов от мобильных устройств, которые относятся к самой высокой степени опасности для окружающей среды, известно 82% респондентов медколледжа, а студенты колледжа связи и энергетики знают все. Возможно, на это повлиял профиль обучения. Осведомленность о сроках разложения твердых бытовых отходов у респондентов медколледжа выше среднего, а у студентов «ЯКСЭ» ниже среднего. У студентов медколледжа % положительного ответа больше, чем у студентов колледжа связи и энергетики, кроме пунктов про батарейки и резиновые покрышки. У студентов «ЯКСЭ» из 7 вопросов в 4 пунктах % положительного ответа ниже среднего. Сроки разложения бумаги, картона и пластика знают только 19% студентов. Знания о сроках разложения отходов дают возможность представить о масштабах загрязнения окружающей среды. Судя по 7 вопросу готовность к раздельной сдаче вторсырья у студентов медколледжа выше среднего, также

выше, чем у респондентов колледжа связи и энергетики. Это можно объяснить тем, что студенты медицинского колледжа больше выявляют зависимость здоровья человека от окружающей его среды. Готовность к сдаче вторсырья есть, но в г. Якутске нет мусороперерабатывающего завода. Отдельные предприниматели осуществляют прием вторсырья у населения. Стекло можно сдать только на акциях движения «Раздельный сбор» на непостоянной основе. Подготавливать вторсырье к сдаче, т.е. мыть бутылки, упаковки готовы 63% студентов медколледжа и 60 % студентов «ЯКСЭ» Это в основном пластиковое сырье. Если сравнить с 7 вопросом, пластик готовы сдать 90% студента медколледжа, а подготовить к сдаче, т.е. помыть сырье готовы только 63%. Тогда как у студентов «ЯКСЭ» эти показатели равны, пластик готовы сдавать 60%, подготовить - помыть бутылки, упаковки готовы также 60% студентов. Чистота сырья – это условие для приема вторсырья у населения. Эти условия не готовы осуществить 37% студентов медколледжа и 40% студентов «ЯКСЭ» соответственно. Из последнего вопроса выяснено, что вторсырье не будут сдавать 2% студента медколледжа и 19% студентов «ЯКСЭ», 81% респондентов «ЯМК» и 60% «ЯКСЭ» - готовы сдавать в контейнеры возле дома, 17% студентов «ЯМК», 21% «ЯКСЭ» - готовы сдавать в контейнеры у крупных торговых центров. Больше студентов медколледжа готовы сдавать вторсырье, чем студенты «ЯКСЭ».

В ответах студентов медицинского колледжа после мероприятий по формированию экологической культуры количество положительных ответов увеличилось. Всем 100% опрошенных известно о пользе раздельного сбора вторсырья, о вторичной переработке более 50 % твердых бытовых отходов, о сдаче опасных отходов в пункты приема, Осведомленность о сроках разложения твердых бытовых отходов возросла, также как и готовность к сдаче вторсырья. Это означает, что просветительская работа играет важную роль в экологическом воспитании, о необходимости такой работы для формирования экологической сознательности.

По результатам проведенной работы:

1. Выяснено, что приоритетными загрязняющими веществами атмосферного воздуха являются: взвешенные вещества, углерода оксид, азота диоксид, бенз(а)пирен, диоксид серы, сероводород. В почве прослеживается увеличение содержания мышьяка, никеля, кобальта, марганца, цинка, меди. Загрязняется вода, почва, воздух. Как следствие — «грязная» еда на наших столах. Вредные вещества накапливаются годами в природе и организме человека, в итоге это даёт рост заболеваемости. Во время открытого сжигания отходов могут выделяться токсичные вещества — диоксины и фуран. Их связывают с высокими рисками поражения легких, нервной системы, почек и печени и даже появлением некоторых видов онкозаболевания.

2. В настоящее время в г. Якутске нет мусороперерабатывающего завода, мусорный полигон уже не вмещает отходы для захоронения. Работают 4 компании по вывозу вторсырья в другие города, 3 компании по производству продукции из вторсырья, 2 компании по утилизации опасных отходов. Для населения акции по сдаче вторсырья стало организовывать волонтерское движение «Раздельный сбор», масштабы акции растут благодаря их просветительской работе в социальных сетях.

3. Об экологической пользе раздельного сбора информированность высокая. Готовность к раздельной сдаче вторсырья у студентов медицинского колледжа выше среднего, а также выше, чем у респондентов колледжа связи и энергетики. Это можно объяснить тем, что студенты медицинского колледжа больше выявляют зависимость здоровья человека от окружающей его среды. В ответах студентов медицинского колледжа после мероприятий по формированию экологической культуры количество положительных ответов увеличилось. Это означает, что просветительская работа играет важную роль в экологическом воспитании, о необходимости такой работы для формирования экологической сознательности.

Опрос «Отношение к раздельному сбору вторсырья студентов

ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»

1. Ваш пол? Мужской Женский
2. Известно ли Вам об экологической пользе раздельного сбора отходов, являющихся ценным вторсырьем для переработки?
Да
Нет
3. Известно ли Вам, что можно вторично переработать более 50 % твердых бытовых отходов из Вашей мусорной корзины:
Да
Нет
4. Знаете ли Вы, что перегоревшие ртутные (люминисцентные и энергосберегающие) лампы, относящиеся к самой высокой степени опасности для окружающей среды, нельзя выбрасывать в мусор, а нужно сдать в местную диспетчерскую?
Да
Нет
5. Знаете ли Вы, что использованные батарейки и аккумуляторы от мобильных устройств, также относящиеся к самой высокой степени опасности для окружающей среды, нельзя выбрасывать в мусор, а можно сдать в пункты по сбору в Якутске?
Да
Нет
6. Известны ли Вам следующие сроки разложения твердых бытовых отходов (*взяты из открытых источников Интернет*):
 - бумага и картон - срок разложения 1-3 мес., офисная бумага 2 г.:
 - Да
Нет
 - пластик различных видов - от 200 лет:

Да
Нет

- металл (железо-10-20 л., фольга - 200 л.; алюминий 500 лет):

Да
Нет

- стекло -более 1 000 лет:

Да
Нет

- батарейки -110 лет, их разложение особо опасно для природы:

Да
Нет

- резиновые покрышки -120-140 лет:

Да
Нет

- упаковка ТЕТРАПАК и аналоги - 400 лет:

Да
Нет

7. Что из перечисленных видов вторсырья Вы готовы сдавать отдельно?

- стекло: а) да; б) нет;
- металл : а) да, б) нет;
- батарейки : а) да, б) нет;
- электрохлам: : а) да, б) нет;
- бумага и картон: а) да, б) нет;
- текстиль (ветошь): а) да, б) нет;
- резиновые покрышки : а) да, б) нет;
- пластик различных видов: а) да, б) нет;
- упаковку «Тетрапак»: а) да, б) нет;

8. Готовы ли Вы для раздельной сдачи вторсырья помыть бутылки, банки, упаковки?

Да
Нет

9. Как Вы готовы осуществить Раздельную сдачу вторсырья?

- только в стационарные контейнеры для раздельной сдачи вторсырья в шаговой доступности от места жительства в любое время:
- в стационарные контейнеры у крупного торгового центра в Якутске:
- не буду ничего сдавать, даже если контейнер будет рядом с домом:

Благодарим Вас за участие в опросе!





Список источников:

1. В Якутии стартует экологическая акция «Раздельный сбор» <https://sakhalife.ru/v-yakutii-startuet-ekologicheskaya-akciya-razdelnyj-sbor/>
2. Раздельный Сбор Якутск https://www.instagram.com/rsbor_ykt/
3. Памятка "Как сортировать? Куда сдавать?" <https://readymag.com/u95284377/1439178/>
4. Продукты отходов и мусор: как долго разлагаются. 07.07.2013 г. <https://ogend.ru/raznoe/produkty-otxodov-i-musor-kak-..olgo-razlagayutsya.html>
5. Как долго разлагается мусор, выброшенный нами? 18.05.2016 г. <https://www.infoniac.ru/news/Kak-dolgo-razlagaetsya-musor-vybroshehnyi-nami.html>
6. Сколько лет разлагается мусор: пластик, дерево, металл, строительные отходы и т.д. <https://stop-othod.ru/recycling/skolko-let-razlagaetsya-musor.html>
7. Что и куда сдавать на переработку в Якутске. 30.08.2019 г. <https://sakhalife.ru/chto-i-kuda-sdavat-na-pererabotku-v-yakutske/>
8. В Якутии стартует экологическая акция «Раздельный сбор» <http://yakutsk.bezformata.com/listnews/ekologicheskaya-aktciya-razdelnij-sbor/77934927/>
9. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю. «Здравоохранение в России» 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017 – 170 с.
10. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и РС(Я) за 2017 год».
11. Влияние качества окружающей среды на здоровье населения Республики Саха (Якутия). 10.05.2017. <https://lib.kreatifchik.ru/vliyanie-kachestva-okruzhayushhey-sredyi-na-zdorove-naseleniya-respubliki-saha-yakutiya.html>
12. Государственный доклад о состоянии окружающей природной среды Республики Саха (Якутия) за 2018 год.
13. Батукаев Н. С., Иразова М. А. Формирование экологической культуры и компетентности студентов // Педагогика высшей школы. — 2015. — №3. — С. 60-62.
14. Берулава М. Проблема развития экологической сознательности у молодежи. 15.12.2011 год. <http://eurazistvo.ru/vipusk2/problema-razvitiya-ekologicheskogo-soznaniya-u-molodezhi/>

РОЛЬ И МЕСТО МУЗЕЯ В ПРОЦЕССЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

*Ашмарина Анастасия Александровна, Сыроева Ксения Евгеньевна - студентки 1 курса
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»*

*Научные руководители: Ишуткина Людмила Анатольевна,
Чижова Ольга Владимировна*

Развитие современного общества не может быть успешным, если оно не хранит историческую память. Интерес вызывают те социокультурные процессы, которые оказывают влияние на все стороны жизни социума, приводят к социальным изменениям, а также служат основой для развития человеческого потенциала.

Одним из факторов в поле социокультурных процессов является музей, задача которого накопление и хранение того, что формирует историческую память людей.

Особую роль музей играет в том случае, если его активность выходит за рамки помещения, и он начинает расширять социальное пространство путем создания и внедрения в практику разнообразных проектов и мероприятий.

Музей как социальный институт выполняет целый спектр функций: образовательную, интегрирующую, коммуникативную, функцию общения поколений, досуговую и другие, особенно если это музей образовательного учреждения.

Музей истории Биробиджанского медицинского колледжа был открыт в 1975 году. Музей был местом, где:

- проводились экскурсии по истории развития здравоохранения Еврейской автономной области;
- оформлялись стенды к юбилеям училища;
- проходили встречи с выпускниками прошлых лет;
- проводились различные кураторские часы.

Сегодня в архивах музея хранится много экспонатов исторического содержания: учебники издания конца 19 – начала 20 веков, наборы хирургических инструментов 40х – 50х годов, вещи из личных архивов выпускников и преподавателей и фотографии.

Работа музея дает возможность восстановить отношения и облик людей, живших в прошлом, и дает возможность студентам ощутить свою сопричастность с историей далекой и близкой. Но, к сожалению, современная статистика о досуговой деятельности молодежи и развития ценностных ориентаций указывает, что посещение музеев не занимает ведущее

место в рейтинге ответов (24%), а основными интересами у 76% остаются посещение информационных и развлекательных интернет-сайтов, компьютерные игры, встречи с друзьями, наблюдается превосходство материальных ценностей над всеми духовными.

В связи с этим, мы решили выяснить, может ли музей образовательной организации быть интересен нашим студентам.

Нами была выдвинута гипотеза: способствует ли знакомство с материалами музея колледжа расширению кругозора студентов и является ли дополнением к учебной деятельности.

В своей исследовательской работе мы рассмотрели и оценили роль и место музея в процессе социализации студенческой молодежи нашего колледжа.

Опрос проводился среди студентов 1 и 4 курсов по анкете о необходимости наличия музея в образовательной организации.

По результатам опроса наших студентов выяснилось, что их потребность в музейных экспозициях вызывает неподдельный интерес у 79 %, причем он выше у студентов-выпускников, чем у первокурсников. Это говорит о том, что в процессе обучения студенты старших курсов имели возможность познакомиться с большим количеством мероприятий, разработанных по материалам нашего музея, поучаствовать в них и оценить (Диаграмма 1).

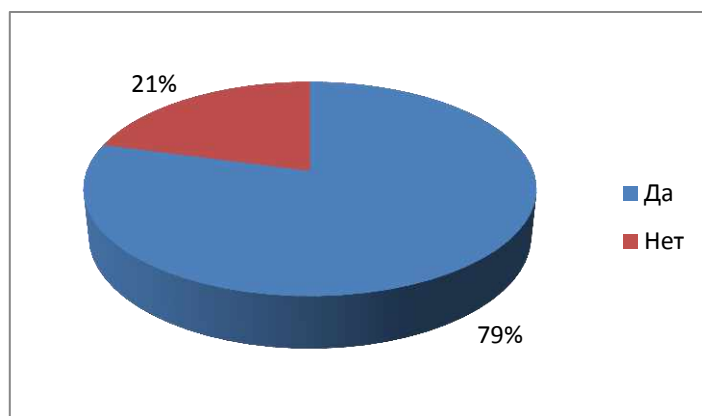


Диаграмма 1. Потребность современной молодежи в музейных экспозициях

На вопросы о необходимости знаний исторического прошлого нашего образовательного учреждения и возможности получения этих знаний выяснилось, что более 70% респондентов ответили положительно (Диаграммы 2-3). Это указывает на то, что материалы музея доступны студентам для написания исследовательских работ, создания проектов и презентаций.

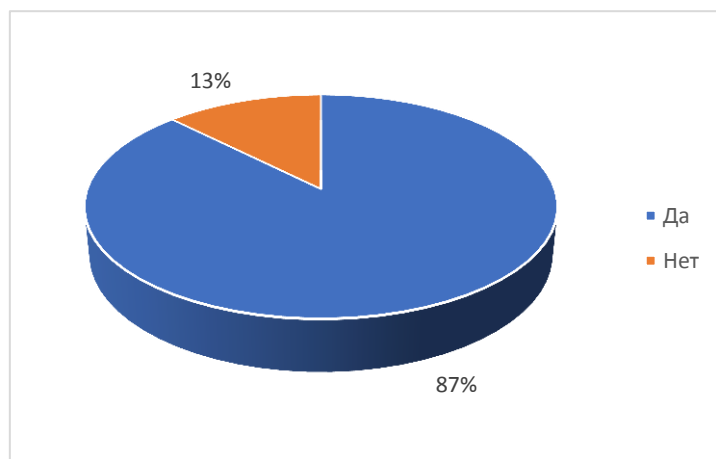


Диаграмма 2. Необходимость знаний исторического прошлого Биробиджанского медицинского колледжа

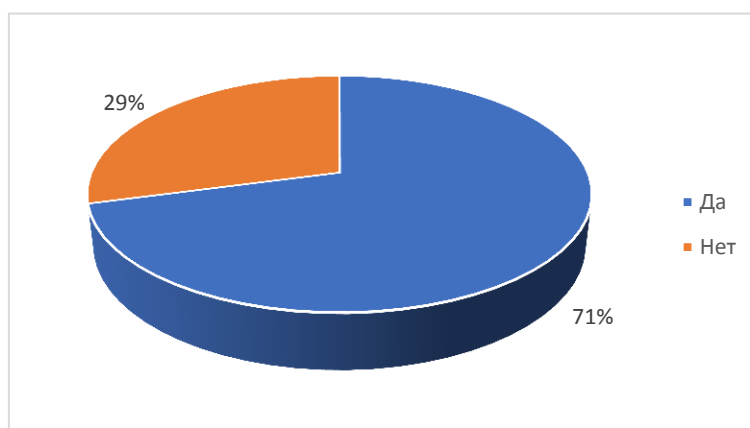


Диаграмма 3. Возможность получения дополнительных знаний из мероприятий колледжа, основанных на материалах музея

По вопросу о значении проектов и мероприятий, проводимых по материалам музея истории нашего колледжа 96% опрошенных, сообщили, что они не только расширяют кругозор и являются дополнением к учебной деятельности, но и дают возможность быть непосредственными участниками этих мероприятий. По мнению респондентов, музей формирует чувство причастности и уважения к прошлому, вызывает гордость за колледж и его выпускников. Это уважение начинается с семейных реликвий, с малых семейных коллекций.

Однако примечателен тот факт, что 4 % респондентов из числа студентов первого курса, указали, что музей не является для них интересным (Диаграммы 4-5). Надеемся, что при дальнейшей обучении в колледже, у них будет возможность принимать участие в мероприятиях музея, и их отношение к этому вопросу изменится.



Диаграмма 4. Какое значение имеют проекты и мероприятия, проводимые по материалам музея?



Диаграмма 5. Какие чувства вы испытываете, посещая мероприятия, основанные на материалах нашего музея?

В процессе опроса ставилась задача, выяснить в какой форме эффективнее воспринимаются материалы музея. Были предложены следующие формы: информационные стенды, стеллажи с экспонатами, виртуальные экспозиции (Диаграмма 6).

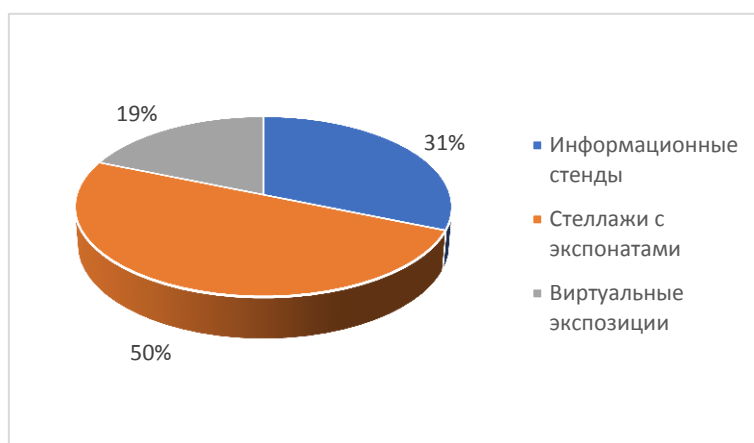


Диаграмма 6. В какой форме эффективнее воспринимаются материалы музея?

50% респондентов в качестве ответа выбрали стеллажи с экспонатами и это очевидно. Действительно, музейная экспозиция - это основная форма презентации музеем историко-культурного наследия в виде искусственно созданной предметно-пространственной структуры. Музейную экспозицию составляют музейные предметы – экспонаты, то есть предметы, выставленные для обозрения. Все части экспозиции взаимосвязаны между собой и составляют ее тематическую структуру.

Следующий вопрос, который был задан студентам: «Как вы думаете, отличается ли система ценностей нынешнего поколения от системы ценностей предыдущих поколений?» (Диаграмма 7).

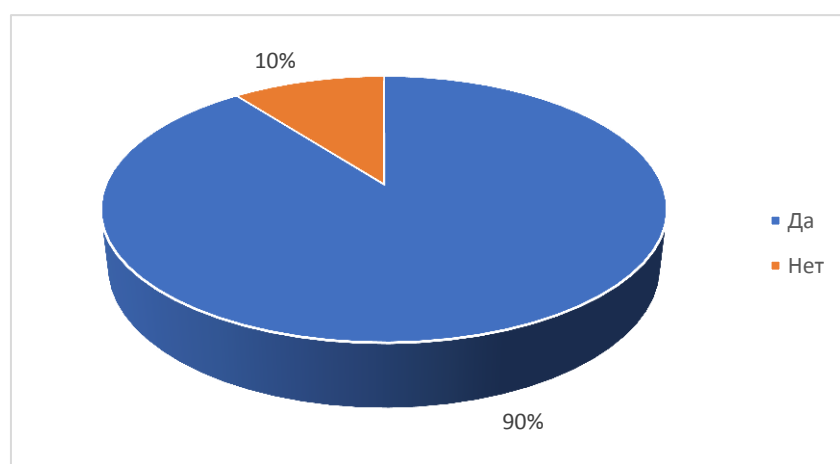


Диаграмма 7. Отличие системы ценностей нынешнего поколения от системы ценностей предыдущих поколений

В наши дни система ценностей молодого поколения РФ отличается от ценностей предыдущих поколений. Все ценностные ориентации для молодого поколения создаются под воздействием двух основных нюансов. В первом выступает духовное содержание, которое проявляется в гуманизме, человеколюбии, нравственных установках. Во втором, нужно назвать индивидуализм, который приобретает очень важную значимость, и превосходство материальных ценностей над всеми духовными.

Несмотря на то, что основными приоритетами молодежи являются: семья, успешное продвижение по карьерной лестнице, построение выгодных взаимосвязей, дружественные взаимоотношения, возможность реализовать творческий потенциал, сохраняется и растет интерес к культурным ценностям музея. Это значит, что сегодня молодежь обращается к музею, который способен воплотить взаимосвязь между прошлым и настоящим.

Результаты анкетирования это подтвердили, что указывает на необходимость наличия и функционирования музея на базе нашего колледжа (Диаграмма 8).

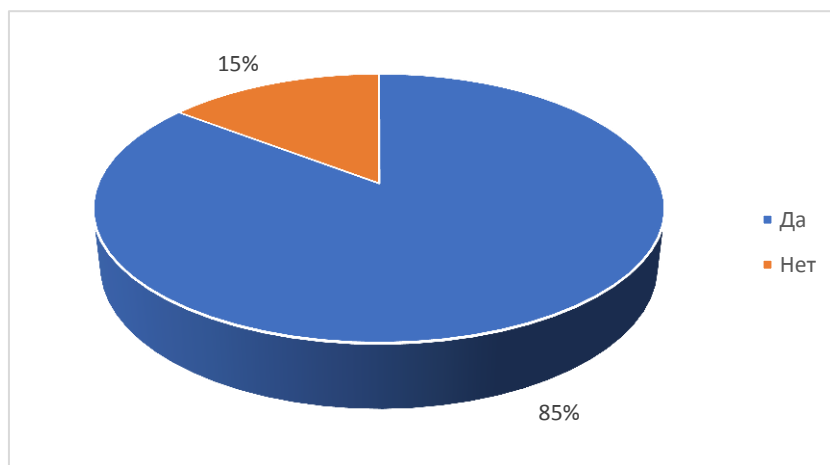


Диаграмма 8. Необходимость наличия и функционирования музея колледжа

Феномен музея состоит в том, что его воспитательное влияние на обучающихся наиболее эффективно проявляется в осуществлении направлений музейной деятельности. Участие их в поисково-исследовательской работе, изучение описание музейных предметов, создание экспозиций, проведение мероприятий, разработка проектов, способствует заполнению их досуга, овладению ими различными приёмами и навыками исследовательской и музейной работы, помогают им узнать историю своего учебного учреждения. Это воспитывает уважение к памяти прошлых поколений учащихся, бережное отношение к культурному наследию, без чего нельзя воспитать патриотизм и любовь к своему Отечеству.

Студенты нашего колледжа (62%), работая с анкетой, выразили свое желание принять участие в работе музея (Диаграмма 9).

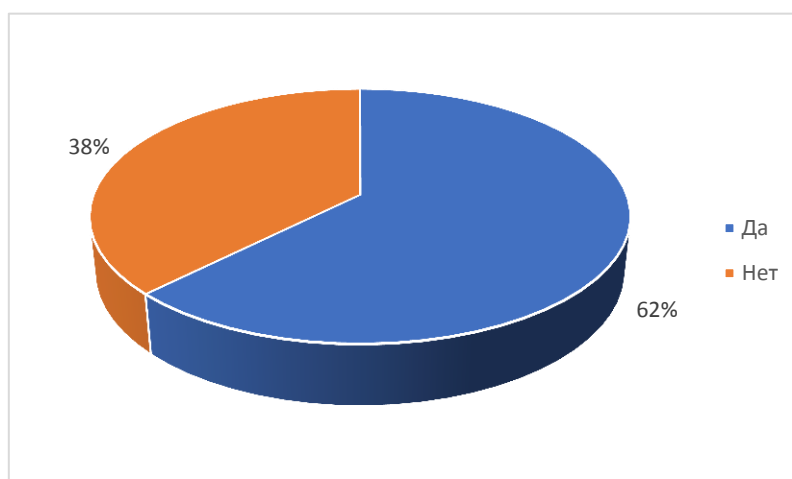


Диаграмма 9. Интересна ли вам работа с историческими документами, экспонатами, семейными реликвиями?

Анализируя ответы респондентов, о роли и месте музея в процессе социализации студенческой молодежи нашего колледжа, можно сделать следующие вывод, что музей

обладает мощным образовательным и воспитательным потенциалом, который может быть реализован при условии стремления к взаимному сотрудничеству преподавателей и студентов.

Каждое совместное мероприятие и проект по материалам музея, в своей мере решает важнейшие задачи образования, воспитания молодого поколения и просвещения в целом. Помочь студентам сориентироваться в историческом прошлом — это и есть один из путей к формированию и развитию социокультурной компетенции.

Список источников:

1. Новосёлов А.М., Чернега А.А. Роль музейного работника в информационном обществе // Человек в информационном пространстве: межвуз. сб. науч. тр. / под общ. ред. Н.В. Аниськиной: В 2 т. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2011. Вып.10, т.2. С. 234-239.
2. Акулич Е.М. Музей как социокультурное явление» // Социс. 2004. № 10. С. 89-92.
3. Демидова Е. М. Роль музея как образовательного учреждения в формировании социокультурных компетенций у студентов // Педагогика: традиции и инновации: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2015 г.). — Челябинск: Два комсомольца, 2015. — С. 39-41. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/147/7209/> (дата обращения: 20.03.2020).
4. Кудрявцева Н.С. К вопросу о социальной пользе современного музея. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://credonew.ru/content/view/1015/65/> (дата обращения 09.03.2020).
5. Чувилова И. «Музеи общества» и общество в музее [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cultivate.ru/mag/issue1/visitor.asp/> (дата обращения 28.02.2020).

Участие студентов в развитии волонтерского движения

ВОЛОНТЁРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «МЫ ВЫБИРАЕМ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

*Федотова Альбина Александровна Валерьевна - студентка 1 курса
Комсомольского-на-Амуре филиала КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научный руководитель: Дятала Ольга Владимировна*

Волонтерское движение — институт воспитания семейственности, честности, справедливости, дружбы, верности, милосердия, вдохновения, ответственности, созидательности, терпимости, трудолюбия, умеренности, добра. Волонтерское движение представляет собой добровольную консолидированную социально полезную деятельность самоуправляемых, открытых объединений молодежи. Волонтерство делает людей счастливее и помогает жить дольше, к такому выводу пришли британские учёные. Исследовательская работа, утверждает, что добрые дела укрепляют душевное здоровье, прибавляют долголетия.

И они выявили три причины, почему волонтерство может быть привлекательным. Во-первых, это повышает физическую активность; во-вторых, через социальные контакты мы уменьшаем стресс; и в-третьих, это дарит людям чувство глубокого счастья. В основе волонтерского движения лежит старый как мир принцип: «Хочешь почувствовать себя человеком – помоги другому!»

Международное волонтерское движение появилось в Европе в 1920-х годах по инициативе молодых людей, полных энергии и желания помочь в восстановлении разрушенного Первой мировой войной мира. Идеи солидарности, безвозмездности, равенства и отказа от насилия, пропагандируемые добровольцами, очень быстро стали популярными как среди молодежи, так и людей самого разного возраста. Постепенно стали возникать и реализовываться все больше и больше волонтерских программ. В 60-х годах возникают десятки волонтерских программ с миротворческой целью – подружить Восточную и Западную Европы. С 80-х годов среди волонтерских программ получили широкое распространение экологические волонтерские проекты. В настоящее время в 90 странах мира ежегодно организуется множество волонтерских программ, проходит более 3000 волонтерских лагерей, в которых участвуют тысячи добровольцев. Молодые люди, совершенно бескорыстно, не ища личной выгоды, пытаются сделать мир чуточку лучше.

Почему становятся волонтерами?

- Потребность быть нужным.
- Потребность в общении.
- Интерес.
- Антураж.
- Финансовые соображения.
- Карьера, авторитет и самореализация.
- Творческие возможности.
- Решение своих проблем.
- Досуг.
- Подтверждение своей самостоятельности и взрослости.

Функции волонтеров в профилактической работе с молодежью:

- Проведение профилактических занятий или тренингов.
- Проведение массовых акций, выставок, соревнований, игр.
- Распространение информации (через раздачу полиграфии, расклейку плакатов, работу в своей социальной среде).
- Подготовка других волонтерских команд и участников.

- Творческая деятельность. Разработка станционных игр, массовых акций, создание плакатов, брошюр, видеороликов.

- Сбор (анкетирование, тестирование, опросы) и обработка данных.

- Экспертная деятельность по оценке качества услуг.

Поощрение волонтеров:

- Похвала.

- Доска почета на видном месте.

- Вручение грамоты.

- Благодарственное письмо на место учебы или родителям.

- Личная благодарность от известного человека (представителя администрации города)

Волонтерское движение на стоматологическом отделении действует у нас в колледже уже 21 год, я являюсь командиром волонтерского отряда, а бессменным руководителем Дятала О.В. Начинали работать студенты специальности «Стоматология» и «Стоматология ортопедическая», а с 2009 г. подключились студенты, новой специальности «Стоматология профилактическая», а также студенты отделения «Сестринское дело». Волонтерское работа в колледже продолжается по настоящее время.

Свою волонтерскую деятельность мы решили направить на пропаганду здорового образа жизни среди младших школьников. Так появилась программа волонтерской работы «Мы выбираем здоровый образ жизни» и волонтерский отряд «Подари улыбку детям». Программа рассчитана на учеников начальных классов. При планировании занятий учитывались возрастные особенности детей.

У нас есть план работы волонтерского отряда на каждый год.

В 2019-2020 учебном году участников волонтерского движения в данных направлениях 34 человека. За время существования отряда мы принимали участие в городском конкурсе «Моя инициатива» заняли 3 место (2010 г.)

В 2011 г. Участвовали в региональном творческом конкурсе «Милосердие 21 века» в городе Уссурийске. Получили диплом.

- В 2012 г. участвовали в 4-м краевом конкурсе Молодежная социальная инициатива «Поколение новое выбирает жизнь здоровую», получили грамоту.

- В мае 2018г. участвовали в 16 Межрегиональной студенческой научно - практической конференции «Современные аспекты деятельности среднего медицинского персонала», посвященной году Волонтера и Добровольца в России, в городе Хабаровске, получили диплом.

- В ноябре 2018г. участвовали в краевом конкурсе «Волонтеры здоровья». Получили благодарность от Комсомольского отделения МЦ КГАУ «КМЦСВиЗ».

Главным направлением программы является сохранение здоровья школьника и обучение его уходу за полостью рта. Цель программы– формирование и утверждение позитивного отношения к здоровью, убежденности в возможности его сохранения и улучшения, освоение навыков здорового образа жизни, а также содействие тому, чтобы выбор поведения, полезного здоровью, стал прочной мотивацией в дальнейшей жизни.

Задачи работы волонтерского отряда:

- дать понятие и представление о здоровье и его значимости;
- показать важность режима дня, правильного питания, гигиенических процедур для здоровья младшего школьника;
- утверждать позитивное отношение к здоровому образу жизни.

Для достижения поставленной цели и задач предполагается использование различных приемов работы: беседа, сочинение сказок, создание памятки, буклеты и т.п. Деятельность участников волонтерского движения строится на принципах:

- добровольность;
- самоуправление;
- непрерывность и систематичность;
- осознание членами волонтерского движения личностной и социальной значимости их деятельности;
- ответственное отношение к деятельности.

Цели:

- 1.Показать значение сохранения здоровья зубов с раннего возраста.
2. Привитие основных гигиенических навыков.
3. Способствовать воспитанию бережного отношения к своему здоровью.
- 4.Профилактика заболеваний зубов у детей
- 5.Обучение детей методов ухода за полостью рта
- 6.Создание условий для обучения детей правильной чистки зубов.
- 7.Научить детей правильно выбирать средства и предметы личной гигиены.

У нас в городе Комсомольске-на-Амуре до 98.9 % населения (по данным государственных стоматологических поликлиник подвержены кариесу зубов и его осложнениям (пульпиту, периодонтиту.))Особенно дошкольники и школьники. Наш отряд работает во многих школах города Комсомольска-на-Амуре - Центральном и Ленинском округах . (№1, №3,№ 4, №5, №6,№ 7 , №14, №15,№16,№23,№25,№32, №35,№50, №51,№53 микрорайона Дружба, Таёжный, п. Старт, п.Западный и детских садах).В них мы проводим

уроки здоровья и через 6 месяцев делаем анкетирование среди этих же школьников об их умении по уходу за своей полостью рта. За 21 год мы обучили уходу за полостью рта около 17800 тыс. человек.

Библиографический список:

1. Субботина, А.В. Волонтерство как способ социализации молодежи [Электронный ресурс] / А.В. Субботина // режим доступа - <http://www.scienceforum.ru/2014/524/3650>
2. Тарасова, Н.В. Волонтерская деятельность как историко-педагогический феномен [Текст] / Н.В. Тарасова // Педагогическое образование в России: -2012. - №4.
3. Федеральный закон от 19.05.1995 № 82-ФЗ «Об общественных объединениях» (принят ГД СФ РФ 23.07.2008).
4. Федеральный закон ««Об добровольчестве (волонтерстве)» от 11.02.2013г.».
5. Черепанова, Н. В. Социальное обучение в добровольческом движении [Текст]: автореф. дис. / Н.В. Черепанова. - Ставрополь, 2006. 31 с.
6. Щелина, Т. Т. Организация и содержание волонтерской деятельности студентов [Текст] / Т. Т. Щелина // Вестник. - 2006. - №7. - С. 6-9.

