

Югов Артём Вадимович
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс
Научный руководитель:
Перечкина Наталья Григорьевна, методист
Umk08metod@mail.ru
E-mail: doggetay@gmail.com

ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ

Актуальность проблемы здоровья мигрантов вызвана тем, что последние десятилетия XX века стратегия охраны здоровья мигрантов если и существовала, то чаще всего была ориентирована исключительно на вопросы национального значения и сосредоточена на предотвращении возможного ввоза болезней из иностранных государств. Российская Федерация является страной с большим миграционным потоком, особенно в настоящее время. Процессы, связанные с миграционным притоком мигрантов, приобретают большую актуальность и значимость и требуют эффективного регулирования.

В 2012 году в России была принята Концепция государственной миграционной политики на период до 2025 года, которая определила основные направления и меры государственной миграционной политики. Одним из критериев формирования миграционной политики, является состояние здоровья трудовых мигрантов.

Объектом исследования является общественное здравоохранение.

Предмет исследования - здоровье мигрантов.

Цель исследования заключается в анализе основных проблем здоровья мигрантов и путей их решения.

Исходя из цели, выделены задачи: рассмотреть общие проблемы мигрантов; проанализировать организацию лечения мигрантов, факторы способствующие ухудшению здоровья.

В процессе исследования были выбраны следующие методы: поисковый (сбор информации по теме исследования). Для работы была использована различная литература и Интернет-ресурсы. Также использовались такие методы как: анкетирование, статистическая и компьютерная обработка данных, сравнительный анализ полученных результатов.

Здоровье населения — важнейшая характеристика качества жизни любого государства и его стратегический ресурс, который должен занимать центральное место среди социальных приоритетов общества (государства).

По общему мнению, большинства наших современников, здоровье – это одна из главных ценностей жизни. В XXI в. во всех цивилизованных странах здоровье нации признается важнейшей социальной ценностью, определяющей высокий или низкий уровень социального развития государства. В связи с этим проблема обеспечения, укрепления и поддержания здоровья населения является одной из приоритетных в деятельности государственной власти.

Как уже было отмечено, предметом исследования является здоровье мигрантов. Прежде всего, нужно рассмотреть понятие «мигрант». Под этим понятием понимается лицо, совершающее миграцию, т.е. пересекающее границы тех или иных территорий со сменой

постоянного места жительства навсегда или на более или менее длительное время.

В настоящее время около 3,4 % живущих на Земле проживают, законно или незаконно, в стране, которая не является им родной, то есть являются мигрантами. В 2000 г. их доля составляла 2,8 %. Около 64 % мигрантов, или 165 млн человек, проживают сейчас в странах с высоким уровнем доходов. Их доля растет: из 85 млн человек, ставших мигрантами с 2000 года, 64 млн (75 %) переехали именно в такие страны. В ближайшие годы глобальное перемещение людей лишь усилится [5].

Причины этого следующие. Во-первых, выросла численность населения на земном шаре. В 1950 году население Земли составляло 2,6 млрд человек. В 2020 году оно насчитывало уже 7,5 млрд человек. Соответственно увеличилось и число мигрантов. Если в 1960 году, по оценке ООН, число международных мигрантов составляло 76 миллионов человек, то в 2020 году их уже было 258 млн человек. При этом с начала века, то есть всего за 20 лет, их численность увеличилась на 49 % [5].

Во-вторых, значительно увеличилась доступность быстрого и относительно недорогого транспортного сообщения между странами-поставщиками и странами, принимающими мигрантов. Причины миграции часто связаны с желанием людей менять собственную жизнь и свой статус в обществе в лучшую сторону. Особенно это важно для молодых мигрантов, для которых выезд в другие страны, в том числе и в Россию, — это миграция в более модернизированную и свободную страну. Наконец, миграция всегда основывалась на стремлении к процветанию и/или стремлении убежать от гражданского или стихийного бедствия. Миграционные потоки тесно связаны с социально-экономическими условиями жизни в различных районах одного государства или различных государств, что и определяет в значительной мере вектор движения этих потоков. Миграция, являющаяся по сути демографическим процессом, оказывает значительное влияние на все стороны жизни общества — экономику, политику, культуру, экологию, эпидемиологию, общественное здоровье.

Такие масштабные перемещения людей не могут не оказывать влияние на здоровье всех участвующих в этом процессе сторон: страны исхода мигрантов, самих мигрирующих из населения принимающих территорий. Миграция резко меняет как условия проживания самого индивида, так и его социальное окружение. Коренные жители, принимающие в свою среду мигрантов, также подвергаются воздействию этого фактора. Кроме того, международная миграция оказывает влияние на работу врачей и всей системы здравоохранения принимающей стороны. По этой причине наряду с образом жизни, материальным достатком, социально-экономическими условиями раннего детства индивида, жилищными условиями и условиями работы (или безработицы) международная миграция может и должна выступать социальной детерминантой (фактором, условием, оказывающим влияние) общественного здоровья.

Рассмотрим некоторые краткие данные характеризующие мигрантов.

Так около 35 миллионов нынешних жителей ЕС - а это 8% населения - родились за пределами союза. Среди молодых людей в возрасте 15-34 лет у 10% есть хотя бы один родитель иностранного происхождения.

Более четверти приезжающих мигрантов - с высшим образованием. Правда, далеко не всегда они могут найти работу в новой стране. В то же время у пятой части приезжих есть только начальное образование. Так, молодежь в возрасте от 18 до 24 лет, родившаяся за пределами ЕС, зачастую не имеет опыта работы и образования - 21% против 12,5%, родившихся в ЕС. Особенно это касается девочек и молодых женщин - среди них процент

достигает 25,9 [5].

Женщины чаще переезжают в ЕС при воссоединении семьи (например, заключив брак с гражданином одной из стран-членов Евросоюза). При этом они берут на себя многие домашние обязанности, что мешает им искать полноценную работу и участвовать в программах по интеграции, посещать курсы по переподготовке.

Это, не говоря уже о том, что мигранты чаще сталкиваются с проблемой доступа к медицинским услугам. В частности, у них появляются сложности с выбором медицинского страхования, но немаловажным фактором является и отсутствие знаний о том, как получить доступ к тем или иным медицинским услугам, а также плохой уровень владения языком страны проживания. При этом и сами министерства здравоохранения стран ЕС недостаточно адаптированы к особым потребностям мигрантов.

Собраны статистические данные по численности мигрантов в РФ.

Как видно из рисунка 1, численность мигрантов (трудоустроенных) выросла примерно на 1,5 тыс. человек, начиная со 2 квартала 2019 г. [9, 10].

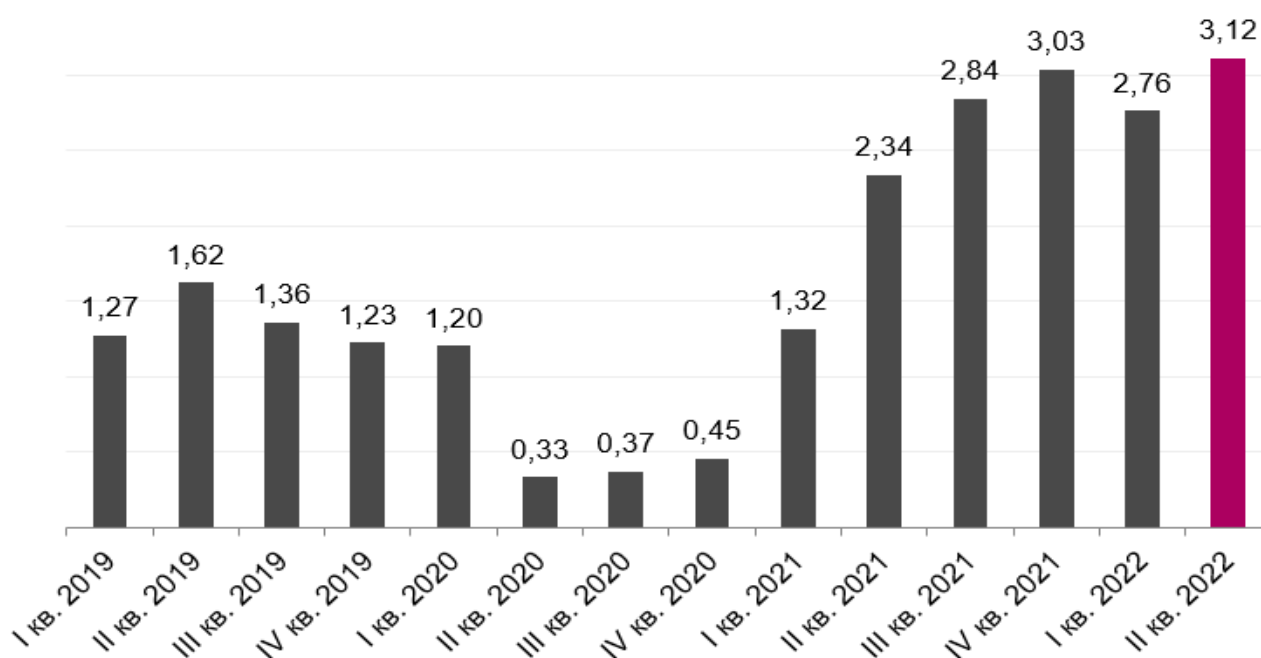


Рисунок 1 - Количество прибывших в Россию трудовых мигрантов, млн человек

Было проведено исследование статистических данных по распределению трудовых мигрантов в России по странам происхождения (рисунок 2).

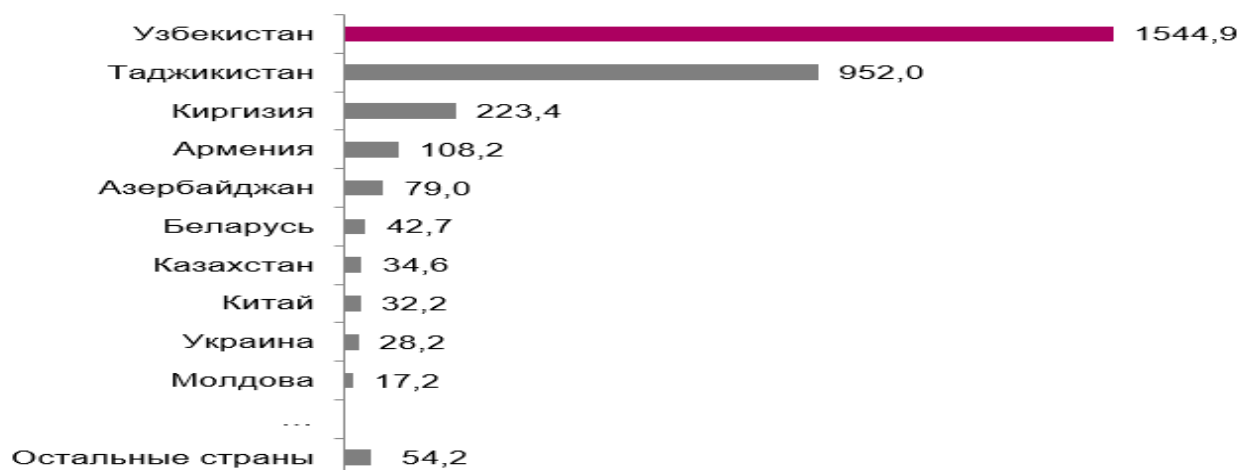


Рисунок 2 - Распределение трудовых мигрантов по странам происхождения, II кв. 2022 г., тыс. человек

Как видно из данных рисунка 2, половина всех трудовых мигрантов (1,54 млн человек, или 49,6%) имела узбекское гражданство, около трети пришлось на уроженцев Таджикистана (952 тыс. человек, или 30,5% от всех трудовых мигрантов). Также в немалом количестве трудиться в Россию прибыли граждане Киргизии (223,4 тыс. человек, или 7,2%), Армении (108,2 тыс. человек, или 3,5%), Азербайджана (79 тыс. человек, или 2,5%), Белоруссии (42,7 тыс. человек, или 1,4%), Казахстана (34,6 тыс. человек, или 1,1%), Китая (32,2 тыс. человек, или 1%), Украины (без ДНР и ЛНР; 28,2 тыс. человек, или 0,9%), а также Молдавии (17,2 тыс. человек, или 0,6%). На уроженцев остальных стран пришлось 1,7%, или 54,2 тыс. человек [9, 10].

В Российской Федерации приток большого числа молодых мужчин и женщин приводит к изменениям демографического поведения (брачности, рождаемости, разводимости). Как показывают исследования, каждый шестой иностранный ребенок, родившийся в России, - азербайджанец; каждый седьмой - таджик, каждый десятый - киргиз, узбек, армянин или украинец [9].

При этом, как отмечают исследователи, среди женщин-мигранток доля детей, рожденных вне зарегистрированного брака, выше, чем у постоянных жительниц Москвы во всех возрастах. Это явно доказывает факт роста внебрачной рождаемости в группах трудовых мигрантов в России. Это новый и уникальный феномен, учитывая, что многие трудовые мигранты происходят из мусульманских стран с довольно традиционными установками на рождение детей исключительно в официальном браке. Но, очевидно, что массовое вовлечение мусульманских женщин в трудовую миграцию разрушает эти стереотипы.

Сейчас появились такие термины: «родильный тур», «родильный туризм». Проблемы в данном примере вызваны не только экономическими аспектами, хотя расходы для системы здравоохранения ощутимы, но и тем обстоятельством, что женщины-мигрантки обращаются за помощью в самый последний момент, не проходя предварительно никаких обследований. Отказать беременным мигранткам врачи не имеют права, даже если те без документов и с набором опасных болезней. В итоге в группу риска попадают все остальные женщины и новорожденные. Не желая оказаться в одной палате с иностранками, некоторые москвички, например, предпочитают обращаться в платные родильные дома. Ситуация с медицинским

обслуживанием складывается таким образом, что, предоставляя медицинские услуги незарегистрированным мигрантам, медицинские службы действуют вопреки финансовым нормам, а если они не будут оказывать медицинскую помощь, то нарушат права человека и исключат наиболее уязвимых людей. Поскольку мигранты являются частью принимающего сообщества, их собственное здоровье также является составной частью общественного здоровья.

Еще одним социальным последствием можно назвать рост числа отказов от рожденных детей мусульманскими женщинами - трудовыми мигрантками в России. Треть всех брошенных детей в Москве приходится на трудовых мигрантов.

Давно установлено, что вспышки инфекционных заболеваний, охватывавших города, страны и континенты, были связаны с перемещением больших групп людей: войск, беженцев, военнопленных, мигрантов из регионов, охваченных голодом, людей с территорией распространения природных катаклизмов. Приносили с собой инфекционные болезни торговые караваны, корабли купцов и контингенты мигрантов в поисках работы. Мигранты приносят не только свои нравы, обычаи и диалекты, но и гены и болезни. При этом существуют два типа заболеваний. Одни распространяются в основном «горизонтально» и, будучи излеченными, не оставляют следа в будущих поколениях. Другие, в основном наследственные, болезни могут передаваться «вертикально» - из поколения в поколение и закрепиться в генофонде популяции. Многие исследователи сходятся во мнении о том, что международная миграция вносит значительный вклад в распространение социально опасных болезней [3].

Не лишним будет отметить, что в социально-экономических и демографических исследованиях конца XX века широко использовалось понятие «эффект здорового мигранта». Оно основано на допущении, что в трудовую миграцию вовлекаются люди молодые и здоровые, способные выполнять работу, а люди, не уверенные в своих силах и способности заработать, не решаются на миграцию. То есть объяснялось это явление самоотбором более здоровых людей, решившихся на переезд со своей родины в другую страну.

В настоящее время все чаще встречается описание состояния мигрантов, которое можно назвать «эффектом истощенного мигранта». Наложение на плохие социально-экономические условия политических, административных, культурных факторов приводит к ухудшению показателей здоровья мигрантов и потере трудоспособности. С этой точки зрения также существует риск для здоровья принимающего сообщества.

Таким образом, можно выделить следующие проблемы, характеризующие формирование здоровья населения в контексте международных миграций:

- мигранты могут менять генофонд населения;
- могут быть носителями инфекций, представляющих существенную опасность для окружающих;
- мигранты оказывают нагрузку на систему здравоохранения принимающих территорий;
- вследствие нагрузки мигрантами местное население может быть оттеснено в сферу платных медицинских услуг.

То есть миграция наряду с другими социальными детерминантами оказывает влияние на общественное здоровье. Население стран становится все более разнообразным, соответственно системы здравоохранения (как стран исхода, так и принимающих стран)

должны найти способы соответствовать этому разнообразию.

С целью изучения здоровья мигрантов, нами были собраны и затем проанализированы основные проблемы, с которыми сталкиваются мигранты в сфере здравоохранения (рисунок 3) [3].

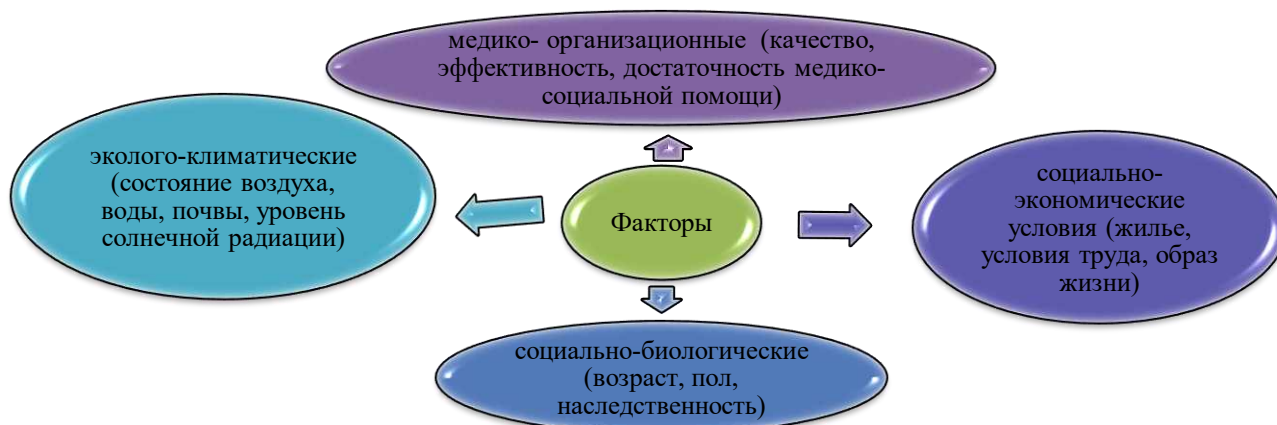


Рисунок 3 - Основные проблемы, с которыми сталкиваются мигранты в сфере здравоохранения

Мы видим, что одной из основных проблем для мигрантов имеет значение условия получения медицинских услуг и легкий доступ к ним, а также к медицинской помощи в случае острой необходимости.

С точки зрения законодательства, принципиальных особенностей в организации получения услуг в области здравоохранения для иностранцев нет: по ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», медицинскую помощь иностранцам могут оказывать медицинские и иные организации, осуществляющие медицинскую деятельность [1].

Нередко мигранты в России сталкиваются с проблемами со здоровьем. Никогда не знаешь, когда может понадобиться помощь или лечение. Установлено, что мигрирующее население во вредных условиях труда занято больше, чем постоянное население. У мужчин 83,9% – болеет в связи с переохлаждением, сквозняком, а 40,5% – с воздействием вредных химических веществ.

Каждый 9-й мигрант имеет хроническое заболевание, отмечается фактор вредности производства и изменения образа жизни, как наиболее значимые в ухудшении здоровья.

Для решения проблем со здоровьем в России существует медицинская помощь, которая бывает двух видов: частная и государственная.

Условия предоставления услуг учитывают правовой статус иностранцев «При угрозе жизни медицинская помощь ... оказывается бесплатно (экстренная медицинская помощь). Бесплатно предоставляется и неотложная медицинская помощь в форме скорой (в т. ч. скорой специализированной) медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Иная медицинская помощь в неотложной форме, а также медицинская помощь в плановой форме оказывается иностранным гражданам за плату. Также иностранцы могут получить медицинскую помощь по договорам добровольного (ДМС) медицинского страхования или обязательного медицинского страхования».

Получив полис ОМС, человек может быть уверен в сохранности своего драгоценного здоровья, ведь здоровье — это самая важная вещь, которую он должен хранить на протяжении всей жизни.

Добровольно или под давлением они оформляют полисы добровольного медицинского страхования. Несмотря на имеющийся механизм предоставления услуг, трудовые мигранты, не всегда эффективно используют его, зачастую демонстрируя недостаточный уровень правовых знаний.

Нами был проведен опрос среди 200 более человек, являющихся трудовыми мигрантами (соцсети) (рисунок 4).

Был задан вопрос, куда они обращаются (как лечатся) в случае необходимости. Как вы видите, все-таки большинство опрошенных никуда не обращаются, занимаются самолечением (рисунок 4).



Рисунок 4 - Организация лечения опрошенных мигрантов, в %

Здоровье мигрантов можно рассматривать как источник национальной безопасности. Однако обеспечение правовых основ этой безопасности практически невозможно законодательная, запрещающий мигрантам въезд на территорию РФ без действительного в нашей стране медицинского полиса, это почти никогда не исполняется.

В соответствии с законодательством трудовой мигрант независимо от срока разрешения на работу, обязан представлять справки об отсутствии у него наркомании и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, а также сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции на бумажном носителе либо в форме электронных документов (ФЗ от 1 июля 2011 г. № 169-ФЗ п. 5, ст. 6.1). Но исследование показало, что соблюдение этих норм закона зачастую фактически невозможно: так как пропускная способность диспансеров не рассчитана на 2 млн. дополнительных обследований в год.

Таким образом, попытки осуществлять социальный контроль здоровья иностранцев, мигрантов, прибывающих на территорию РФ, оказываются неэффективными.

Но, обращение в медицинские учреждения может быть инициировано работодателем — необходимость иметь санитарную книжку (работа в кафе, заселение в общежитие); необходимость получения официальных документов для пребывания на территории РФ.

По данным ВЦИОМ основными заболеваниями мигрантов за последние 11 лет являются следующие (таблица 1) [2, 3].

Таблица 1 - Заболевания мигрантов

	Туберкулез	ВИЧ	ИППП	Гепатит В	Гепатит С
2010 г.	25000	918	2405	117	27
2022 г.	62500	2295	6013	292	67

Как видно из данных происходит увеличение заболеваний.

В целом отмечается, что социальных болезней у мигрантов в 1,8 раз больше, чем у проживающего населения, и то, что эти лица чаще всех остальных социальных групп бросают своих новорожденных, которые затем попадают в социальные учреждения страны.

Проведенный нами анализ показал, что на восприятие иностранца, мигранта в учреждении здравоохранения влияет объем социального капитала (возможность и желание изъясняться, внешний вид, общий уровень культуры, использование социальных связей), социальный статус (рабочий на стройке или аспирант университета), престиж той или иной страны, восприятие культуры как чужой или близкой.

То есть становится понятным, что для достижения целей в области здоровья имеет значение страна происхождения, социальный статус мигранта и его уровень знания русского языка.

Оценка доступности и качества здравоохранения страны мигрантами - удовлетворенность средняя, платные услуги более доступны, ориентация на самолечение представлена активно из-за дефицита ресурсов (время и деньги).

Подводя итоги, выделим, что мигранты, оказавшись в другом государстве, попадают в неблагоприятные, порой даже экстремальные жизненные условия. Среди них: невладение в совершенстве или даже на среднем уровне русским языком, жилищная проблема, социальная и психологическая адаптация, правовая неосведомленность, расизм и т.д.

Учитывая, что проблема здоровья населения была и остается традиционно актуальной на протяжении всей истории человечества, то и мигранты не могут обойтись без надлежащей медицинской квалифицированной помощи. Мигранты не всегда могут самостоятельно разобраться во всех тонкостях постоянно меняющегося российского законодательства, а в случаях, когда возникает угроза жизни и здоровью, порой не знают, какая медицинская помощь оказывается бесплатно, какие документы необходимо иметь и где их получать.

И, на наш взгляд, для решения проблем, возникающих в сфере здравоохранения с трудовыми мигрантами необходимо:

- контроль миграционных служб (сертификаты об отсутствии заболеваний, наличие полиса добровольного страхования);
- постоянный мониторинг и анализ здоровья трудовых мигрантов (социальный контроль здоровья);
- возможно нужно выстраивать сеть медучреждений в регионах, куда смогут обратиться мигранты, Мы думаем, медучреждения должны финансироваться за счет бюджета, за счет работодателей, которые заинтересованы в притоке трудовых ресурсов.
- возможно привлечение роботизированной техники в мед учреждения с имеющимся переводчиком для удобства получения мед. услуг.

Подводя общий итог работы, выделим, что проблемы здоровья беженцев и мигрантов аналогичны проблемам остальной части населения, хотя некоторые группы могут иметь более высокую распространенность. Наиболее частые проблемы здоровья вновь прибывших мигрантов включают непреднамеренные травмы, гипотермию, ожоги, сердечно-сосудистые заболевания, беременность и осложнения, связанные с родами, диабет и гипертензию. Мигранты-женщины часто сталкиваются со специфическими проблемами, особенно связанными со здоровьем матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, с репродуктивным здоровьем и с насилием.

Воздействие на мигрантов рисков, связанных с перемещением населения, психосоциальных расстройств, проблем репродуктивного здоровья, более высокой смертности новорожденных, наркомании, нарушений питания, алкоголизма и насилия увеличивает их уязвимость для неинфекционных заболеваний (НИЗ). Основной проблемой в связи с НИЗ является прекращение медицинской помощи в результате либо отсутствия доступа к ней, либо уничтожения систем и поставщиков медицинских услуг; перемещение приводит к прерыванию непрерывного лечения, которое является важным при хронических состояниях.

Уязвимые дети подвержены острым инфекциям, таким как респираторные инфекции и диарея, из-за плохих условий жизни и лишений во время миграции, и им необходим доступ к неотложной помощи. Отсутствие гигиены может привести к кожным инфекциям.

Юридический статус является одним из самых важных факторов, определяющих доступ мигрантов к услугам здравоохранения в стране. Каждый беженец и мигрант должен иметь полный, непрерывный доступ к больничным условиям и, в случае необходимости, к высококачественной медицинской помощи без дискриминации по признаку пола, возраста, религии, национальности или расовой принадлежности. ВОЗ поддерживает политику предоставления медико-санитарных услуг независимо от юридического статуса мигрантов.

Поскольку быстрый доступ к медицинской помощи может привести к излечению, он может предотвратить распространение болезни; поэтому в интересах как мигрантов, так и принимающей страны обеспечить, чтобы местное население не подвергалось воздействию завезенных возбудителей инфекций. Также диагностика и лечение таких НИЗ, как диабет и гипертензия, может предотвратить ухудшение этих состояний и создание угрозы для жизни.

Таким образом, анализ показал, что уязвимое положение мигрантов с точки зрения получения доступа к здравоохранению в принимающем обществе обусловлено такими факторами, как языковой барьер, культурные различия, субъективные представления о здоровье и болезни, расовая или этническая дискриминация со стороны тех, кто оказывает услуги, или населения в целом.

Библиографический список

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/#ixzz6lGcJDFQd>
2. Алсалих, Н.Д. Распространенность вирусного гепатита С среди трудовых мигрантов, прибывающих в Российскую Федерацию [Электронный ресурс] / Н.Д.Алсалих, Д.А.Сычев, И.В.Подопригора // Вестник «Здоровье и образование в XXI веке». - 2020. - №7. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-virusnogo-gepatita-s-sredi-trudovyh-migrantovpribyvayuschih-v-rossiyskuyu-federatsiyu>
3. Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в странах СНГ (аналитический обзор) [Электронный ресурс] / О.В.Демихова, О.Б.Нечаева. – Режим доступа: <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/migranty.pdf>
4. Курбатова, О.Л. Миграция - основной фактор популяционной динамики городского населения России / О.Л.Курбатова, Н.К.Янковский // Генетика. - 2021. - Т. 52, № 7. - С. 831–851.

5. Миграция и здоровье [Электронный ресурс] / Официальный сайт ВОЗ. - Режим доступа: <https://www.who.int/features/qa/88/ru>
6. Население [Электронный ресурс] / Официальный сайт Федеральной государственная служба статистики. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/>
7. Неклюдова, Н.П. Миграция как социальная детерминанта здоровья населения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/68259/1/978-5-94646-613-4_2018-1-32.pdf
8. Просвинова, О. «Для танго нужны двое». Как ЕС хочет решать проблемы мигрантов [Электронный ресурс] / О.Просвинова. – Режим доступа: <https://www.bbc.com/russian/news-55081089>
9. Численность трудовых мигрантов в РФ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.klerk.ru/> (<https://www.klerk.ru/blogs/migrastuff/534219/>)
10. Увеличение числа трудовых мигрантов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://dzen.ru/a/Y-E5hvRzq3aCJWFC>

Геворгян Лиануш Самвеловна

г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

32.02.01 Сестринское дело, 3курс

Супрун Елена Владимировна

г. Петропавловск-Камчатский, Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе

со СПИД и инфекционными заболеваниями

медицинская сестра гепатологического центра

Научные руководители: преподаватель Федоренко Н.А.,

Стрельникова Ю.В. - врач-инфекционист КК ЦПБСПИД и ИЗ

E-mail: fedorenko43912@mail.ru

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В КАМЧАТСКОМ КРАЕ

К числу наиболее актуальных проблем здравоохранения в современных условиях относятся социально значимые заболевания. Они наносят колоссальный ущерб обществу, связанный с временной и стойкой потерей трудоспособности, огромными затратами на профилактику, лечение и реабилитацию, влияют на демографические показатели, преждевременную смертность, преступность [1].

Возникновение и распространение социально значимых заболеваний в значительной степени зависит от социальных условий, связанных с трудовой деятельностью, уровнем образования, здравоохранения, культуры населения. В перечень социально значимых заболеваний, утвержденным Правительством Российской Федерации в 2004 году с изменениями и дополнениями (2012, 2020гг.), внесен вирусный гепатит С. Код по МКБ-10 B17.1, B18.2 [2].

Проблема заболеваемости вирусными гепатитами остается актуальной как во всем мире, так и в Российской Федерации, в том числе в Камчатском крае. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире умирает около 250 000 человек, в

основном в результате цирроз печени и гепатоцеллюлярной карциномы. На Ассамблее ВОЗ в 2016 году принято Решение о Глобальной ликвидации вирусных гепатитов к 2030 году [3]. Российская Федерация подписала резолюцию Ассамблеи. Были приняты ряд Постановлений и Распоряжений Правительства Российской Федерации. В частности, 2 ноября 2022 года за №3308-р принято Распоряжение «Об утверждении плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории РФ в период до 2030г.» [4]. Ожидается снизить заболеваемость с 27,8 на 100 000 населения в 2021 году до 3,7 на 100 000 населения к 2030 году. В Камчатском крае так же принято ряд документов, регламентирующих работу с больными хроническими вирусными гепатитами [5].

Обращается внимание на факторы, определяющие широкий интерес к вопросам профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов:

- высокая заболеваемость трудоспособного и репродуктивного возраста;
- хронизация и малигнизация процесса;
- значительные расходы государства на лечение;
- частое сочетание ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С (75%) среди потребителей инъекционных наркотиков;
- ущерб экономике в целом.

В Камчатском крае заболеваемость хроническим гепатитом С остается серьезной и превышает заболеваемость по РФ. Динамические показатели за 2020 – 2022гг. представлены на рисунке 1.

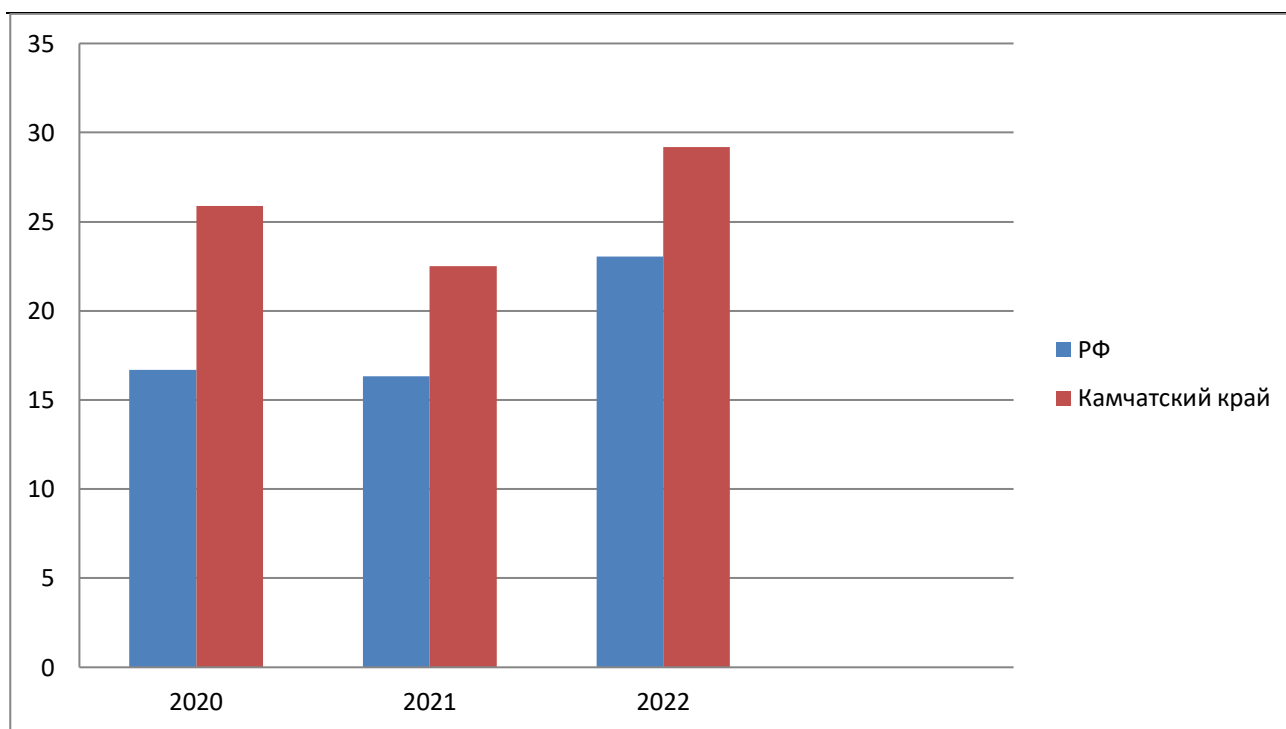


Рисунок 1 - Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С в Российской Федерации и Камчатском крае за 2020-2022гг

Согласно реестру по вирусным гепатитам в Камчатском крае на 27.02.2023 года состоит на учете с хроническим вирусным гепатитом С 1926 человек. Мужчин 58%. По возрастным категориям распределение пациентов представлено на рисунке 2.

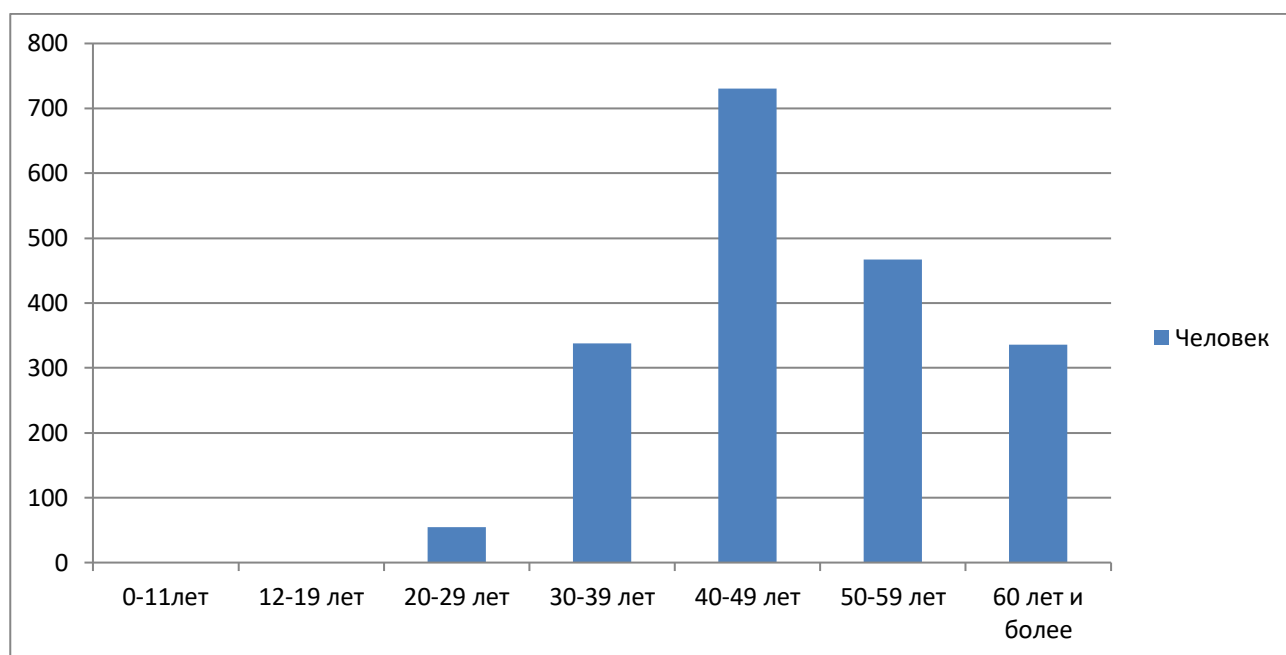


Рисунок 2 - Возрастная структура больных с хроническим вирусным гепатитом С в Камчатском крае

Социальная структура больных хроническим вирусным гепатитом С представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Социальная структура больных хроническим вирусным гепатитом С на конец 2022 года

№ п/п	Социальная категория больных	Удельный вес в %
1	Учащиеся средних учебных заведений	0
2	Студенты ВУЗов	0
3	Преподаватели школ и ВУЗов	0
4	Медработники	5
5	Пенсионеры	17,2
6	Инвалиды	3,7
7	Рабочие и служащие предприятий и учреждений	20,0
8	Индивидуальные предприниматели	9,3
9	Военнослужащие	1,2
10	Водители	1,2
11	Продавцы	6,3
12	ДООУ воспитатели	0
13	Работники сферы обслуживания (парикмахеры, косметологи)	1,2
14	Работники Флотов	1,2
15	Не работают	37,4
	Всего	100,0

Из приведенной выше информации видно, что заболевание хроническим вирусным гепатитом С охватывает любые слои населения. Анонимный опрос показал, что большой процент не работающих связан с сезонными работами во время путины. Ряд больных боятся разглашения о своем заболевании и скрывают место работы.

Среди механизмов передачи на первом месте стоит неустановленный – 44%, парентеральный составляет 23,1%, контактный (половой путь) – 32,9%. (Рисунок 3).

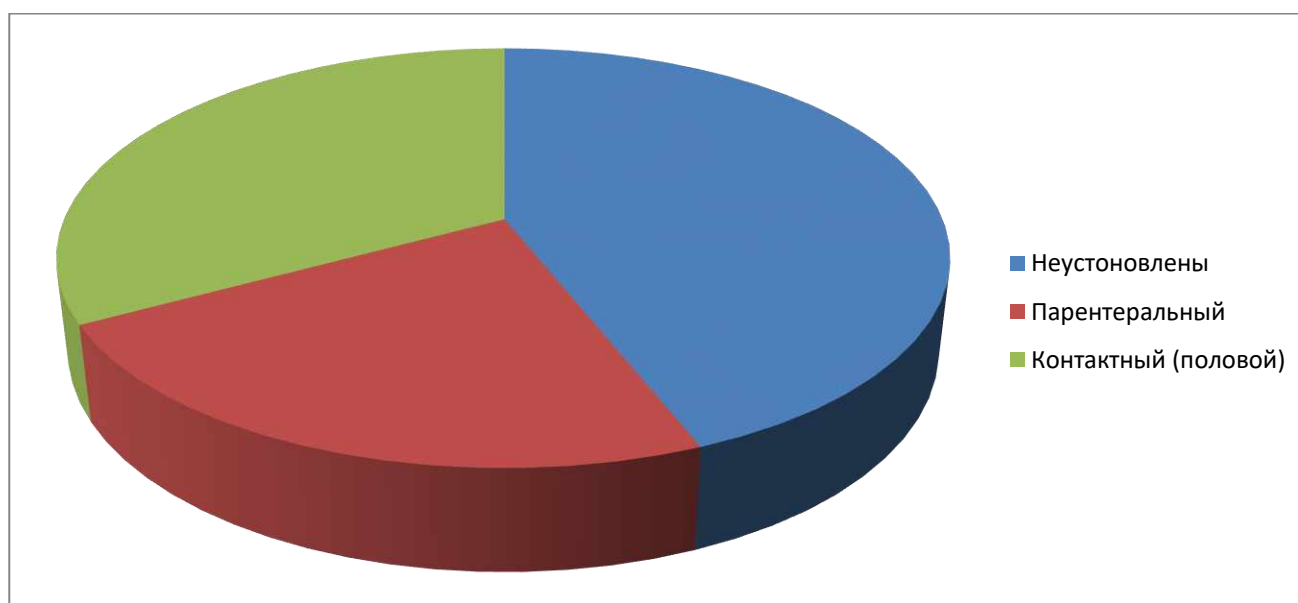


Рисунок 3 - Механизмы передачи хронического вирусного гепатита С

Результаты анонимного опроса показали, что парентеральный механизм подразумевает в первую очередь применение наркотических и психотропных препаратов. А под неустановленным механизмом многие респонденты указывают татуировки, пирсинги, косметические процедуры в нелегализованных кабинетах.

Многие больные воспринимают диагноз хронического вирусного гепатита С как приговор. Однако новейшие методы лечения и современные препараты позволяют значительно улучшить прогноз заболевания, остановить прогрессирование и вывести вирус из организма. Благодаря научным достижениям последних десятилетий удалось значительно расширить представления о патогенезе хронического вирусного гепатита С и его исходах, что дало возможность разработать эффективные методы лечения. Последнее время эффективными становятся противовирусные препараты прямого действия (софосбувир, парипрексвир, ледипасвир, даклатасвир и др.). Наибольшую эффективность показывают комбинированные препараты прямого действия (ВикейроПак – парипрексвир + омбитасвир + дасабувир) с рибавирином, эппакс (велпатасвир + софосбувир), эппакс (гразопревир + элпасвир), мавирет (глекапрексвир + пибентасвир). Основной целью противовирусной терапии является излечение от инфекции, достижение устойчивого вирусологического ответа, который означает отсутствие РНК вируса в крови, определяемой методом амплификации нуклеиновых кислот [6]. Частота устойчивого вирусологического ответа при применении различных групп препаратов отражена в таблице 2.

Таблица 2 – Частота устойчивого вирусологического ответа при применении различных групп препаратов

№ пп	Препараты	Частота устойчивого вирусологического ответа (%)
1.	Стандартные интерфероны + рибовирин	48
2.	Интерфероны + пегилированные интерфероны + рибовирин	57
3.	ВикейроПак	95,3
4.	Софосбувир + даклатасвир	80,9
5.	Софосбувир + ледипасвир	100
6.	Зепатир	99
7.	Эпклюза	100
8.	Мавирет	100

Таким образом, современные комбинированные препараты противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С дают возможность:

1. Повысить приверженность лечения и уверенность у больных в успехе лечения независимо от степени фиброза и цирроза.
2. Применять противовирусную терапию с 12 лет.
3. Сократить сроки приема препаратов.
4. Уменьшить нежелательные явления при лечении.
5. Сократить необходимость проведения ряда исследований до терапии и в процессе контроля за лечением.
6. Уменьшить количество принимаемых таблеток в сутки.
7. Сократить посещения гепатолога во время ПВТ.
8. Вести контроль за терапией в амбулаторных условиях.

Итак, характеризуя заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С в Камчатском крае, необходимо отметить:

- более высокую заболеваемость по сравнению с Российской Федерацией;
- основную возрастную категорию составляет наиболее трудоспособное население в возрасте 30 – 59 лет;
- не работающие дают наибольший удельный вес в социальной структуре больных хроническим вирусным гепатитом С;
- респонденты при анонимном опросе часто указывают о возможном заражении при нанесении татуировок, пирсинге, внутривенных наркотиках;
- следует отметить отсутствие настороженности у населения в плане заражения вирусными гепатитами;
- применение современных схем лечения позволяет добиться устойчивого вирусологического ответа в 100% случаев.

Библиографический список

1. Михайлов В.И. Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации / М.И. Михайлов, Н.Д. Ющук, Е.Ю. Малинникова, К.К. Кюрегян,

О.В. Исаева, О.О. Знайко, Е.А. Климова // Вестник ВШОУЗ. – 2018. - №2. Текст: электронный // Высшая школа общественного управления здравоохранением: сайт. – URL: <https://www.vshouz.ru> (дата обращения: 01.03.2023).

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих» с изменениями и дополнениями от 31 января 2020г. №66. - Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <https://base.garant.ru> (дата обращения: 01.03.2023).

3. Глобальная стратегия сектора здравоохранения ВОЗ по вирусному гепатиту 2016–2021. На пути к ликвидации вирусного гепатита. Июнь 2016. - Текст : электронный // ГРУППА РЕМЕДИУМ : сайт. – URL: <https://remedium.ru/health/k-2030-godu-bez-gepatita-s/> (дата обращения: 01.03.2023).

4. Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории РФ в период до 2030г.» от 2 ноября 2022 года за №3308-р. - Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <https://www.garant.ru> (дата обращения: 01.03.2023).

5. Приказ Министерства Здравоохранения Камчатского края от 22.02.2023 №21-169 «О маршрутизации взрослых пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С». - Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <https://www.garant.ru> (дата обращения: 01.03.2023).

6. Чуланов В.П. Гепатит С стал излечим. Гепатит В – следующий? / В.П. Чуланов, А.П. Зуева, Д.С. Костюшев, С.А. Брезгин, Е.В. Волчкова, В.В. Малеев // Терапевтический архив. – 2017. - №11. – С.4-13.

Набиева Елена Артуровна
г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научные руководители — преподаватель Гаврилюк Е.Ю.
преподаватель Лунина Ю.В.
E-mail: evgavriluk@mail.ru

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПОПУЛЯРНОСТИ

Проблема употребления энергетических напитков в современном мире стоит очень остро. Все больше и больше молодых людей сейчас увлекается этими напитками: когда нужно перед экзаменом не поспать ночь, а подготовиться к сдаче экзамена; когда хочется танцевать целую ночь, а силы на исходе; когда нужно целую ночь вести машину. Вот в этих случаях на помощь и приходят энергетики. Но так ли они безобидны для организма человека?

Энергетики (энерготоники) — это напитки, стимулирующие центральную нервную систему. Их употребляет большое количество людей. Особенно молодежь.

Ни для кого не секрет, что любой молодой человек может купить баночку энергетика, и никто за это не будет отвечать. Поэтому мы считаем, что наши молодые люди должны знать всю правду об энергетических напитках, и никто кроме них самих не сможет контролировать процесс употребления этого напитка. Если энергетики безалкогольные, это еще не значит, что они безопасные, они способны нанести непоправимый вред организму, особенно если он еще до конца не сформировался.

Таким образом, тема исследования является весьма актуальной для современного поколения.

Проблема: злоупотребление энергетическими напитками подростками в результате отсутствия достаточно полной информации о вреде и последствиях для организма.

Цель: изучение проблемы популярности энергетических напитков в молодежной среде.

Задачи работы:

1. Изучить различные источники информации о происхождении и составе энергетических напитков.
2. Рассмотреть влияние энергетических напитков на организм.
3. Провести анкетирование обучающихся КГБПОУ ХГМК с целью изучения отношения студентов к энергетическим напиткам и выяснения причин их предпочтения.
4. Разработать рекомендации студентам, мотивирующие к отказу от употребления энергетических напитков.

Объект исследования: употребление энергетических напитков молодыми людьми.

Предмет исследования: популярность энергетических напитков среди студенческой молодёжи.

Гипотеза: человек, дорожа своим здоровьем, сможет сохранить его, используя знания о составе и вреде для организма доступных энергетических напитков. Кроме того, повышение информированности студентов медицинского колледжа по вопросу употребления энергетиков позволит расширить знания о влиянии их на организм и способствовать формированию навыков бережного отношения к здоровью.

Энергетический напиток – это продукт, для производства которого используются различные стимуляторы, а также вспомогательные ингредиенты. Энергетические напитки также содержат и витамины, однако полезными их этот факт не делает. Состав у всех энергетических напитков, в принципе, один и тот же, все они богаты содержанием таких веществ, как: кофеин, таурин, гуаранин, матеин, L – карнитин и пр. В таблице 1 приведены примеры воздействия на организм человека наиболее распространенных химических веществ и соединений, которые входят в состав энергетиков.

Таблица 1 — Воздействие на организм человека наиболее распространенных химических веществ и соединений, которые входят в состав энергетиков

Название вещества	Воздействие на организм человека
Кофеин	Стимулирует нервную систему, работу головного мозга, повышает артериальное давление, ускоряет ЧСС, за счёт выброса дофамина даже в низких дозах улучшает общее настроение и самочувствие
Матеин	Выдержка из южноамериканского зелёного чая

	«матэ», заглушает чувство голода и помогает в снижении веса
Таурин	Мощный антиоксидант, направленный на ускорение обмена веществ в организме. Используется для кардиотропного воздействия (учащение сердцебиения, увеличение выработки норадреналина)
Витамины группы В	Ускоряет превращение простого сахара в энергию
Гуаранин	Из-за его медленного выведения из организма эффект энергетика более продолжителен
Фениланин	Аминокислота, которая значительно улучшает вкусовые качества напитка
Экстракт женьшеня	Обладает антистрессовым и антидепрессивным свойствами
СО ₂	Добавляется в напитки для более быстрой усваиваемости
Окислители, красители, подсластители, ароматизаторы	Придают напитку цвет, вкус, аромат, но могут спровоцировать сильную аллергию
Моно- и дисахариды (глюкоза, фруктоза, сахароза и др.)	Оказывают стимулирующее действие на мозг и не позволяют нам засыпать

В напитках эти вещества смешиваются в различных пропорциях. Разумеется, при этом добавляются и те вещества, без которых немыслима современная пищевая промышленность: консерванты, регуляторы кислотности, стабилизаторы, красители, ароматизаторы и т.д.

Сегодня мнения учёных и специалистов разделяются: кто-то считает «энергетики» вполне безобидными, как и обычная газировка; другие, напротив, утверждают, что они могут действовать, как наркотики, и уж точно вызывают привыкание и зависимость.

В некоторых европейских странах, например, во Франции, Дании и Норвегии энергетические напитки могут продаваться только в аптеках. В Германии есть запрет на их производство. В России энергетические напитки могут содержать только один или два тонизирующих вещества, а на банке должны быть указаны рекомендуемые ограничения.

Анализируя состав энергетических напитков, можно предположить, что их употребление не должно негативно сказываться на здоровье человека. Однако совокупность этих веществ оказывает отрицательное влияние на отдельные органы и системы нашего организма, а также происходят необратимые изменения на уровне центральной нервной системы.

Для организма человека вред, наносимый употреблением энергетических напитков, заключается в следующем: частое их употребление повышает артериальное давление. Сам напиток не дает бодрящей энергии организму, он работает за счет личных запасов, которые организм берет сам у себя же. Последствия приема энергетиков - раздражительность, расстройство сна, депрессия. Кофеин способен вызывать привыкание. Повышенное содержание витаминов группы В в энергетиках увеличивает сердечный ритм и провоцирует дрожь конечностей. Энергетические напитки обладают высокой калорийностью [3].

Последствия частого употребление энергетических напитков сводятся к появлению судорог, аритмии, периодических частых головных болей, диарее и продолжительной рвоте, потере работоспособности и концентрации внимания [1]. Возможны смертельные случаи из-за инфаркта миокарда, несчастные случаи, которые происходили в результате неожиданной потери сознания. У беременных женщин употребление энергетиков может вызвать тахикардию, повышением артериального давления, головную боль, гипертонус матки.

Изучив основные сведения об энергетических напитках, можно сделать следующий вывод: подростки являются активными потребителями «энергетиков», не задумываясь о нанесении вреда на своё здоровье. Кроме того, состав энергетиков показал, что сами напитки никакой «энергии» в себе не содержат — они лишь мобилизуют внутренние резервы организма, буквально выжимая из них заряд бодрости. Такое воздействие требует достаточного последующего отдыха с целью восстановления.

Таким образом, к настоящему времени проблема популярности энергетических напитков среди молодых людей остается серьезной проблемой для медицины и общества.

В экспериментальной части было проведено онлайн-анкетирование, в котором принимало участие 29 человек, из них 25 девушек, 4 юноши. Возраст опрошиваемых 17-21 (и старше) лет. Все респонденты являются обучающимися КГБПОУ ХГМК.

Целью первичного анкетирования являлось определение базовых знаний студентов-медиков о вреде энергетических напитков.

По результатам первичного анкетирования было установлено, что 41,4% студентов употребляют энергетические напитки, а 34,5% опрошенных сказали, что им нравится употреблять эти напитки.

Последним вопросом мы попросили респондентов написать причины, по которым, на их взгляд, энергетические напитки приобрели такую популярность среди молодёжи. Проанализировав все предложенные варианты, можем выделить несколько самых популярных версий:

1. Молодёжь употребляет энергетики для того, чтобы подтверждать свой статус в узких кругах и казаться взрослее.
2. Увеличение ассортимента вкусов, которого нельзя найти на прилавках среди других газированных напитков.
3. Яркие и красивые этикетки, реклама и сотрудничество с различными спортивными мероприятиями.
4. Энергетики являются аналогом алкоголя в качестве предмета для имиджа среди своей компании.

Кроме того, анализ результатов первичного анкетирования, показал привлекательность энергетических напитков для студенческой молодёжи, что связано с недостатком времени, желанием восполнить энергию быстро, простым путём. Однако немногие респонденты информированы относительно истинной причины прилива сил, о необходимости соблюдения ограничений при потреблении энергетиков, о негативных последствиях потребления энергетических напитков для здоровья.

В связи с тем, что после первичного анкетирования была выявлена группа студентов колледжа, которые систематически употребляют энергетические напитки, они были отнесены к категории риска. Тогда было решено провести просветительское мероприятие для изменения уровня информированности подростков об энергетических напитках и для

мотивации их к отказу от употребления энергетиков – была использована такая ведущая традиционная форма группового обучения, как лекция с использованием мультимедийной презентации.

Целью мини-лекции было познакомить студентов с основными сведениями об энергетических напитках, объяснить его влияние на организм молодого поколения, и дать рекомендации о том, каким образом можно избежать привыкания употребления этих напитков. В ходе лекции был показан видеоролик на эту тему из телепередачи «Среда обитания: что в бутылке?». После просмотра видеофрагмента была организована дискуссия, где обсуждались основные аспекты применения энергетиков, основные проблемы и трудности. Также со студентами были обсуждены главные мотивы употребления энергетических напитков. После дискуссии обучающимся было предложено пройти вторичное анкетирование.

Целью вторичного анкетирования являлось определение степени усвояемости информации по исследуемой проблеме после проведенного группового занятия.

Сравнительный анализ данных первичного и вторичного анкетирования показал, что существенное изменение степени информированности студентов по основным аспектам проблемы. Некоторые ответы, полученные при вторичном анкетировании, не отличаются от результатов первичного, но был выделен блок вопросов, по которым респонденты после проведенной лекции изменили своё мнение.

Так, например, на вопрос «Знаете ли вы, что такое энергетические напитки?» количество положительных ответов увеличилось на 3,4% и все опрашиваемые теперь знают, что такое энергетические напитки. На такой же процент уменьшилась доля участников опроса, которые не знали о вреде энергетических напитков.

При ответе на вопрос «Могут ли энергетические напитки вызывать зависимость?» процент правильного ответа среди обучающихся увеличился на 27,5% (Рисунок 1).

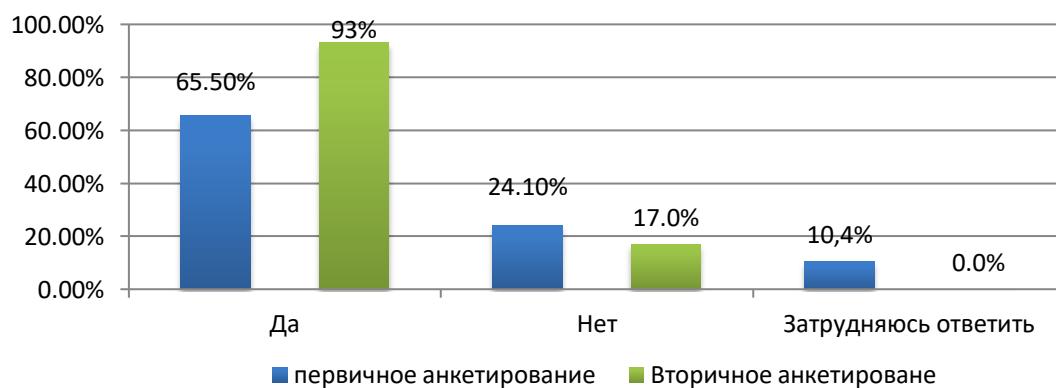


Рисунок 1 — Могут ли энергетические напитки вызывать зависимость?

На вопрос, связанный с пониманием различных последствий употребления энергетиков, при первичном анкетировании процент правильных ответов был ниже, чем после проведения вторичного анкетирования.

Кроме того, если при первичном анкетировании 41,4% респондентов «считали энергетики вредными и употреблять не собирались», то после проведенной лекции и вторичного анкетирования процент респондентов, выбравших этот ответ, увеличился на 19,6%. Однако осталась категория студентов, которые продолжают считать энергетики вредными, но употреблять их не перестанут (24,1%).

Особо следует отметить, что молодые люди все-таки осознают важность введения запрета на продажу энергетических напитков до 18 лет, потому как 55,2% респондентов высказались за усиление ограничительных мероприятий по распространению данного типа тонизирующих напитков, учитывая, при первичном анкетировании доля таких респондентов составила всего 27,6%.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило важность изучения проблемы популярности энергетических напитков в молодежной среде и необходимость проведения санитарно-просветительной работы среди подростков и молодых людей, как компонента комплексной программы профилактики отрицательного воздействия напитков, содержащие тонизирующие компоненты.

Библиографический список:

1. Вред энергетических напитков [Электронный ресурс] - 18.11.2020 - <http://42.rospotrebnadzor.ru/content/777/99238/>
2. Плюсы и минусы употребления энергетических напитков [Электронный ресурс] - 17.10.2017 - <https://plusminusi.ru/plyusy-i-minusy-upotrebleniya-energeticheskix-napitkov/>
3. Энергетические напитки: бодрость взаймы, «пища» для ума [Электронный ресурс] -21.05.2016 - http://12.rospotrebnadzor.ru/bytag1/-/asset_publisher/qS9W/content/энергетические-напитки%3А-бодрость-взаимы-«пища»-для-ума

Корнилова Валентина Сергеевна

г. Биробиджан, ОГПОБУ

«Биробиджанский медицинский колледж»

34.02.01 Сестринское дело, 2 курс

Научный руководитель - преподаватель Вторушина Л.Б.

E-mail: bmk.06@mail.ru

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ КРАСОТА?

Красота — это воплощение всего прекрасного в мире, того, что заставляет удивляться и восхищаться. Это может быть природа, искусство, архитектура и, конечно, люди.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что индустрия красоты стремительно развивается. Это побуждает человечество искать в себе недостатки, совершенствоваться и отвечать нынешнему канону красоты, потому что желание мужчины или женщины нравиться противоположному полу всегда определенно важно. Как же в глазах современного человека воспринимается «красота»?

Понятие красоты человека относительное. Для кого-то она заключена во внешних данных, другим же важнее личностные качества. Не говоря уже о том, что у каждой национальности свои эталоны красоты. И вопреки так называемому понятию «модельная внешность» люди с такими характеристиками нравятся далеко не каждому. Ведь помимо физической красоты есть ещё и нравственная, духовная красота.

Стоит отметить, что большая часть людей не хотят признавать и мириться с тем, что время уходит и молодость уходит вместе с ним. Желание продлить молодость и сохранить

красоту присуще любой женщине Услуги красоты в настоящее время стали доступны, но, тем не менее, не все представительницы прекрасного пола желают ими пользоваться. В настоящее время, не редкость, что даже представители сильной половины человечества не ограничивают себя в процедурах. В стихотворении Николая Заболоцкого поставлен вопрос:

.....что есть красота

И почему её обожествляют люди?

Сосуд она, в котором пустота,

Или огонь, мерцающий в сосуде?

Анализ изученных источников и литературы о красоте должен осветить проблему красоты современного человека. Отношение к себе и желание быть красивой.

Цель – исследовать отношение студентов к современной красоте и возможности её корректировки.

Провести опрос на тему: «Отношение к улучшению собственной внешности».

Объект исследования – отношение к красоте

Предмет исследования - отношение студентов БМК ЕАО к красоте и косметологическим процедурам.

Гипотеза: студенты БМК ценят и внешнюю и внутреннюю красоту человека и считают, что коррекционные процедуры должны проводиться с осторожностью, чтобы не исчезла индивидуальность.

Термин «красота» определяется, как совершенство, гармоничное сочетание всех аспектов объекта, вследствие чего, другой объект (человек) получает эстетическое наслаждение. Красота - одна из важнейших категорий культуры.

Красивой считается соблюдение пропорций и симметрии.

Красивым человеком восхищались почти во все времена, красивое тело человека часто вызывало самые восторженные отзывы. Приходилось создавать идеал, к которому необходимо было стремиться.

Красота мужского тела связана, прежде всего, с наилучшим выполнением его роли победителя соперников в соревновании, покровителя, защитника семьи, самца, продолжателя рода: стройное, мускулистое и гибкое тело, широкие плечи, узкие бедра. Крепкий скелет и достаточно развитая мускулатура мужчины обладали не только явной целесообразностью его как самца, но и служили, несомненно, притягательным информационным сигналом для женщин.

Красота женского тела всегда была высочайшей эстетической ценностью, но отношение к красоте, особенно – женской, было весьма настороженным.

Женская красота — это очень абстрактное понятие. У каждого человека свои представления о том, как должна выглядеть женщина. Каждый из нас уникален, любая женщина по-своему красива.

Внешняя красота женщины — отражение её внутреннего здоровья. Красивая кожа, волосы, стройное тело, блеск глаз — это признаки того, что все системы организма в полном порядке.

Женская красота на протяжении всей человеческой истории была чуть ли не одним из самых сильных источников вдохновения для людей искусства. Собственно, первыми произведениями искусства были именно женские фигурки. Археологи прозвали их "палеолитическим Венерами.

Разглядывая древнеегипетские изображения, нетрудно заметить, что нагота в те времена не воспринималась в Египте как нечто предосудительное. Одежды египтянок — тонкие и полупрозрачные, практически не скрывающие линий тела, а танцовщицы обычно вообще выступали "топлесс".

Идеалом женской красоты считалась высокая, стройная брюнетка с широкими плечами, плоской грудью, по-мальчишески узкими бедрами и длинными ногами. Черты лица древней египтянки были тонкими, особенно выделялись глаза. Чтобы придать глазам блеск и расширить зрачки, в них капали сок беладонны, так называемую "сонную одурь".

Идеальной формой глаз считалась миндалевидная. В Древнем Египте уже были все основные виды косметических средств: от пудры и помады до краски для ногтей и различных мазей. Любили египтянки и пышные прически: брились налысо, а на голову надевали парики из овечьей шерсти. Египтянки стремились к тому, чтобы кожа была гладкой, без единого волоска, поэтому они еще тысячи лет назад практиковали известную и нашим современницам восковую эпиляцию. После удаления волос кожа умащивалась маслами и благовониями, а с помощью белил ей придавали "модный" светло-желтый оттенок.

О восприятии красоты в античные времена можно судить по дошедшим до нас статуям и рисункам.

Вот, например, "модельные" параметры Афродиты Книдской, исполненной знаменитым Праксителем: рост — 164 см, грудь — 86, талия — 69, бедра — 93.

По статуям можно составить представление об идеальных чертах лица древней гречанки: большие глаза с широким межвековым разрезом, маленький рот и классический "греческий" нос, прямой и фактически продолжающий линию лба. Гречанки, как и египтянки, всюду пользовались косметикой: подкрашивали глаза и брови, румянили щеки. Самая популярная прическа тех времен нам тоже прекрасно знакома: это завязанный на затылке греческий узел "коримбос". Волосы чернявые гречанки предпочитали обесцвечивать при помощи щелочного мыла и солнечных лучей.

Греческие каноны красоты перешли к римлянам с некоторыми поправками. Идеальной римлянке предписывалось быть статной, дородной, уж ни в коем случае не худой. Однако полнота требовалась отнюдь не рыхлая, фигура должна была сохранять грациозность и стройность. Для римлянок, скелет которых был генетически тоньше, чем у гречанок, выполнить это условие было нелегко. Они активно занимались физическими упражнениями, а также туго бинтовали грудь и бедра.

Желание стать блондинками перешло от греков к римлянам вместе с остальными канонами красоты. Именно светлые, русые, рыжие волосы особенно ценились в Древнем Риме. Кожу римлянки тоже отбеливали, и тоже довольно опасным способом — свинцовыми белилами, что нередко приводило к отравлению.

Нигде красота не была столь искусственной, как в странах Дальнего Востока. Лица китайских и японских женщин обильно гримировались: на лицо накладывался такой большой слой белил, что оно напоминало маску из фарфора. По канону лицо красавицы должно было выглядеть как можно бесстрастнее. Лоб должен быть как можно выше, для чего волосы на лбу сбривались, а сам лоб по краю волос обводился тушью. В результате получался желанный удлинённый овал. Японки сбривали даже брови, а вместо них как можно выше рисовали короткие толстые черточки. Рот должен выглядеть маленьким (губы

"бантиком"). Показывать зубы всегда считалось дурным тоном, поэтому китайки до сих пор смеясь прикрывают рот ладошкой. Японки же многие века с 12-14 лет чернили зубы.

Представление о женской красоте у европеоидных народов Азии (будь-то арабы, или индийцы) весьма схожи. Это должна быть "жгучая" восточная красота Шахерезады из "1000 и одной ночи": большие черные глаза с влажной поволокой ("как у газели"), зубы "как жемчуг", волосы и брови — густые и черные "как смоль", груди — подобные "двум холмам, увенчанным алыми вишнями, полные бедра и при этом тонкие пальцы и щиколотки. Полнота вообще весьма ценилась азиатскими народами.

На смену пресыщенной античности пришла аскетичная и суровая эпоха христианства. Нагота и вообще все телесное отрицалось, как "земное" и "греховное". Тела женщин скрываются под просторными бесформенными одеждами, голова покрывается накидкой. В моде — бледность, полное отсутствие косметики, чистота и невинность.

Однако, когда в Высокое Средневековье (XII-XIII вв.) жизнь людей улучшилась, а нравы стали мягче, европейский мир опять вспомнил о женской красоте. В среде провансальских трубадуров родился культ Прекрасной Дамы, являющийся земным продолжением культа Мадонны. Внешность же "Прекрасной Дамы" должна была иметь следующие достоинства. Во-первых, тонкий и гибкий стан, желательно S-образного силуэта. Бедра должны быть узкими, грудь — аккуратной и небольшой. Это подчеркивали и длинные узкие одежды. Ценились также высокая талия и слегка выступающий живот (как символ беременности). Худоба и бледность продолжали оставаться "модными", однако на щеках идеальной Дамы обязательно должен гореть румянец, а взгляд быть "ясным и веселым".

Итальянские гуманисты заново открывают для Европы каноны античной красоты. Искусство Древней Греции становится образцом для художников и скульпторов. Вместе с ним возвращается и внимание к человеческому телу как таковому. Нагота все чаще появляется на картинах светского содержания.

Мастера Раннего Возрождения еще не слишком удаляются от средневекового идеала красоты: "Венера" Боттичелли обладает знакомой хрупкой фигурой с покатыми плечами. Однако с появлением так называемых "титанов Возрождения" — да Винчи, Микеланджело, Рафаэля, — идеальная женская фигура преобразуется. Теперь — это статная, полнокровная, "телесная" женщина высокого роста с широкими плечами, пышной грудью, широкими бедрами, полными руками и ногами. Воспевание телесной полноты достигает апогея в картинах Рубенса.

От средневековья остается мода на высокий лоб, плавность линий которого не должны нарушать даже брови (их часто выбривали). Волосы же "выпускаются" на свободу. Теперь они должны быть обязательно видны — длинные, вьющиеся, золотистые.

В эпоху барокко (кон. XVI-XVII вв.) естественность вновь выходит из моды. На смену ей приходят стилизация и театральность. Расцвет барокко пришелся на период правления французского "короля-солнце" Людовика XIV. С этих пор французский двор начинает диктовать моду всей Европе (так называемый "версальский диктат").

В начале XVIII в. наступает эпоха рококо и женский силуэт снова меняется. Теперь женщина должна напоминать хрупкую фарфоровую статуэтку. Торжественную парадность барокко сменяет грациозность, легкость и игривость. При этом театральность и неестественность никуда не уходят — напротив, достигают своего пика. И мужчины, и женщины приобретают кукольный облик.

Красавица эпохи рококо имеет узкие плечи и тонкую талию, маленький лиф контрастирует с огромной округлой юбкой. Декольте увеличивается, юбка также несколько укорачивается. При всем при этом платье почти не подчеркивает фигуры. Внимание сосредотачивается на шее, лице, руках, казавшихся хрупкими среди кружевных оборок, рюшей и лент.

Парики в эпоху рококо приобретают поистине гротескные причудливые формы. На головах носят целые натюрморты из цветов, перьев, лодки с парусами и даже мельницы.

В моду вошли также специальные черные шелковые пластыри — "мушки". Они служили своеобразной любовной символикой, акцентирующей внимание кавалеров на определенных частях женского тела.

Подражание античной одежде (в основном хитону и пеплосу) изменило и силуэт женщины. Платье приобретает ясные пропорции и плавные линии. Основной одеждой модниц стал белоснежный шмиз — полотняная рубашка с большим декольте, короткими рукавами, зауженная спереди и свободно обволакивающая фигуру внизу. Пояс переместился под самую грудь. Так как эти платья делались в основном из тонкого полупрозрачного муслина, модницы рисковали подхватить простуду в особо холодные дни. Поэтому, благодаря египетскому походу Наполеона, как "приложение" к шмизу в моду вошли кашемировые шали, которые широко популяризировала супруга императора — Жозефина.

В XIX веке мода менялась быстро: кринолины сменили античный идеал, на смену им самим пришли тюрнюры, в свою очередь претерпевшие немало изменений и к концу века, практически полностью, сдавшие свои позиции.

Верхом красоты являлась «аристократическая красота»: осиная талия, бледное аристократическое лицо, чрезмерная изящность тела.

Все хотели быть похожими на Виолетту Валери из оперы "Дама с камелиями".

В конце XIX века женщины окончательно обезумели от страсти к худобе; в корсет затягивались даже будущие матери, стремясь достигнуть желанной отметки на сантиметровой ленте - 55. Именно такой размер талии предписывала мода тех времен.

Гораздо позже женщины открыли для себя, что в пышных формах Нана - героини Золя - гораздо больше привлекательности, чем у "Дамы с камелиями". Самые высокопоставленные особы начали румяниться и краситься, подобно женщинам с панели, ужасаясь от одной мысли, что могут заболеть туберкулезом.

На рубеже XIX и XX веков мода чрезмерно экстравагантна. Изящная дама теперь выглядит так: небольшая голова с высокой прической переходит в удлинённый торс, сжатый, как стебелек цветка, корсетом; узкие рукава и поникшие плечи напоминают листья; узкая юбка дополнена турнюрором; высокие каблуки делают походку женщины неуверенной, что сообщает всей фигуре хрупкость.

В XX веке единого стандарта женской красоты нет, но, судя по манекенщицам, в моде дамы стройные (не ниже 170 см) с развитой грудью, узкой талией, широкими бедрами и длинными ногами.

Стиль модерн, возникший на рубеже XIX и XX веков, стал определяющим направлением эпохи - ощущение упадка, безнадежности, трагизма привело к появлению декаданса, обозначившего кризис европейской культуры. В своем стремлении противостоять общепринятой мещанской морали приверженцы направления делали культ из красоты, даже

если она являлась продолжением порока. Отвечая требованиям времени, мода диктует томность, бледность и подчеркнутый трагизм.

Феноменальный успех «Русских сезонов» Дягилева в Париже породил преклонение перед русскими балеринами - имя легендарной Анны Павловой, первой исполнительницы «Умирающего лебедя», стало на долгие годы эталоном совершенства. В то время не существовало понятия «секс-символ», да и сама эстетика модернизма не предполагала обращения к земному и понятному - мужчины того времени желали благоговеть и преклоняться. Фантастический успех русской балерины подарил миру образ воздушной и неземной красавицы, который явился знаковым для формирования канонов красоты в контексте эпохи декаданса.

Грета Гарбо стала родоначальницей андрогинного типа женской привлекательности, объединив в себе образ туманной и неоднозначной женщины-вамп и мужеподобной девы-атлета в брюках и широкополой шляпе. Этот тип красоты и сексуальности очень быстро вышел из моды, но в ту эпоху у Гарбо не было и не могло быть соперниц – строгая и соблазнительная одновременно, она подарила миру новый типаж, эротическое притяжение которого базировалось на ощущении холодности, таинственности и недостижимости. Экранный образ настолько прирос к актрисе, что она, в стремлении оставаться вечной загадкой, ушла из кино на пике своей карьеры.

30-е годы XX века - короткий миг в мировой истории между двумя большими войнами, когда человечество обратилось к ослепительной роскоши в стремлении убежать от реальной действительности.

Женщина, вышедшая на улицу с не накрашенными губами, считалась голой, а любые проявления естественности - моветоном. Иконы красоты и стиля того времени поражали своей ухоженностью, изысканностью и утонченностью, они были почти отчаянно glamorous в своем стремлении соответствовать высоким стандартам эпохи.

В 40-е годы Голливуд уже стал полноправным законодателем моды на канонических красавиц, однако страна жила ожиданием войны, а потому шикарные дамы в шелках и туманах временно уходят с экранов. Отпечаток социальной позиции массового искусства лежал буквально на всем - женщины старались быть не пленительными и желанными, но активными, решительными, почти во всем равными мужчинам.

Уходит в прошлое мода на блондинок – на пике популярности шатенки, наивное выражение лица, кукольные прически, маленькие, резко очерченные губы. Рождается новый социальный феномен «девушки с обложки».

С концом войны в моду закономерно возвращается женственность. Переломным рубежом в мире "высокой моды" принято считать 1947 г., когда Кристиан Диор представил коллекцию "New Look" ("Новый взгляд"). Силуэт нового идеала красоты отныне стал таков: круглые покатые плечи, прилегающий лиф, подчеркивающий грудь, тонкая талия, маленькая головка и ноги в легких туфельках на высоких каблуках. Платье удлинилось до середины икр и расклешилось. Чтобы усилить впечатление от округлых линий груди и талии, большое количество ткани навёрчивалось ниже талии, расширяя бедра. Для создания "воздушности" платья нередко поддевалась многослойная нижняя юбка. Вновь стали применяться корсеты (но преимущественно не жесткие).

Впрочем, теперь кутюрье поступили разумно. Вместо того, чтобы пропагандировать один тип красоты, они впервые стали вводить в моду несколько силуэтов платья.

Мини и *sexu*, хиппи и Твигги (1960-70-е). 1960-е годы ознаменовались молодежной и сексуальной революцией. Юные и дерзкие, наверное, впервые в истории заявили о создании своего мировоззрения, своей музыки и своей моды.

Однако, многое из радикальной моды хиппи в 1970-е годы, "поглаженное и расчесанное", становится "мейнстримом". В первую очередь, это брюки-клеш, яркий декор, пестрые цветастые ткани, вязаные вещи — шарфы, свитера, водолазки. Юбки вновь удлиняются. В одежде преобладают практичность и простота. Женщины перестают носить бюстгалтеры. В моду входят синтетические немнущиеся ткани.

Секс, унисекс, эклектика! (1980-е и далее). В 1980-е годы капиталистический мир разбогател и окончательно превратился в "общество потребления". Богатство и власть, показные шик и роскошь стали основными ценностями этой эпохи. Деловая самоуверенная бизнес-леди и вульгарная агрессивно сексуальная девица — вот два основных женских образа 80-х.

Строгий деловой костюм из дорогих тканей вновь характеризуется широкой линией плеч — олицетворением силы и власти женщин-феминисток. Брюки носятся либо прямые, либо "бананы" — зауженные книзу. Для подтверждения дороговизны вещей многие лейблы модных марок помещаются на лицевой стороне одежды.

Женщина всеми способами стремится казаться эффектной и раскрепощенной. В моде фитнес и аэробика, а значит — стройное спортивное тело. Для ленивых, опять-таки, существует силикон и пластическая хирургия.

В 1990-х маятник моды вновь качнулся в противоположную сторону. Роскошь сменяет минимализм, демонстративную сексуальность — унисекс, а пышнотелых моделей — худышка Кейт Мосс.

В моде простой силуэт, отсутствие украшений. Основатель моды "унисекс" — Кельвин Кляйн — выдвигает лозунг "Просто будьте!". Теперь юноши и девушки одеваются одинаково — майки, мешковатые штаны, ботинки на толстой платформе.

Но уже в конце 1990-х "унисекс" и "героиновый шик" сходят на нет. Человечество вновь полюбило фигуристых здоровых красавиц. Однако, индустрия моды теперь не стремится связывать себя обязательствами с новыми моделями, постоянно меняя их. Так же головокружительно меняются и модные направления, в большинстве своем смешивающие и цитирующие прошлые эпохи.

Можно много спорить о природе красоты, о ее относительности, но признаемся честно: красивыми и молодыми хотят быть все.

Но красота недолговечна и если в 20 лет, как говорила Коко Шанель, она дается природой, то в 50 — полностью зависит от женщины.

Не допустить «первую смерть красивой женщины» помогают современные средства косметологии. С каждым годом границы молодости отодвигаются все дальше, и «жизнь только начинается» не в 30 или 40 лет, а в 50 и даже в 60.

В переводе с греческого «косметология» (*kosmetike*) — это «искусство украшения».

История косметологии насчитывает как минимум двадцать тысяч лет. Искусство «ухода» за лицом и телом восходит к доисторическим временам — причём в древности и мужчины, и женщины прибегали к использованию косметических средств в равной степени.

В истоках косметологии лежат здравый смысл и функциональность. Началом стало осознание необходимости личной гигиены, ритуальных раскрасок и желания выделяться.

Первые косметологические салоны возникли в 90-х годах прошлого века, а клиники эстетической медицины, предлагающие комплексные процедуры по поддержанию красоты и молодости начали свою работу в России в начале XXI века.

С середины XIX века российская косметическая промышленность начинает активное развитие.

В 1930 году открывается первый «кабинет врачебной косметики», который, расширяясь, к 1968 г. превращается в «Институт красоты».

В 1937 году по приказу Наркома пищевой промышленности А. Микояна, в Москве создается «Институт косметики и гигиены Главпарфюмерпрома», в 1966 году он становится Московским НИИ косметологии, а позже – Институтом пластической хирургии и косметологии.

В июле 2009 года в России специальность «косметология» официально утверждена Минздравом РФ и внесена в Государственную номенклатуру врачебных специальностей.

Для достижения поставленной цели, был проведен опрос на тему: «Отношение к улучшению собственной внешности» студентов Биробиджанского медицинского колледжа, в котором приняли участие 168 человек (из них 141 девушки).

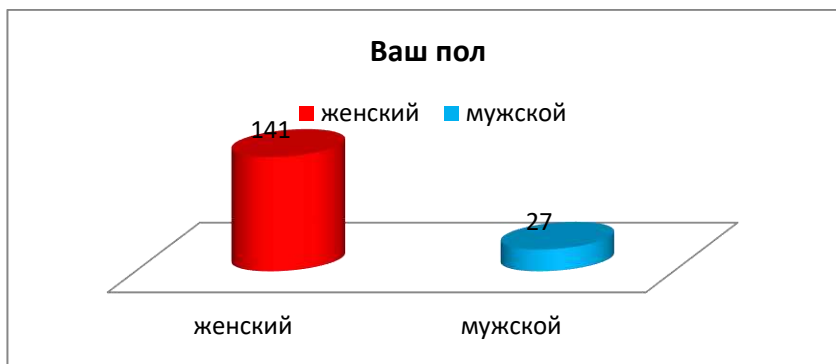


Рисунок 1. Количество мужчин и женщин, участвующих в опросе.

Среди опрошенных, по возрастам: 63% (106 человек) составляют респонденты в возрасте от 18 до 20; 15% (25 человек) - 21-30 лет; 14% (23 человека) - 31-40 лет; 5% (9 человек) - 41-50 лет и 3% (5 человек) - более 50-ти лет.

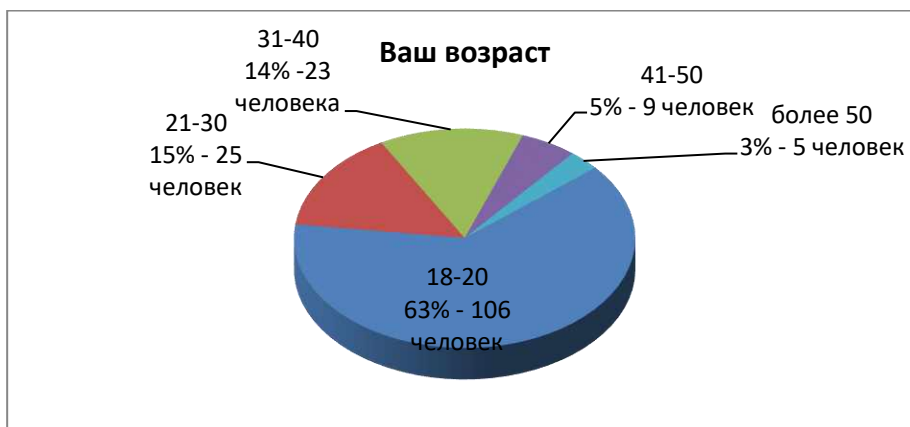


Рисунок 2. Процентное соотношение респондентов по возрастам.

На вопрос, должна ли женщина быть красивой, 85% - 143 человека дали положительный ответ, а 15% - 25 человек ответили «Не должна».



Рисунок 3. Должна ли женщина быть красивой.

Важно отметить, что красота, по мнению большей частью опрошенных, должна содержать и душевный и физический аспект (112 человек – 66,7 %), преимущество душевных качеств отмечают 53 человека – 31,5%, и трое -1,8% считают главной красоту тела.).

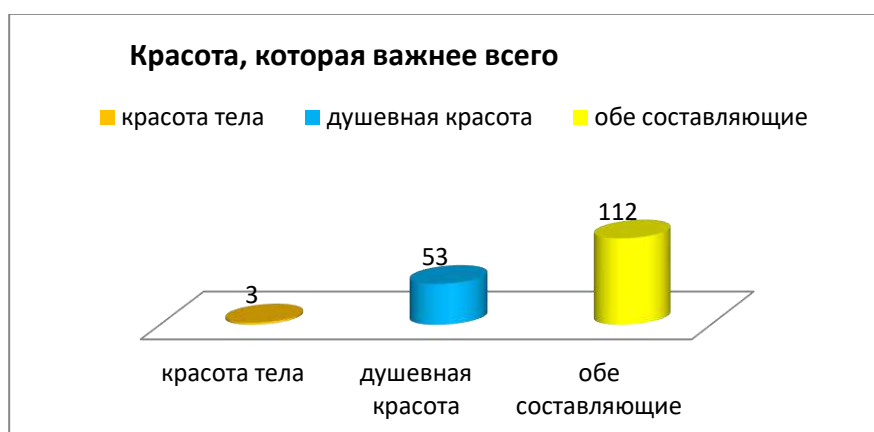


Рисунок 4. Какая красота важнее всего?

44% опрошенных (74 человека) к современным стандартам красоты относятся с уважением, но примерно 30% (52 человека) не одобряют современных канонов красоты, и еще 25% (42 человека) считают, что раньше женщины были красивее.

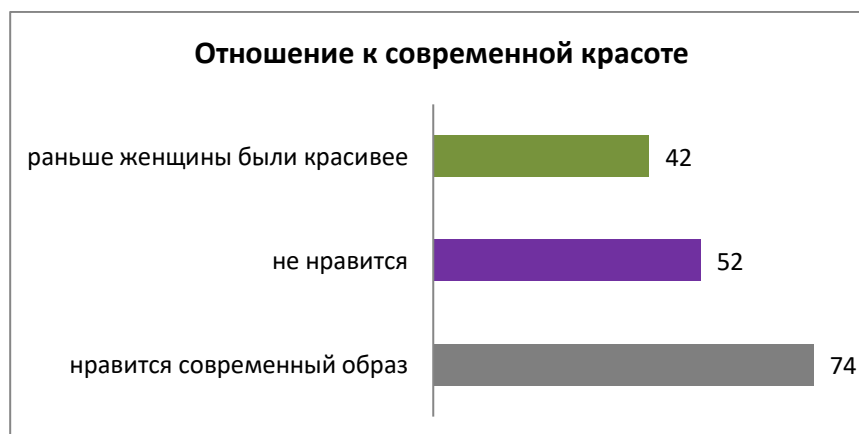


Рисунок 28. Отношение к современной красоте.

В свете нашего исследования, находит подтверждение и тот факт, что, прежде всего, девушка старается быть красивой для себя (146 -88%), а не для других.



Рисунок 5. Для кого женщина стремиться быть красивой?

Косметологические улучшения внешности, по мнению участвующих, влияют на взаимоотношения между мужчиной и женщиной таким образом:

52% (87 человек) ответили, что косметологические улучшения внешности безусловно повышают привлекательность.

43% (72 человека) считают, что эти мероприятия никак не влияют на взаимоотношения.

5% (9 человек) убеждены, что такие процедуры повышают вероятность измен.



Рисунок 6. Как улучшение внешности влияет на взаимоотношения мужчины и женщины?

Участвующие в опросе, так же отметили, что после косметологических процедур, степень уверенности в себе: повышается-125 человек-74%; не повышается вообще – 43 человека – 26%



Рисунок 7. Как косметологические услуги влияют на степень уверенности в себе?

Большая часть так же понимают, что красота требует жертв и после активного чрезмерного увлечения ею, могут быть и осложнения. 93% опрошенных – 156 человек осведомлены о возможных осложнениях после косметологических процедур. И только 7% - 12 человек не знают о последствиях. Это свидетельствует о том, что люди, в большинстве своём адекватно относятся ко всем новшествам, и способны чувствовать меру.

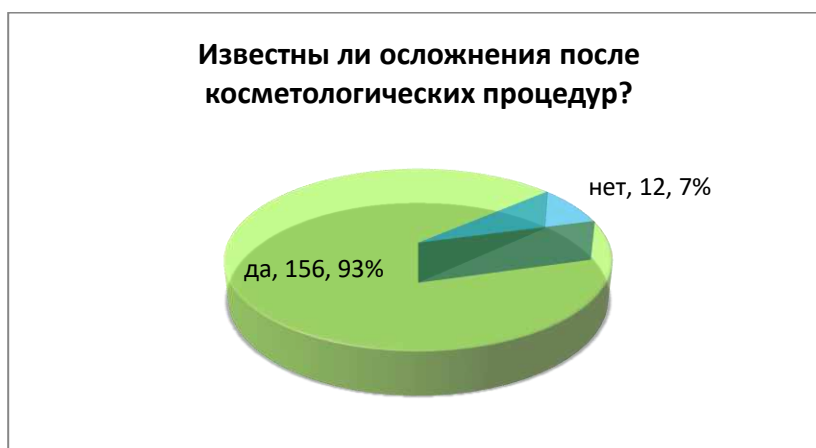


Рисунок 8. Знаете ли вы об осложнениях после косметологических процедур?

К искусственному улучшению внешнего вида, большая часть опрошенных относится положительно – это 92 человека (55%). Отрицательное отношение у 69 людей (41%). И 7 человек (4 %) - всегда ждут новшеств.



Рисунок 9. Отношение к искусственному улучшению внешности.

Большинство (57% 96 человек), так же считают, что для красоты и гармоничного самоощущения недостаточно только косметологических процедур, должна быть и физическая красота (красота тела). Но для немалой части (72 человека-43%) не приемлемо заботиться о физической форме.

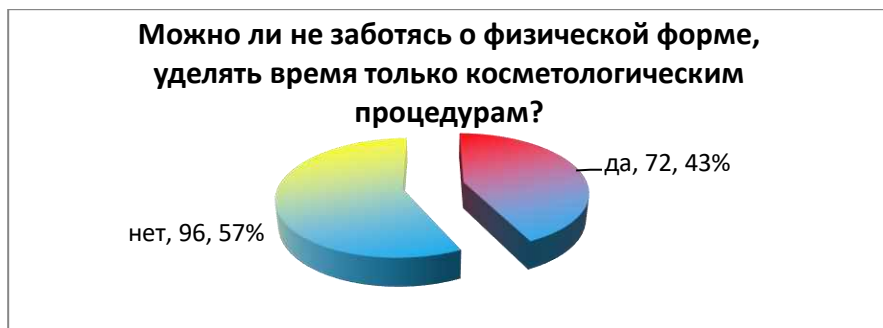


Рисунок 10. Соотношение желающих уделять время только косметологическим процедурам и тех, кому необходимо заботиться еще и о физической форме.

В практической части удалось выяснить должен ли мужчина посещать косметолога? И 56% (94 человека) - уверено ответили «ДА», а 44% - (74 человека) – ответили «НЕТ». Большая часть дали положительный ответ, ведь мужчина тоже человек, который так же поддаётся физиологическим процессам старения и в наше время есть возможность замедлить это течение.

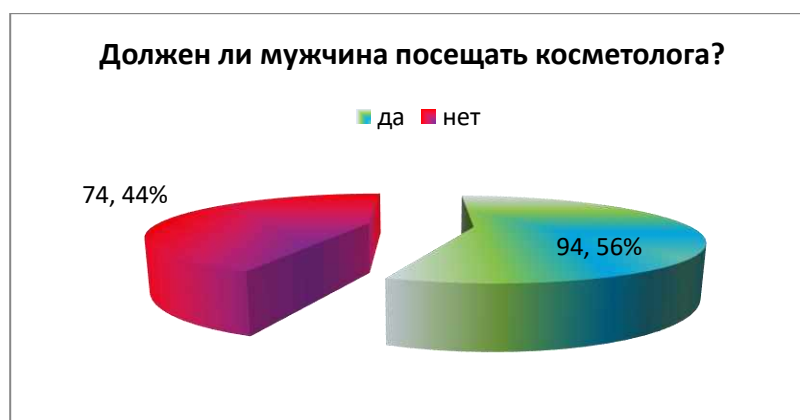


Рисунок 11. Соотношение мнений на тему, должен ли мужчина посещать косметолога.

К мужчинам, которые посещают косметолога 72% (120 человек) относятся равнодушно, 23% (39 человек) даже уважают таких мужчин, и только 5% (9 человек) не одобряют такие решения мужчин.



Рисунок 12. Отношение к мужчинам посещающих косметолога.

А вот сумма, которую допустимо, по мнению опрошенных, тратить на красоту мужчины и женщины заметно разнится.

Например, из результатов исследования, сумму более 3000 рублей допустимо тратить на косметологические услуги женщине 55% (92 человека), а мужчине 35% (58 человек).

Сумму до 3000 рублей для женщин допустимо тратить в 32% случаев (54 человека), а для мужчин 37% (62 человек).

До 1000 рублей можно тратить на косметологические услуги женщинам 9% (16 человек), а мужчинам 17% (29 человек).

И совсем жалко тратить на косметологические услуги женщинам в 4% (6 человек), а мужчинам 11% (19 человек). Из опроса видно, что женская красота ценится дороже. Всё-таки предпочтение отдают женской красоте.



Рисунок 13. Допустимый диапазон ценовой категории для женщин в сфере косметологических услуг.



Рисунок 14. Допустимый диапазон ценовой категории для мужчин в сфере косметологических услуг.

Углубляясь в желания современных девушек, высокий процент ещё не использовали никаких процедур (33%, 58 человек), так же немало тех, кто допускает применение совсем простых манипуляций, вроде чистки лица (28%, 49 человек). 28 человек опрошенных желают увеличить губы (16%). Практически с ними наравне те женщины, которые попробовали бы инъекционную косметологию (12%, 20 человек). Коррекцию бровей желают сделать 7%, 12 человек. Массаж хотят использовать 2%, 4 человека. Некоторые жаждут сделать пластическую операцию – 2%, 3 человека.



Рисунок 15. Косметологические услуги, которые хотят использовать.

Из них коррекцию лица и тела выполняли 31% (54 человека), 8% (13 человек) только планируют, и 61% (104 человека) ещё не вносили коррективов в свою внешность.

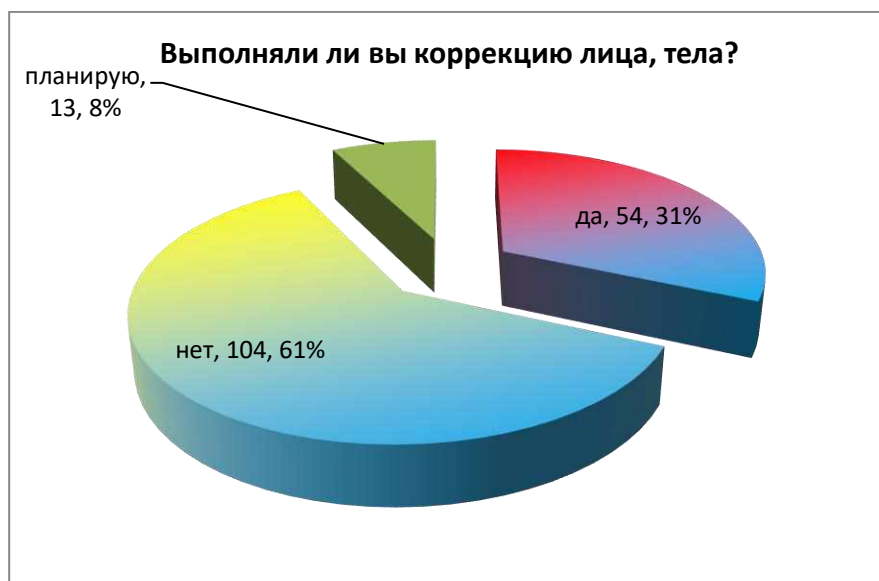


Рисунок 16. Процентное соотношение людей, имеющих опыт в коррекции лица и тела, и тех, кто еще ничего не делал.

Я попыталась выяснить, насколько часто необходимо посещать косметолога. И получила следующие результаты.

Большая часть 60% (101 человек) считают посещение косметолога необходимым при возникновении, непосредственно какой-либо проблемы;

17% (29 человек) – считают, что косметолога необходимо посещать один раз в месяц; 11% (19 человек) считают достаточным посещать косметолога раз в три месяца; 6% (10 человек) – считают, что в посещении косметолога нет необходимости; а так же 6% (9 человек) – говорят о том, что посещение к специалисту необходимо 2-3 раза в месяц.

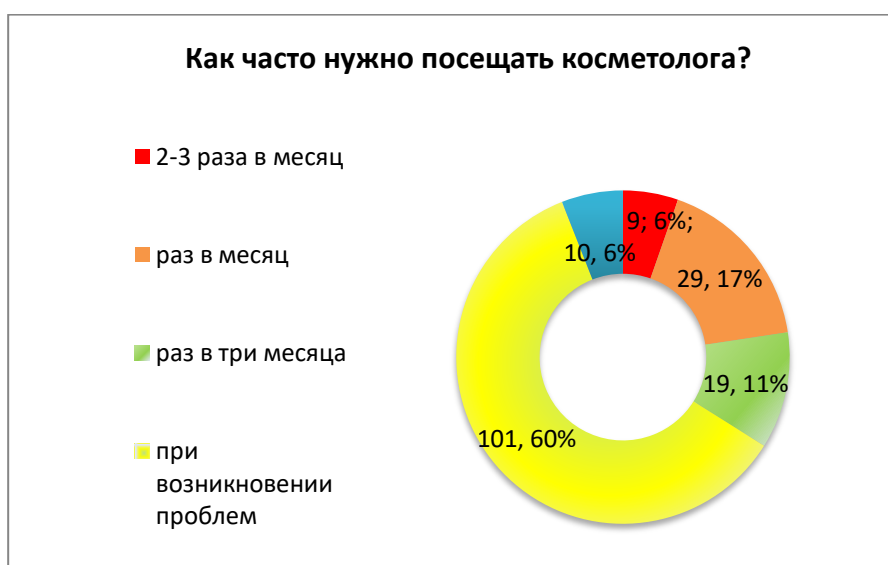


Рисунок 17. Частота посещений косметолога.

Исходя из вопроса, когда необходимо начинать пользоваться косметологическими услугами, были получены следующие данные:

33% (56 человек) опрошенных, считают, что проблемы, решаемые косметологией, могут возникнуть в 30-40 лет. Пора начинать: 32% (54 человека) убеждены, что необходимо начинать посещение косметолога в 20-30 лет; 16% (26 человек) – говорят, что в 40-50 лет точно пора к косметологу; 12% (20 человек) – уверены, что и до 20-ти лет есть необходимость в косметологе; 7% (12 человек) – говорят, что пользоваться косметологическими услугами нужно начинать только после 50-ти лет.

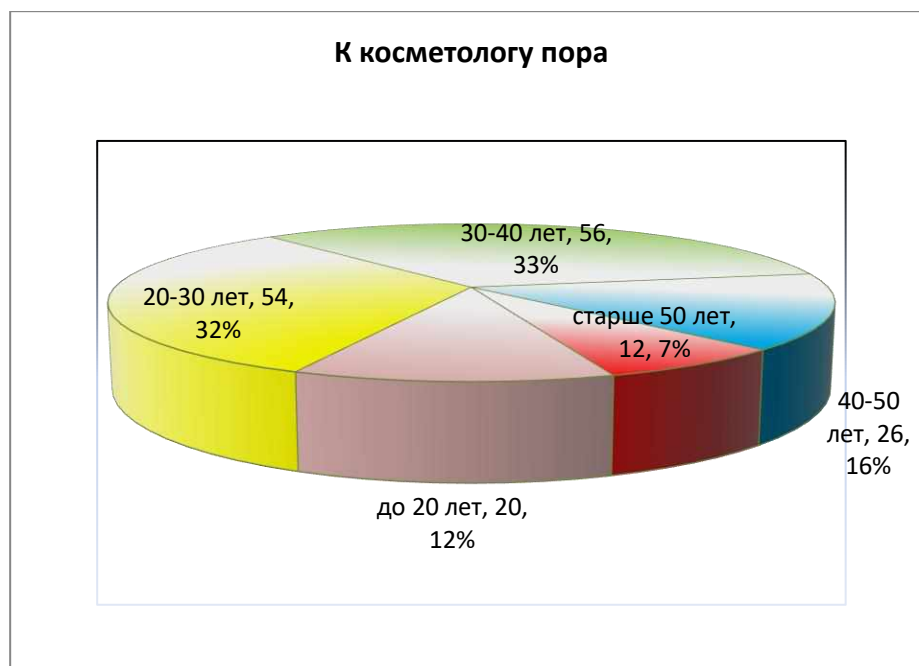


Рисунок 18. Возраст, в котором пора к косметологу.

Несмотря на все плюсы и минусы косметологических услуг, лишь 27% (46 человек) считают, что стоимость на эти услуги, не имеет значения, если результат виден; стоимость косметологических услуг должна быть адекватной, считает 55% (87 человек) опрошенных; 21% (35 человек) – затруднились с ответом.



Рисунок 19. Важность стоимости косметологических услуг.

В отношении необходимости наличия медицинского образования у косметолога, было отмечено, что медицинское образование обязательно должно быть 87% (147 человек). А как же по-другому? Косметология как отдельное направление медицинской деятельности пришла в Россию еще в 20 веке. 7% (11 человек), считают, что в медицинском образовании нет необходимости, и ещё 6% (10 человек) полагаются только на положительные отзывы своих знакомых, а не на наличие профессионального образования.

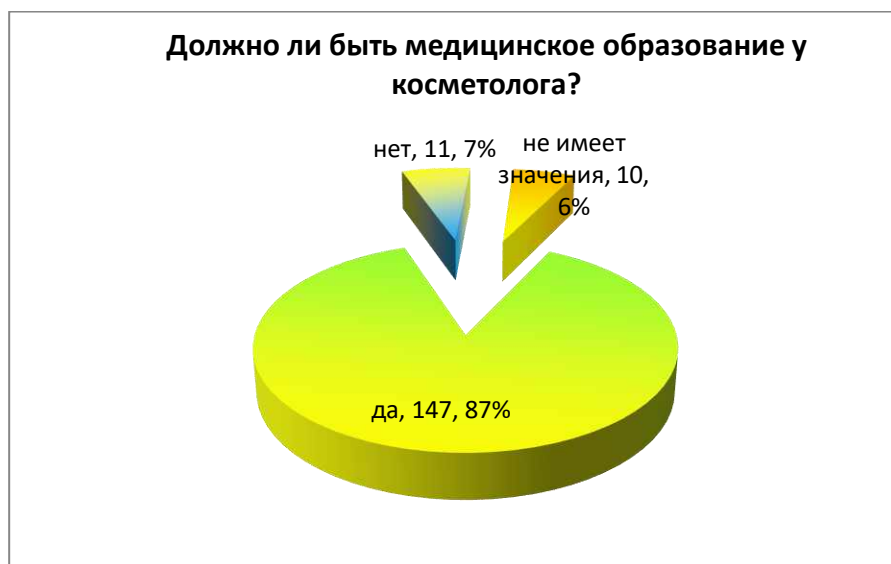


Рисунок 20. Важность медицинского образования.

Почему же нет ожидаемого результата от косметологических услуг? Большая часть 48% (80 человек), считают, потому что изначально слишком высокие ожидания от процедуры, другие считают 36% (61 человек), что уровень профессиональности косметолога – не соответствует заявленному. И 16% (27 человек) считают, что для достижения хорошего результата необходимо проводить больше процедур.



Рисунок 21. Почему от процедуры нет ожидаемого эффекта.

Проведя теоретическое и практическое исследования можно говорить, что добиться красивой внешности можно различными способами: хорошая косметика, правильно подобранная одежда, ухоженные волосы. Но это средства наружного применения.

Как правило, одежда маскирует недостатки фигуры, косметика — несовершенство и высыпания на лице, а красота волос достигается за счет применения всевозможных бальзамов и масок. Эталоны красоты изменчивы, но во все времена красивые люди — это здоровые люди. Необходимо научиться и научить ближнего своего, любить себя такими, какие мы есть. Красота - уникальна. У тебя есть то, чего нет у других. И нет больше такого человека, как Вы.

Нос правильной формы, пухлые губы, большие глаза, длинные ноги, узкая талия у девушек, все это подпадает под понятие о красоте. Однако это далеко не всем дается природой при рождении. Чтобы исправить это, дамы без раздумий ложатся под нож пластического хирурга. В результате теряются индивидуальность и изюминка. От, казалось бы, идеальных пропорций веет холодом. Кукольная красота менее привлекательна, нежели натуральная. Красивая прическа и макияж, модная одежда и обувь, различные аксессуары и прочее, что создает внешнюю оболочку человека, — все это также можно отнести к понятию «красота». При этом многие в погоне за модой не задумываются о том, что вещь может быть просто не к лицу.

Личные качества нельзя определить по внешности. В этом случае о человеке говорят его поступки и отношение к окружающим. Исправить это нельзя при помощи скальпеля пластического хирурга. Именно поэтому внутренняя красота ценится гораздо больше, нежели внешние данные. Сохранить красоту и очарование не так сложно, как может показаться.

Как же сохранить красоту? Этим вопросом изо дня в день задаются миллионы людей. Конечно, можно пытаться скрыть морщины и некоторые проблемы во внешности при помощи косметики или операций, однако возраст все равно рано или поздно возьмет свое.

Ухаживайте за кожей соответственно возрасту, тщательно снимайте косметику, делайте массаж лица. Это поможет дольше сохранить упругость и свежесть кожи. Что касается стиля. Не стоит гнаться за модой.

Подобранная со вкусом одежда, пусть и не из последней коллекции именитого кутюрье, выгодно отличит человека от модника. Сложнее всего сохранить внутреннюю душевную красоту и не озлобиться на весь мир. Старайтесь видеть хорошее в мелочах, найдите хобби по душе, общайтесь только с приятными вам людьми — и душевная красота останется с вами на долгие годы.

Цель — исследовать отношение студентов к современной красоте и возможности её корректировки.

Гипотеза, что студенты БМК ценят и внешнюю и внутреннюю красоту человека и считают, что коррекционные процедуры должны проводиться с осторожностью, чтобы не исчезла индивидуальность подтвердилась. Цель достигнута, гипотеза подтвердилась.

Библиографический список

1. Альтернативная красота коренных народов мира [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://scorcher.ru/journai/art/art95.php>

2. Андреева А.Ю. История костюма: Эпоха. Стиль. Мода. От Древнего Египта до модерна/А.Ю. Андреева, Г.И. Богомолов. – С-П/б.: Паритет, 2021год.
3. Гатальская С.М. «Философия культуры», Казань, 2019год.
4. Идеал красоты в разных культурах мира [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://byaki.net/2018/06/28/ideal_krasoty_v_raznykh_kulturakh.html
5. Информационный медицинский справочник [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.bakumedininfo.com>
6. Кармин А.С. и др. «Философское понимание человека», перевод редакции Орлова Э.А. Материалы к 22 Всемирному философскому конгрессу С-П/б., 2018 год.
7. Клиника - эстетики. рф [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.urokura.ru>
8. Неретин С.О., Огурцов А.А. «Время культуры», С-П/б., 2020 год.
9. Новикова Е.С., Гуревич П.П. «Культурология», Ростов-н/Д., 2022 год.
10. Плутарх. Сравнительные жизнеописания в двух томах. Т.1. Серия «Литературные памятники». Издательство «Наука», 2018 год. Перевод С.П. Маркиша.
11. Познавательный журнал «ШколаЖизни.ру». Статья «Каким был идеал женской красоты в античности?». Автор: Сергей Курий. 2018г.
12. Шендрик А.И. «Теория культуры: Учебное пособие для вузов», М., 2019 год.

Максименко Ксения Анатольевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ
«Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель - Преподаватель Вторушина Л.Б.
E-mail: bmk.06@mail.ru

ПОДОЛОГИЯ-ИСКУССТВО ЛЕЧЕНИЯ СТОП

Вопросы красоты волновали и волнуют людей всех возрастов и во все времена. Человек, довольный своим внешним видом, увереннее чувствует себя в обществе, у него всегда хорошее настроение и большая работоспособность. Большое значение для красоты имеет гигиенический уход за руками и ногами для придания им эстетического вида.

Руки и ноги - главные рабочие органы человека. Они всегда нагружены, постоянно подвергаются внешним физическим метеорологическим и химическим воздействиям.

Кисти рук всегда открыты всегда на виду. В летнее время стопы и голени также открыты. Содержание их в хорошем состоянии поддерживается посредством периодических процедур маникюра и педикюра. В сочетании с общим эстетическим уходом по типу маникюр и педикюр улучшает состояние организма, предупреждает заболевания кисти рук и стоп.

Педикюр (от фр. *Pédicure*, от греч. *πόδι* - нога, *κοιρά* - ножницы/резать, от лат. *Pedis* - нога, *cure* - уход) - это специальный уход за пальцами ног (например, удаление мозолей, полировка ногтей). Он представляет собой аналог маникюра, но только для ног.

Древние римляне, греки, китайцы, египтяне уделяли много внимания ногам, так как в то время человека кормили в основном они. Травмированная или воспаленная нога могла стать причиной неудачной охоты, прерванного пути и даже гибели. От травм ногу можно защитить обувью, но именно в этих странах в силу климатических условий люди носили обувь, которая почти не закрывала ногу. В Древнем Китае и Египте ухоженные ноги были отличительным признаком аристократии, поэтому процедуры ухода за ногами разрешалось проходить только богатым и знатным людям. В это время появляются первые трактаты, содержащие рекомендации по борьбе с вросшим ногтем и общему уходу за стопой. Необходимые процедуры (омовение, удаление лишних ногтей, загрубелой кожи, мозолей), а также окраску стоп и ногтей специальной краской (цвет указывал на социальное положение) делали, как правило, рабы. Так начиналась история развития педикюра, которая длится и по сей день.

В Средние века необходимость ухода за ногами перестала быть актуальной. Этот процесс называли «усмирением плоти». Уход за телом был запрещен законом. В эпоху Возрождения все вернулось на круги свои, и педикюр вновь занял свое достойное место среди процедур по уходу за телом.

В прошлом ногами занимались цирюльники. Тогда эту нехитрую услугу совмещали с лечением зубов и другими процедурами по уходу за телом. Разделение специальностей произошло в XIX веке. В начале XX века в Европе стали появляться специализированные заведения по уходу за ногами.

Педикюр - это не только баловство, а терапевтическая практика, необходимая, как и любой другой элемент личной гигиены, и требует серьезного подхода.

Правильно сделанный педикюр это и есть ведущая часть подологии.

Объект исследования: Заболевания стоп.

Предмет исследования: Роль подолога в организации ухода и «лечения» заболеваний стоп.

Цель исследования: исследовать роль подолога в уходе за стопами в профилактике грибковых заболеваний и травматизации стоп.

Задачи исследования:

-Изучить литературные и интернет источники с информацией об этиологии, развитии поражений стопы при различных заболеваниях .

-Исследовать истории болезни.

-Сделать выводы.

Гипотеза: своевременное обращение к специалисту подологу приводит к улучшению состояния стоп и ногтей и повышению качества жизни.

Метод исследования:

-Изучение истории болезни

-Опрос.

С греческого языка слово «podos» переводится как стопа, а «logos» – учение. Отсюда следует, что подология – наука о стопе. Это раздел дерматологии, который занимается лечением заболеваний ногтевых пластин на нижних конечностях, изучением патологии кожи стоп и повышенной функции потовых желез ног.

Согласно медицинскому справочнику, подология – одна из отраслей практической медицины, основным направлением которой является решение проблем со стопами. При этом они могут иметь различный характер и происхождение.

В России подология совсем новое направление, пришедшее к нам из Германии в конце 90 - х. годов. В нашей стране о таких специалистах до сих пор известно только в узких кругах населения.

Подолог - специалист аппаратного педикюра с необходимыми знаниями анатомии, физиологии и биомеханики стопы. В сферу его внимания попадают не только обработка ногтей, кожа стопы, деформации стопы, но и все заболевания, отражающиеся на её состоянии.

Подология – парамедицинская специальность, то есть специалист-подолог находится «рядом с врачом», являясь продолжением его руки. Подолог работает в постоянном контакте с врачами, уточняя у них диагноз и выполняя их указания.

Рассказывая о том, чем занимается подолог, кто это такой, необходимо выделить следующие типы нарушений, с которыми борются эксперты данного профиля:

- Мозоли, трещины, гиперкератозы, и другие изменения эпидермиса и дермы;
- Патологии, возникшие вследствие заражения кожных покровов грибковыми заболеваниями (дерматомикозы);
- Дефекты и травмы ногтевой пластины;
- Повышенная потливость (гипергидроз);
- Паронихия, онихокриптоз (вросший ноготь);
- Диабетическая стопа.

Посещение подолога может быть рекомендовано и при постоянных болезненных ощущениях в ногах. Характер их может быть различным. Ноющие, колющие боли, ощущение тяжести могут указывать на различные патологии. Для точного установления причины он проводит первичный осмотр, после которого назначает ряд обследований и анализов.

Все вышеперечисленные заболевания и состояния ведут к патологическим деформациям стопы, среди которых:

- изменение направления роста ногтей;
- онихогрифоз, или птичий ноготь, — изменение формы ногтевой пластины;
- ониходистрофия — изменение структуры ногтевой пластины;
- гиперкератоз (огрубение кожи ступни), натоптыши, мозоли, трещины и оомозолестости.

Для устранения данных дефектов необходимы профильные знания и специальные инструменты.

В современном подологическом «лечении» используются самые разнообразные методы и подходы:

- Медицинский уход за стопой (медицинский педикюр);
- Аппаратные методики ухода за кожей и ногтями стопы (аппаратный педикюр);
- Лечебный и профилактический педикюр;
- Лечение вросшего ногтя консервативными методами, без хирургического вмешательства;
- Подологическое лечение грибковых заболеваний;

- Ортопластика (изготовление специальных изделий для снятия нагрузки);
- Подбор профилактических кремов и мазей для кожи и ногтей.

К поводам обратиться к подологу относятся:

- стержневые мозоли, натоптыши, трещины;
- чрезмерная потливость стоп;
- подошвенные бородавки;
- грибок ногтей;
- врастание ногтя;
- расслаивание, искривление, изменение окраски ногтевой пластины;
- неравномерное истирание обуви;
- деформация стопы (шишка на большом пальце или мизинце, плоскостопие,

косолапость, молоткообразные пальцы и др.).

Существует несколько категорий людей, более подверженных заболеваниям стоп и, таким образом, входящих в группу риска.

К ним относятся:

- Женщины и мужчины, предпочитающие носить довольно узкую «модельную» обувь и пренебрегающие ортопедическими стельками;
- Представительницы прекрасного пола, отдающие предпочтение обуви на высоком каблуке (выше 5 сантиметров) и носящие ее регулярно;
- Люди, имеющие вес тела, превышающий норму, а также страдающие от ожирения;
- Пациенты, страдающие от заболеваний эндокринной и/или сосудистой систем, а также больные сахарным диабетом;
- Все люди старше 40 лет;
- Люди, профессионально занимающиеся спортом, сталкивающиеся по работе с тяжелыми физическими нагрузками или имеющие частую нагрузку на ноги в результате своей работы;
- Беременные женщины (особенно во втором и третьем триместре).

При первом посещении кабинета подолога проводится обязательный сбор анамнеза, для более точного выявления причины образовавшейся проблемы.

Все полученные данные вносятся в индивидуальную карту.

Так же в индивидуальную карту вносятся все даты посещения кабинета подолога, для оценки динамики и сроков выздоровления.

В подологическом кабинете решается множество проблем, связанных со стопой, таких как лечение и специальная обработка трещин, коррекция вросших ногтей. При наличии современной аппаратуры, косметики и технологии совсем не обязательно бежать с этими проблемами к хирургу.

Необходимость и результаты работы подолога видно на следующих примерах.

Пациент (пол)	Возраст	Диагноз	Причины	Мероприятия по уходу и лечению	Результат
женский	54	Сахарный диабет 2 тип. Гиперкератоз стопы. Поверхностные трещины .	-Неправильно подобрана техника педикюра другого мастера. -Так же самостоятельно проводила педикюр 1 раз в неделю в домашних условиях-терла пятки пемзой ,тем самым нанесла вред коже. -Отсутствие ухода в качестве смягчающих средств (кремов, мазей). -Отсутствие ортопедических стелек.	Замер обуви и стопы стопомером. (норма) -Замер чулочно-носочных изделий по длине стопы.(норма) -Мною был выполнен аппаратный педикюр, без применения кератоликов и кислот. -Наклеили разгрузочный материал на зоны поражения. -Собран анализ на грибок. -Рекомендована консультация дерматолога и ортопеда. -Рекомендовано изготовление и ношение индивидуальных стелек. -Были даны рекомендации для домашнего ухода – Крем с содержанием пантенола и мочевины 20%. -Ношение чулочно-носочных изделий из Х/Б не менее 80%. -Контроль состояния стопы через 30 дней. На данный момент «пациентка» не нуждается в ежемесячных обработках, т.к. применяет все рекомендации.	На данный момент «пациентка» не нуждается в ежемесячных обработках, т.к. применяет все рекомендации.

женский	10	ДЦП Гипергидроз, Онихокриптоз (вросшие ногти 10 ед.)	-Неправильная обработка ногтевых пластин. -Не соблюдение достаточной гигиены стоп и ногтей. -Отсутствие ухода при повышенном потоотделении.	-Замер обуви и стопы стопомером. (норма) -Замер чулочно-носочных изделий по длине стопы - малы на 2 размера. -Мною была выполнена обработка вросших ногтей ,удаление вросшего сегмента, проведена санация и обработка раны антибактериальным средством-Бетадин 10% . -Произвела постановку тампонады . -Были даны рекомендации маме для домашнего ухода – Ванночки скорой дуба 3 месяца, применения противогидрозных средств. -Ношение чулочно-носочных изделий из Х/Б не менее 80%. -Сушка обуви . -Контроль состояния ногтей через день с фотоотчетом.	На данный момент мать «пациентки» выполняет все рекомендации, жалоб на вросшие ногти не имеет, воспалений нет. Контроль и посещение подолога 1 раз в месяц.
женский	23	Гипергидроз, Онихокриптоз	Неправильная обработка ногтевых пластин. -Не соблюдение достаточной гигиены стоп и ногтей. -Отсутствие ухода при повышенном потоотделении. -Беременность 14 недель. -Неправильно подобран размер обуви. -Неправильно подобран размер чулочно-	-Консультация ортопеда. -Замер обуви и стопы стопомером- мал на 2 размера. -Замер чулочно-носочных изделий по длине стопы - малы на 2 размера. -Первый прием: Мною была выполнена обработка вросших ногтей ,удаление вросшего сегмента, проведена санация и обработка раны антибактериальным средством-Бетадин 10% . -Произвела постановку тампонады . -Были даны рекомендации маме для домашнего ухода – Ванночки скорой дуба 3 месяца, применения противогидрозных средств. -Ношение чулочно-носочных изделий из Х/Б не менее 80%.	Образовалась грануляция. Рекомендации не выполнялись или выполнялись частично. Обувь не сменила.

			носочных изделий.	-Сушка обуви . -Контроль состояния ногтей через день с фотоотчетом.	
мужской	25	Межпальцевая стержневая мозоль на 4-х пальцах обеих стоп ,хромота, Гидроз.	Не соблюдение достаточной гигиены стоп и ногтей. -Отсутствие ухода при повышенном потоотделении. -Неправильно подобран размер обуви. -Последствия удаления мозоли электрокоагулятором, долго не заживала, беспокоила ноющая боль.	Замер обуви и стопы стопомером- мал на 1 размер. -Замер чулочно носочных изделий по длине стопы - малы на 2 размера. -Мною было выполнено удаление мозолей инструментом –«Глазки» -Проведена разгрузка на место поражения. -Были даны домашние рекомендации по уходу при гидрозе и смене обуви на реальный размер. -Ношение чулочно-носочных изделий из Х/Б не менее 80%. -Сушка обуви .	На сегодняшний день ничего не беспокоит, «пациент» выполняет все рекомендации. Шрам остался после врачебных манипуляций- удаление мозоли электрокоагулятором.

На примере данных больных видно, что после обращения к специалисту подологу пациенты получали квалифицированное лечение, рекомендации по дальнейшему уходу, что положительно сказывалось на их самочувствии.

Таким образом, гипотеза, что своевременное обращение к специалисту проводит к улучшению состояния стоп и ногтей и повышению качества жизни, доказана полностью. Цель достигнута, задачи выполнены.

Библиографический список

1. Доктор Норберт Шольц. Иллюстрированный атлас по подологии (Dr. Norbert Scholz. Lehrbuch und Bildatlas für die Podologie) ISBN 3-929360-76-4 (Германия).
2. Теория медицинского педикюра, том 1. Клаус Грюневальд, твердый переплет 2020 год.
3. Атлас дифференциальная диагностика поражения ногтей Роберт Бэран и Экарт Ханеке.
4. <https://clinic-nail.ru/important/mikoz-stop/>
5. <https://www.polismed.com/articles-podolog.html>
6. <https://mcgaide.ru/drugoe/podolog-eto-2.html>

Бородина Милена Андреевна

Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 2 курс

Научный руководитель – преподаватель МДК терапевтических дисциплин Гефен Л.И.

E-mail: bmk.06@mail.ru

МЕДИЦИНСКИЙ СЛЕНГ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ

В наши дни развиваются не только технологии и самосознание человека, но и язык. Сегодня язык у человека – это не просто система звуков, это целая сложная система звуков, символов, знаков, жестов и их различные сочетания.

На данный момент в мире насчитывается около 7151 языков, которые в свою очередь делятся на говоры, диалекты, этнолекты, жаргоны, сленги, аргы, а также на разнообразные стили речи. Ежедневно появляются неологизмы или уже существующие слова приобретают новое или второе значение; или наоборот, слова переходят в разряд историзмов и архаизмов.

Одним из многочисленных и мировых языков является русский язык, который также ежедневно претерпевает изменения, развиваясь или деградируя.

В русском языке, как и во всех других, присутствуют говоры, аргы, диалекты, жаргоны и сленги, о которых уже говорилось ранее. И если аргы – это почти тайный язык определённой группы, то жаргоны и сленги известны почти всем. Самыми известными сленгами и жаргонами в русском языке являются: армейский жаргон, молодёжный сленг, тюремный жаргон, студенческий сленг и компьютерный сленг.

Сленг – набор слов или новых значений существующих слов, употребляемых представителями определённых групп, профессий и т. п. и составляющих слой разговорной

лексики, не соответствующей нормам литературного языка.

Сленг – это специальный язык, используемый, человеческой, обычно, профессиональной группой, связанной с определенным ремеслом, для общения друг с другом. Такой язык часто не может быть понятен тем, кто находится вне круга или не знаком с терминологией.

Каждой профессии, социальной группе и даже населённому пункту свойственны свой сленг или жаргон, не исключением из этого списка будет являться и медицина.

Медицинский сленг – это использование сокращений и неформальной терминологии для описания заболеваний, методов лечения.

Используемый медицинскими работниками, медицинский сленг содержит биологические, химические и биохимические термины, непонятные для обычной публики, такие, как автолиз, идиопатический, метеоризм, аэрофагия, галитоз и другие.

Медицинский жаргон, в виде кратких обозначений, экономит время, помогает снять психологическое напряжение медработникам, с другой стороны, его использование допустимо лишь при общении медицинских работников друг с другом в отсутствии пациента, так как иногда медицинский сленг может быть обидным для пациента.

При обращении в лечебно-профилактическое учреждение, пациент может услышать в разговорах медицинского персонала незнакомые ему ранее слова или, как ему покажется, неуместные в контексте фразы. Это может, как напугать, так и отвлечь пациента от его проблем.

Медицинский персонал может использовать медицинский сленг, чаще всего, с двумя целями:

1. Упростить и ускорить передачу информации между собой;
2. Не ввести пациента в состояние паники раньше времени.

В связи с этим мы решили провести исследование и выявить основную причину использования медицинского сленга в профессиональном общении.

Задачи исследовательской работы:

1. Изучить теоретический аспект по данной теме.
2. Рассмотреть русский медицинский сленг.
3. Провести анкетирование медицинского персонала для выявления причин использования медицинского сленга.

Объект исследования: медицинский сленг.

Предмет исследования: причины использования персонала ЛПУ медицинского сленга в профессиональном общении.

Гипотеза данного исследования: главной причиной использования медицинского сленга персоналом ЛПУ является ускорение передачи информации, с целью экономии времени.

Методы исследования:

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

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СЛЕНГА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ

Трудно представить нашу жизнь без языка. Все наши мысли, идеи и знания записаны при помощи языка. Во все времена все языки мира развивались по - своему. Какие-то языки были упрощены специально, а какие-то были созданы искусственно.

Русский язык также развивался на протяжении всего своего существования и со временем разнообразные формы, выражения и разновидности.

Сленг — это одна из его разновидностей и она, безусловно, делает русский язык ярче и разнообразней. Некоторые сленги могут иметь свои предназначения и цели, например, для некого обособления от остального общества.

1.1 Основные разновидности русского языка

Как и любой другой язык, русский язык имеет свои разновидности и структуру. Современный русский язык делится на следующие разновидности:

Территориальный диалект — это одна из разновидностей национального языка, имеющая общие языковые особенности и служащая средством общения жителей рядом расположенных деревень. Диалект — это самая древняя форма существования любого языка. Он функционирует только в устной форме, но может иметь особенности на всех уровнях языка — фонетическом, лексическом, грамматическом.

Социалект — речь социальных и профессиональных групп людей (моряков, компьютерщиков, студентов и др.). Включает в себя сленг, жаргон и арг. В отличие от территориального диалекта, социалект не имеет свойственных ему фонетических и грамматических особенностей. Для социалекта характерно наличие специальной лексики и фразеологии (бабки, тусовка, шпаргалка, стипуха, забить стрелку и т.п.). Обычно в этом заинтересованы низкие слои общества: воры, мошенники, шулеры. Но существует, однако, и профессиональные жаргоны, арг и сленги, а также сленги, арг и жаргоны разных субкультур.

Просторечие — это тоже одна из разновидностей национального языка, которая не имеет своих языковых особенностей, а характеризуется набором языковых средств, нарушающих нормы литературного языка.

Названные разновидности русского языка объединяют понятием «нелитературный язык», противопоставляя его понятию «литературный язык».

Под литературным языком в этой связи понимается система элементов языка, речевых средств, отобранных из русского языка и ставших образцовыми и общеупотребительными. Это язык, обработанный мастерами слова, учёными, общественными деятелями. Для носителей это высшая форма русского языка, включающая оптимальные способы обозначения понятий, выражения мыслей и эмоций.

1.2 Жаргоны, сленги и арг русского языка

Остановимся на одной из разновидности русского языка, а именно социалекте.

Как уже говорилось ранее, социалект - речь социальных и профессиональных групп людей. Рассмотрим жаргон, арго и сленг и установим, чем же можно назвать "язык медицинского персонала".

Изначально под арго понимался язык «низов» общества, деклассированных групп и уголовного мира: нищих, воров, картёжных шулеров и т.п. Со временем термину арго, кроме узкоспециального, придаётся ещё и широкое значение. Й. Йордан считает, что этим термином, исходя из обстоятельств, обозначают: 1) язык преступников, бродяг, нищих и т.п.; 2) то, что иначе именуется жаргоном, то есть специальный язык определённых социальных категорий, например, военных, рабочих, студентов, артистов, школьников и др.; 3) все, что проникает в литературный язык из народной речи и характеризуется естественностью, стихийностью, аффективностью и т.д. Наиболее распространенным значением и основным ученый считает первое.

Единственное отличие жаргона от арго - жаргон более известный и открытый. Также арго больше применяется в каких-либо сектах, группировках и тому подобное, в то время как жаргон используется определённой социальной категорией.

К началу 90-х годов XX в. российская лингвистика закрепила за сленгом такой смысл: под сленгом понимается жаргонизированное просторечие, не имеющее какой-либо социальной или профессиональной прикреплённости и употребляемое широкими социальными группами. Существующие в российской лингвистике определения сленга носят менее эмоциональный и более теоретический характер. Но бывают исключения, когда сленг прикрепляется к какой-либо социальной группе. Как правило, это происходит в тех случаях, когда жаргон имеет маленький набор слов и чаще всего - это не новые слова, а уже существующие, но с другим смыслом. Именно поэтому медицинский сленг, а не жаргон.

1.3 Русский медицинский язык

Одной из особенностей современной лингвистической науки является её многополюсность и многомерность. В этой связи проблемы метаязыка лингвистики приобретают особую актуальность. Как известно, категории и понятия любой области знания, выступающие как результат обобщения реальных фактов языка и речи, закрепляются в соответствующем метаязыке. «Метаязык – это язык второго порядка, особая семиологическая система, употребляемая тогда, когда надо говорить о языке же, выступающем в качестве языка-объекта». Как естественный человеческий язык существует в речи и реализуется через речь, так и метаязык существует в речи и реализуется через речь

Метаязыком также является и русский медицинский язык. Медицинский язык - это язык состоящий из научных терминов греко-латинского происхождения и медицинского сленга.

1.3.1 Медицинская терминология

Являясь важнейшей частью метаязыка медицины, медицинская терминология имеет много общего с терминологиями других естественных наук. Но, имея много общего с терминологиями естественных наук, медицинская терминология, тем не менее, обладает своими специфическими особенностями.

1. Основу медицинской терминологии составляют заимствованные греко-латинские термины или термины, созданные искусственно из греколатинских терминоэлементов.

2. Поскольку греко-латинские термины лежат в основе медицинской терминологии практически всех европейских языков, большинство медицинских терминов являются интернациональными.

3. Активное создание терминов из классических терминоэлементов привело к сознательному влиянию на терминологию: медицинские термины обладают высокой степенью мотивированности и являются семантически прозрачными (например: липома – жировая опухоль, нефрома – опухоль почки).

4. Для пополнения терминологии активно используются эпонимические термины.

5. Сосуществуют две лексические системы - научная лексика (классические термины) и бытовая лексика (медицинский сленг).

По данным разных источников, в медицинской терминологии насчитывается от 200000 до 500000 терминов, что значительно больше, чем в любой другой научной дисциплине. Выделяют до 200 областей медицины, каждая из которых имеет свою частную микросистему терминов.

1.3.2 Медицинский сленг

Медицинский сленг, как вторичная система коммуникации, используется только в неофициальной ситуации носителями языка с высоким уровнем образования и, как правило, высоким уровнем языковой культуры. Носители медицинского сленга понимают нестандартность используемых ими сленгизмов, они легко отличают нормативную и ненормативную лексику.

Сленг в медицине не рассчитан на широкое применение, его невозможно правильно использовать без знания медицинской терминологии. Применение медицинского сленга эффективно только между специалистами, которые понимают значение сленгизмов, большая часть которых заменяет медицинские термины или обозначает специальные понятия, не имеющие стандартизированного обозначения (термина).

Существование сленга в современном коммуникативном пространстве медицины определяется различными, часто экстралингвистическими причинами. Одна из таких причин – желание определить границы профессиональной коммуникации, передать информацию о принадлежности к профессиональному сообществу. Она связана с реализацией парольной функции медицинского сленга, которая направлена на обнаружение общности ментальной и вербальной базы участников коммуникации.

Например, в среде специалистов в области сердечно-сосудистых заболеваний в разных странах электрик – аритмолог, слесарь – кардиохирург, специализирующийся на стентировании сосудов сердца.

Другая причина связана с прагматическими интенциями говорящего, желанием сэкономить время и упростить передачу информации и, таким образом, ускорить принятие коллективных решений, часто в условиях дефицита времени. Наличие в медицинской терминологии большого количества громоздких, неудобных для использования в устной речи терминов (многословных терминов и терминов-словосочетаний) – одна из причин возникновения сленгизмов. Речь идёт об использовании универбов и нестандартных

аббревиатур, способствующих реализации принципа языковой экономии.

Например, словом «пограничный» называют всех пациентов с пограничным расстройством личности или пациентов, психические расстройства у которых имеют невротический, а не психотический характер; флюшкой называют флюорографию, «аш-игрек» – это пациент с чертами истерической личности (от французского *hystérie*), а новорождённых, появившихся на свет путём кесарева сечения, называют коротко – кесарята.

Ещё одна причина использования медицинского сленга в повседневном общении – это желание дистанцироваться от негатива, вызванного спецификой медицинской профессии, снять эмоциональное напряжение, стресс, вызванный постоянным осознанием ответственности за жизнь пациентов.

Синдром эмоционального выгорания приводит к деперсонализации пациентов, которых врачи называют не по имени, а по названию заболевания: язвенник, диабетик, ревматик, гипертоник, сердечник. В отделении гастроэнтерологии можно услышать: «В этой палате – две язвы желудка и цирроз печени». Иногда, с этой же целью, врачи используют эвфемизмы: бабушка, дедушка, малыш и пр. Например: «Поступила бабушка с дыхательной недостаточностью».

2. ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ ПРИЧИН ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СЛЕНГА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ СОТРУДНИКАМИ НА БАЗЕ ЛПУ ОГБУЗ «ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА»

Исследование проведено с целью выявления основной причины использования медицинским персоналом в своей речи медицинского сленга.

Мы предположили, что главной причиной использования медицинского сленга медицинским персоналом ЛПУ ОГБУЗ «Областная больница», является ускорение передачи информации, с целью экономии времени.

Для подтверждения или опровержения гипотезы моего исследования было проведено анкетирование 25 сотрудников ОГБУЗ «Областная больница». Критериями включения в исследование были:

- респонденты, медицинский персонал ОГБУЗ «Областная больница»;
- согласие на участие в исследовании;
- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор респондентов проводился случайным методом. Каждому участнику опроса были предложены 8 вопросов анонимной анкеты (Приложение А).

Возрастная структура опрошиваемых составила 25-49 лет. Стаж работы в лечебно-профилактических учреждениях у респондентов составил от года до 22 лет.

Из 25 респондентов оказались: 4 мужчин – 16%, 21 женщина – 84%

(ДИАГРАММА №1).

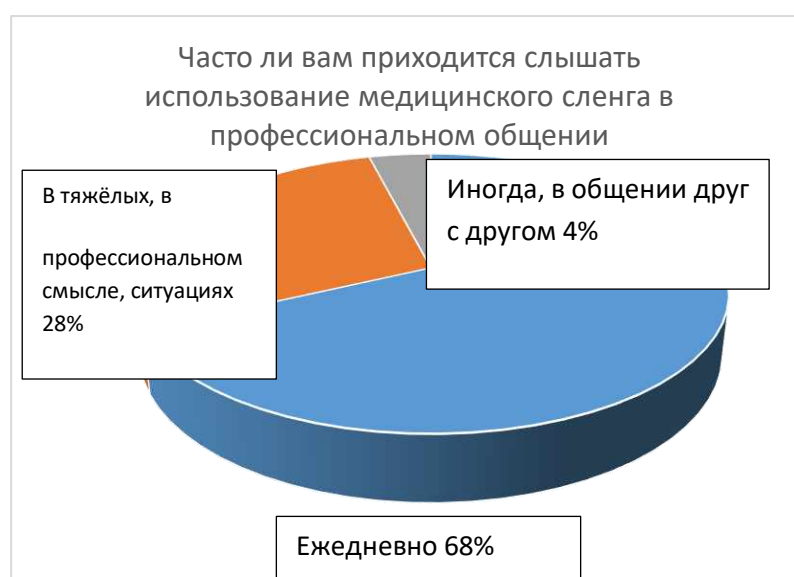


Когда респондентам был задан вопрос: «Используете ли вы в профессиональном общении медицинский сленг» - все респонденты ответили «Да».

Когда респондентам был задан вопрос: «Используют ли ваши коллеги в профессиональном общении медицинский сленг» - все респонденты также ответили «Да».

Когда респондентам был задан вопрос: «Часто ли вам приходится слышать использование медицинского сленга в профессиональном общении» - «Ежедневно» ответило 17 человек, что составило 68%; «В тяжёлых, в профессиональном смысле, ситуациях» ответило 7 человек, что составило 28%; «Иногда, в общении друг с другом» ответил 1 человек, что составило 4%.

(ДИАГРАМА №2)

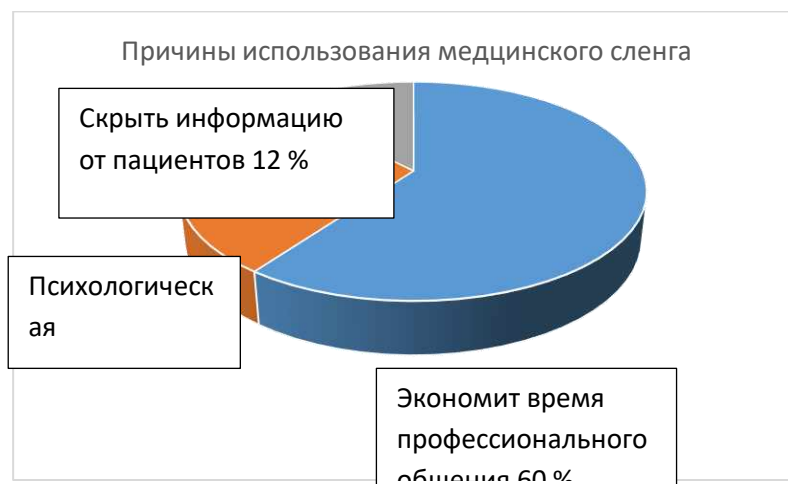


Когда респондентам был задан вопрос: «Испытываете ли вы возмущение, когда слышите в речи коллег медицинский сленг» - все респонденты ответили «

Нет».

Когда респондентам был задан вопрос: «Какова причина, по вашему мнению, использования медицинского сленга» - «Экономит время профессионального общения» ответило 15 человек, что составило 60%; «Для психологической разгрузки» ответило 7 человек, что составило 28%; «Скрыть информацию от пациентов» ответило 3 человека, что составило 12%; Вариант «В случае усталости» - никто из респондентов не выбрал.

(ДИАГРАММА №3)



Исходя из данного исследования, можно сказать, что медицинский персонал активно использует медицинский сленг в профессиональном общении и им это не доставляет особого дискомфорта.

Результаты данного анкетирования указывают на то, что причинами использования медицинским персоналом ЛПУ ОГБУЗ «Областная больница» медицинского сленга являются:

1. Экономия времени профессионального общения;
2. Психологическая разгрузка;
3. Скрыть информацию от пациентов.

Основной причиной использования медицинского сленга — является экономия времени профессионального общения, которую выбрали 60 % респондентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследовательская работа была посвящена изучению медицинского сленга в профессиональном общении. Материалы учебно-исследовательской работы позволяют сделать ряд выводов.

Во-первых, в результате изучения теоретического аспекта (литературных и интернет-источников) по данной теме мы выяснили, что развитие языка идёт постоянно.

В наши дни он представляет собой сложную систему звуков, символов, жестов и их сочетания, которая в свою очередь делится на разновидности:

1. Территориальный диалект — это одна из разновидностей национального языка, имеющая общие языковые особенности и служащая средством общения жителей рядом расположенных деревень.

2. Социалект — речь социальных и профессиональных групп людей (моряков,

компьютерщиков, студентов и др.).

3. Просторечие – это тоже одна из разновидностей национального языка, которая не имеет своих языковых особенностей, а характеризуется набором языковых средств, нарушающих нормы литературного языка. А также сделали вывод о том, что появление сленга — это норма языка

Во-вторых, медицинский сленг является частью медицинского языка, который также включает в себя медицинскую терминологию. Являясь важнейшей частью метаязыка медицины, медицинская терминология имеет много общего с терминологиями других естественных наук. Но, имея много общего с терминологиями естественных наук, медицинская терминология, тем не менее, обладает своими специфическими особенностями. Носители медицинского сленга понимают нестандартность используемых ими сленгизмов, они легко отличают нормативную и ненормативную лексику.

Сленг в медицине не рассчитан на широкое применение, его невозможно правильно использовать без знания медицинской терминологии. Применение медицинского сленга эффективно только между специалистами, которые понимают значение сленгизмов, большая часть которых заменяет медицинские термины или обозначает специальные понятия, не имеющие стандартизированного обозначения (термина).

В-третьих, изучили и проанализировали, методом анкетирования, причины использования медицинским персоналом медицинского сленга в профессиональном общении. Сделали вывод, что медицинский персонал активно использует медицинский сленг в качестве профессиональной коммуникации и это не доставляет им особого дискомфорта, так, как:

1. Экономит время профессионального общения;
2. Способствует психологической разгрузке;
3. Помогает скрыть некоторую информацию от пациентов, которая может привести к излишнему волнению.

Основной причиной использования медицинского сленга – является экономия времени профессионального общения, которую выбрали 60 % респондентов.

Цель исследования достигнута, все поставленные задачи решены, гипотеза исследования: главной причиной использования медицинского сленга персоналом ЛПУ является ускорение передачи информации, с целью экономии времени – подтверждена.

Библиографический список

1. Бабенко Ю.Д. Сленг в медицинском дискурсе // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2022. №5-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sleng-v-meditsinskom-diskurse> (дата обращения: 18.02.2023).
2. Гущина Л. Н. Особенности языка медицины // Журнал ГрГМУ. 2005. №1 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-yazyka-meditsiny> (дата обращения: 18.02.2023).
3. Деревлева Н. В., Яблонская О. Ю. Проблема использования медицинского сленга в профессиональном общении // Журнал ГрГМУ. 2011. №2 (34). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-ispolzovaniya-meditsinskogo-slenga-v-professionalnom-obshchenii> (дата обращения: 18.02.2023).
4. Ельцова Любовь Фёдоровна Медицинский сленг как компонент языка медицины //

Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2017. №11-2 (77). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-sleng-kak-komponent-yazyka-meditsiny> (дата обращения: 18.02.2023).

5. Макаревич Эдуард Федорович, Карпухин Олег Иванович Перспективы развития русского языка и русской культуры в современных условиях // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2015. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-razvitiya-russkogo-yazyka-i-russkoy-kultury-v-sovremennyh-usloviyah> (дата обращения: 18.02.2023).

6. Мизюрина Татьяна Витальевна Определение и общие характеристики понятия «Сленг», его роль в языке и культуре современной России // Вестник ЧелГУ. 2013. №1 (292). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-i-obshchie-harakteristiki-ponyatiya-sleng-ego-rol-v-yazyke-i-kulture-sovremennoy-rossii> (дата обращения: 18.02.2023).

7. Орлова Н. О. Сленг vs жаргон: проблема дефиниции // Ярославский педагогический вестник. 2004. №3 (40). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sleng-vs-zhargon-problema-definitcii> (дата обращения: 18.02.2023).

8. Пуголовкина Ксения Игоревна ИЗМЕНЕНИЯ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ В КОНТЕКСТЕ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ // Science Time. 2016. №11 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmeneniya-v-russkom-yazyke-v-kontekste-segodnyashnego-dnya> (дата обращения: 18.02.2023).

9. Руденко Марина Юрьевна Исследование аргю, жаргона и сленга: вопросы терминологии // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2016. №5-3 (59). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-argo-zhargona-i-slenga-voprosy-terminologii> (дата обращения: 18.02.2023).

10. Сидельников В.П., Марченко Е.А. Некоторые особенности метаязыка современной лингвистики // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Филологические науки. 2014. №1-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-metayazyka-sovremennoy-lingvistiki> (дата обращения: 18.02.2023).

11. Филиппова Елена Юрьевна Этические аспекты медицинского сленга // Вестник ТГПУ. 2014. №7 (148). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskie-aspekty-meditsinskogo-slenga> (дата обращения: 18.02.2023).

12. Целищев Н.Н. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РУССКОГО ЭТНОСА И РУССКОГО ЯЗЫКА // АОН. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozniknovenie-i-razvitie-russkogo-etnosa-i-russkogo-yazyka> (дата обращения: 18.02.2023).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

АНКЕТА

Здравствуйте, уважаемый респондент! Данный опрос проводится для выявления причин использования в профессиональном общении медицинского сленга среди медицинского персонала ОГБУЗ «Областная больница»

Благодарим вас за участие!

1. Ваш пол:
 - а) мужской
 - б) женский
2. Ваш возраст.....
3. Стаж работы в медицинском учреждении.....
4. Используете ли вы в профессиональном общении медицинский сленг:
 - а) да
 - б) нет
5. Используют ли ваши коллеги в профессиональном общении медицинский сленг:
 - а) да
 - б) нет
6. Часто ли вам приходится слышать использование медицинского сленга в профессиональном общении:
 - а) Ежедневно
 - б) В тяжёлых, в профессиональном смысле, ситуациях
 - в) Иногда, в общении друг с другом
 - г) Никогда
7. Испытываете ли вы возмущение, когда слышите в речи коллег медицинский сленг:
 - а) да
 - б) нет
 - в) иногда
8. Какова причина, по вашему мнению, использования медицинского сленга:
 - а) Экономит время профессионального общения
 - б) В случае усталости
 - в) Для психологической разгрузки
 - г) Скрыть информацию от пациентов

Асаева Арина Максимовна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс, группа 14-С
Преподаватель Русских Татьяна Павловна
E-mail: tatrus2015@mail.ru

ГУМАННОСТЬ КАК ОСНОВА ВРАЧЕБНОГО ПРИЗВАНИЯ

Введение

Какими качествами должен обладать человек, который собирается стать врачом? Конечно, он должен любить людей. Потому что **дело врача – облегчать страдания и спасать от смерти больных**. Врачу нужно быть смелым. Ведь ему первому приходится идти туда, где свирепствует губительная эпидемия, например, чума. Он должен не бояться ухаживать за такими больными, от которых сам может заразиться смертельной болезнью.

Врач призван служить здоровью каждого человека и всего народа. По своей природе врачебная профессия является творческой. Призвание врача требует, чтобы он выполнял свои обязанности, следуя голосу совести и руководствуясь принципами врачебной этики. Нужно, чтобы врач всегда оставался спокойным, хотя бы внешне, чтобы правильно сделать операцию и хорошо перевязать больного или раненого даже во время шторма в море, землетрясения, под артиллерийским обстрелом. Спокойствие и уверенность врача передаются больному и помогают ему выздороветь. Врачу необходимо быть внимательным и чутким. Невнимательному врачу больной не поверит, а любое неосторожное слово врача может так напугать его, что он потеряет веру в выздоровление. Врач должен быть самоотверженным, ведь всегда на посту. Его могут вызвать к больному в любое время дня и ночи или даже тогда, когда он сам болен, но идти больше некому. Еще врач должен быть любознательным и трудолюбивым. Он должен все время расширять свои знания, чтобы применять современные способы лечения и пользоваться новейшими открытиями медицины. [3].

В «Кодексе врачебной этики» указано: «врач сохранять жизнь, защищать и восстанавливать здоровье, уменьшать страдания своего пациента, а также содействовать сохранению естественных основ жизни, учитывая их значение для здоровья людей. В своей работе врач должен в первую очередь руководствоваться благом больного.» Принципы всей врачебной этики вытекают из общих этических норм, которые лежат в основе клятвы Гиппократова и присяги врача. Они обязывают врача соблюдать права человека и заботиться о профессиональном авторитете врача.

Гуманизм и профессионализм врача

Гуманизм и профессионализм врача являются его главными и необходимыми качествами. основополагающей характеристикой личности врача всегда считалась добродетельность. Действительно, каждый медик, будь то врач, провизор или медсестра, в

силу своего призвания должен быть человеком гуманным. А гуманизм — это удивительное качество, которое предполагает искреннее сострадание всем людям, попавшим в беду. Но это не просто проявление сочувствия слабому, больному, но и оказание ему посильной помощи во имя возвращения к полноценной жизни. Что же касается врача, то данное качество развито в нем особенно сильно. Ведь что может быть более человеческим, чем самоотверженная деятельность врача, направленная на спасение людей, на облегчение их физических и душевных страданий?

Высшим достоинством в жизни и деятельности каждого врача является овладение им искусством общения со своими пациентами, основанном на гуманизме. М.Я. Мудров (1776—1836) в своей книге «Слово о способе учить и учиться медицине», изданной в 1820 году, обращался к молодому врачу: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее». М.Я. Мудров советовал проникновенно внушать пациенту необходимость его личного участия в излечении, утверждал, что лечить надо больного, а не болезнь. Он писал, что нужно убедительно «протолировать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства и сказать вкус, цвет, запах и действие оною. Тогда больной будет принимать его с восхищением: а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства. Больной считает часы и минуты, ожидает действия от лекарства и думает более о выздоровлении, нежели о болезни». [1].

Гуманность и профессионализм врача предполагают проявление особо возвышенных нравственных качеств его личности, таких социальных ее свойств, как менталитет, психологизм, мужество перед лицом смерти и самоотверженность в борьбе за жизнь и здоровье людей. Но врач не только гуманен: он, как правило, еще и гуманитарий. Гуманитарность медика всегда проявляется в виде конкретных результатов его деятельности. Это осознание врачом постоянного взаимодействия самых разнообразных факторов развития как его самого, так и всего сообщества медиков. Роль гуманитарности как черты характера врача тем значительнее, чем в большей степени она аккумулирует в себе социально-культурный опыт эволюции всего человечества, а также индивидуальный опыт в деле совершенствования личности как источника высшего проявления истинно человеческих качеств. А это прежде всего обусловлено личной ориентацией на духовные ценности общества - укрепление здоровья людей и облагораживание их образа жизни, что всегда неразрывно связано с медициной. Врач, безусловно, должен хорошо разбираться в философии и психологии, в основных вопросах смежных наук, не чураться литературы и искусства.

Чтобы лучше понять этот сюжет в личности врача, надо осознать принципиальные различия в значении слов «гуманитарность» и «гуманность». Происхождение первого связано с латинским словосочетанием *stadia humanitaris* - гуманитарные студии. Они появились на начальном этапе эпохи Возрождения, в XV веке. Преподаватели гуманитарных дисциплин были заняты формированием в каждом из своих учеников хорошо образованной личности, обладающей высокой культурой, нравственными гражданскими качествами, то есть развитым человеческим началом. Относительно личности врача проблемы профессионализма и гуманитарности диалектично сливались воедино. Так уж сложилось,

что врача всегда считали и считают (как и учителя) первым наставником человека: он не только исцеляет людей, но и учит их здоровому, полноценному образу жизни. Только вместе врач и больной способны справиться с недугом. Вот почему воистину философское значение имеет вывод о той исключительной роли личности врача, которую она играет в формировании заинтересованных взаимоотношений сторон. «Личность врача» - понятие весьма глубокое. Оно не есть простое соединение понятий «личность» и «врач». Личностью, как известно, называют социального индивида, а врачом - медика-профессионала. В содержание же понятия «личность врача» вкладывается возвышенное гуманитарное значение.

Каждый человек является уникальной личностью, и эта уникальность зависит от ее способности усваивать все общезначимые ценности и самобытно выражать их в отношениях с другими людьми. Так, В.И. Ленин четко указывал на момент, который отличает «просто раба» от раба, примирившегося со своим положением, и от раба восставшего. Это отличие проявляется не в знании своих индивидуальных черт, а в осознании себя в системе общественных отношений, то есть собственного «Я» и своей роли в обществе. Что же касается личности врача, то это общественное явление исключительного свойства - в силу того, что оно впитывает в себя все, что может относиться к миру художников, писателей, ученых и т.д., отражает и выражает все лучшее, чем обладает человек, созданный «по образу и подобию Бога». Личность врача - эталон высокой образованности, образец чести и достоинства, предельной совестливости, нравственной общечеловеческой ответственности и, конечно, глубочайшей мудрости. [8].

Из глубины веков - от Гиппократ, Галена, Авиценны - до нас дошел следующий девиз: «Врач, знающий только медицину, - плохой медик. Ему надо еще быть мудрым: много знать и уметь справедливо судить обо всем на свете». Фридрих Ницше в свое время очень точно заметил: «В настоящее время не существует профессии, которая допускала бы столь высокое развитие, как профессия врача; в особенности после того, как духовные врачи, так называемые целители душ, не могут уже выполнять своего искусства заклинания при общественном одобрении и образованные люди уклоняются от встречи с ними.

Высшее духовное развитие врача теперь не достигнуто еще тем, что он знает лучшие новейшие методы, усовершенствовался в них и умеет совершать те летучие умозаключения от следствий к причинам, благодаря которым прославлены диагностики; он должен, кроме того, обладать красноречием, которое приспособлялось бы к каждой личности и привлекало бы все сердца, мужественностью. Самое зрелище которой отгоняло бы малодушие (эту червоточину всех больных), ловкостью дипломата, тонкостью полицейского агента и адвоката, чтобы узнавать тайны души, не выдавая их, - словом, хороший врач нуждается в искусственных приемах и преимуществах всех других профессий; в таком вооружении он может стать благодетелем всего общества, умножая добрые дела, духовные радости и производительность, предупреждая злые мысли, намерения и всякие подлости, ...создавая духовно-телесную аристократию...».

Адекватно оценить социальную сущность личности врача возможно только с учетом его гуманных и гуманитарных качеств, емко характеризующих профессионализм. Так, современное клиническое мышление врача имеет тенденцию становиться все более интегративным (синтетическим), воплощая в себе единство каузального, системно-структурного, эволюционно-генетического подходов при решении медицинских задач. Само

содержание клинического мышления, вероятно, будет связано с многоуровневой трактовкой современной медицины и ее объективных трудностей. В частности, выявление многих закономерностей наркологии и патологии станет возможным лишь при условии, если в сферу исследования будут включены задачи познания не только отдельно взятого организма, но и различных популяций. Представим действия, к примеру, физика, у которого почему-либо не удастся задуманный эксперимент. Как поступит ученый в подобном случае? Он, прежде всего, проверит правильность составленной им схемы эксперимента, а затем – исправность используемых приборов и наличие возможных помех. Только после всего этого у него будет достаточно оснований для сомнения по поводу правильности расчетов и критического пересмотра методики этих расчетов, то есть гипотезы, согласно которой проводился эксперимент. [7].

Ничего подобного в научном эксперименте врача нет, и не может быть уже хотя бы потому, что он всегда имеет дело с живым организмом, который ведет себя гораздо более непредсказуемо, чем любое физическое тело. Но главное все-таки в другом. В своих экспериментах врач каждый раз сталкивается с необычайно подвижной человеческой личностью. В 1926 году В.М. Бехтерев (1857-1927) писал о том, что «в работе мозговой коры нет абсолютного постоянства, а все относительно». «...Один и тот же раздражитель окажет неодинаковое действие на сочетательный рефлекс в зависимости от периода его развития». Поэтому в медицине нужны совершенно иные эксперименты, которые прежде всего подчинялись бы древнему этическому правилу: «Не навреди!» Академик П.К. Анохин в этой связи однажды недвусмысленно заявил: «Все-таки научная сторона в жизни каждого ученого состоит именно в том, как пришел каждый в науку, что он сделал в науке, и как он сделал. Причем мой личный опыт меня убеждает, что не так, может быть, даже важно, что сделал, как важно, как сделал. Это вот те самые внутренние пружины, которые обычно ни в книге, ни в научной работе опубликованы не будут».

Главным результирующим свойством личности врача, ее духовным стержнем всегда было и остается мировоззрение. Оно являет собой привилегию личности, поднимающейся до самого высокого уровня гуманитарности. Именно в гуманитарном самосознании медика, его социально-нравственной позиции в качестве важнейшего компонента проявляется направленность его мировоззрения на осмысление своей особой гражданской ответственности. Считается, что поведение врача и все его мировоззренческие ориентации обусловлены внутренним (духовным) миром. Поэтому медик как бы возвышается над своей собственной основой и в известном смысле даже преодолевает ее. Так, известный русский терапевт А.И. Яроцкий почти 100 лет назад в работе «Идеализм как физиологический фактор» (1908) писал, что врач должен знать и религиозное мировоззрение (дабы через его ценности вывести глубоко верующего пациента из «ухода в болезнь»), но сам по своим убеждениям должен быть сторонником наиболее передовых взглядов. [4].

Одновременно с формированием «передового мировоззрения» у врача, как правило, складывается социальный характер – ментальный и психологический стержень личности. А ведь «только в характере индивидуум приобретает свою постоянную определенность», как справедливо считал Г. Гегель. Эти слова философа о специфике характера имеют самое прямое отношение к личности врача. Кстати, слово «характер» нередко употребляется в качестве синонима слова «личность». В данном случае речь идет о мере личностной силы воли. Действительно, абсолютно все волевые люди обладают и сильным характером. Без

достаточной силы воли невозможны вообще никакие конструктивные действия врача. Именно ею определяются нравственность и гражданственность личности медика. Вся его внутренняя энергия (умения, знания, гуманизм и профессионализм) усилием воли направляется на благое дело - укрепление здоровья человека. На этой основе и совершается осознание медиком своих отношений с другими людьми, коллегами и пациентами и, конечно, своего собственного духовного мира.

Гуманизм и нравственно-этические принципы медицины.

Гуманизм и нравственно-этические принципы медицины тесно взаимосвязаны внутренней логикой общественного бытия. Идеология либерализма в обществе и деонтология в медицине отрицают этику как учение о морали общественно должного. В силу общественного антагонизма не может быть общего блага, и человек должен заботиться о своем здоровье сам. Эти компоненты общественной сущности исходят из принципиально новых морально-этических принципов при проведении всех исследовательских и практических работ с целью познания и качественного изменения человека в сфере медицинской антропологии (греч. *anthropos* - человек, *logos* - учение). Соответствующие требования выражают высшие принципы гуманизма в медицине, ибо именно ей принадлежит основная роль в обеспечении здорового образа жизни, так как она непосредственно имеет дело с жизнью, здоровьем, а также с болезнью и смертью человека. [2].

Принципами гуманизма ныне насыщаются и главные смыслообразующие направления в международном сотрудничестве. В преамбуле Устава ЮНЕСКО указано на необходимость реализации «демократических принципов уважения достоинства человеческой личности, равноправия и взаимного уважения людей». В ней обращается внимание и на то, что «для поддержания человеческой чести и достоинства необходимо самое широкое распространение культуры и образования среди практически всех людей на основе справедливости, свободы и мира». При этом подчеркивается: «Мир должен базироваться на интеллектуальной и нравственной солидарности человечества». В данной связи перед прогрессивным человечеством встал следующий вопрос: а смогут ли рационально мыслящие люди избавиться от целого ряда мировоззренческих иллюзий и нравственно-этических стереотипов в философии, естествознании, медицинской науке и практике в связи со стремлением овладеть методами собственного качественного преобразования? Если нет, то продолжится ли движение человечества, поглощенного «алчной рациональностью», по направлению к неминуемой катастрофе?

Цель философского гуманизма в научной биомедицине состоит в том, чтобы побудить ученых отказаться от своего неумеренного рационализма и воздержаться от опрометчивых опытов по созданию новых видов живого. В качестве ключевой альтернативы технологии «рационального» преобразования человека и человечества философия гуманизма предлагает критично осмыслить естественную коэволюцию традиционных морально-этических требований, соотнося их с современными, по сути своей революционными научно-техническими и технологическими достижениями, прежде всего в таких сферах, как биотехнология, биомедицина, микроэлектроника, информатика и т.д.

Распространение в медицинской среде современного философского гуманизма неразрывно связывается с задачами практического разрешения комплекса сложнейших проблем, возникших, кстати, «по воле» самих же ученых, технологов, а также политиков,

социологов, экономистов, которые своими далеко не всегда ответственными деяниями поставили человеческую цивилизацию фактически на край пропасти. Важно отметить, что критическое философско-этическое осмысление перспектив будущего развития человечества в принципе невозможно без учета тенденций научно-технического прогресса, а также без анализа путей гуманизации научной и практической медицины. Утверждая исключительность человеческих созидательных, рационально-гуманистических ценностей, в том числе и в области медицины, важно понять качество философско-этического самосознания ученых-медиков и всех практических врачей. Если представить развитие биомедицины, биотехнологии осуществляющимся в арифметической прогрессии, то морально-этическое самосознание всех медиков в этом случае, скорее всего, должно развиваться в геометрической. [5].

У философов-моралистов Нового времени в связи с революционными переменами в науке и технике впервые возникло некое гуманистическое прозрение: «человек - не вещь». И. Кант значительно углубил гуманистическую направленность философии: человек, считал мыслитель, ни в коем случае не средство, а всегда только цель. Он должен сам абсолютно свободно выявлять и развивать в себе дарованные ему естественной природой разум и чувство гражданской ответственности. Философский гуманизм Канта органично сопряжен с нравственностью, которая всегда ставила перед философией следующий вопрос: «Что есть человек и почему необходимо человеколюбие?». Он не дает покоя философам, медикам на протяжении нескольких тысячелетий. На вечные вопросы нет и, по всей видимости, не будет абсолютно точных, универсальных ответов. Однако философское осмысление этих наисложнейших проблем остается основной задачей и в теоретической, и в практической медицине. Философский гуманизм как система духовно-нравственных ценностей в медицине, в которой приоритетными были и остаются нормы морально-этического поведения, стал исходным понятием как в науке в целом, так и в медицине как сфере общечеловеческой культуры.

Следует отметить, что гуманистические принципы, такие, как уважение к правам и достоинству личности, к ее свободе, невозможно привнести в медицину извне. Сам процесс становления медицинского менталитета должен привести к формированию и развитию гуманно-нравственных начал у широкой общественности. Философия гуманизма необычайно ярко проявила себя в отечественной медицине. Она всегда была тесно связана с решением проблемы отношения врачей не только к жизни, здоровью, но и к смерти людей.

Многие медики сегодня философски ставят вопрос о необходимости дополнения биологии как науки о жизни современными представлениями о сущности смерти. Здесь сразу же возникло множество социально-гуманистических дилемм, выходящих далеко за пределы традиционных воззрений. Гуманное отношение к смерти человека не означает, однако, что медик может из сострадания к безнадежно больному ускорить его смерть. В данном случае истинный гуманизм врача должен выражаться в мобилизации чувств и мыслей такого пациента на свершение невозможного во имя спасения жизни. Именно в этом выражается уважение к человеческой уникальности вообще и к жизни конкретного индивида в частности.

Если биоэтику не трактовать в узкомедицинском или биологическом смысле, а представить ее как объемную и философски глубокую дисциплину, то ее содержательным ядром будет отношение к жизни и смерти. В медицине часто возникают проблемы, которые

выходят за рамки отношений врача и пациента и касаются отношения к жизни как к наивысшей ценности (самоценности). Отсюда вытекает главная задача биоэтики – формирование новых принципов гуманистического менталитета. Он определяется принципиально иными функциями гуманистической философии медицины, осмысливающей нравственно-этические проблемы медицины. Можно сказать, что биоэтика – это своеобразная сфера защиты прав человека, в том числе его права на достойную жизнь, здоровье, на свободное самоопределение. [1].

Особенно сложными и противоречивыми становятся проблемы, связанные с новейшими методами диагностики и лечения болезней века. Врач становится ныне главным действующим лицом в борьбе за жизнь и здоровье общества. Никто, пожалуй, не сможет сравниться сегодня с медиком по уровню персональной ответственности, которую он берет на себя за все возможные последствия выбора тех или иных средств или методов лечения больных. Лечащий врач всегда имеет дело с оригинальной личностью конкретного больного или с отдельной семьей, наконец, с субпопуляцией, то есть небольшой группой населения. Его профессиональную задачу составляет первичная и последующая диагностика заболевания, в процессе которой следует учитывать возможные неблагоприятные воздействия окружающей среды на человека, а также лечение выявленных заболеваний. Все врачи, работающие в поликлиниках, амбулаториях, имеющие семейную или частную практику, должны хорошо знать социально-экономические, экологические и иные условия жизни своих пациентов. Медики сегодня просто обязаны уметь мыслить масштабно, то есть не только клинически, но и философски. Более того, они как никогда прежде должны владеть достоверной информацией о состоянии общественного сознания и настроениях людей. Медик в своей повседневной врачебной деятельности должен быть всегда готов к совершению мужественных гражданских поступков.

В рамках общих традиций культуры каждая эпоха предъявляла все новые и новые требования к медицинской морали должностного, которые выражались в принципах и нормах социальной справедливости. Опыт критического осмысления мировой истории морали и этики, научно-философское обсуждение гуманитарных проблем в современном естествознании и в биомедицине — все это привело в итоге к возникновению биоэтики как самостоятельной гуманитарной дисциплины, находящейся на стыке философии, этики, социологии, юриспруденции, биологии и медицины. Она представляет собой область особого гуманитарного знания, ориентированного на утверждение во всех научных исследованиях, но особенно в медицинском экспериментировании, принципов социальной справедливости. Ее возникновение было вызвано постоянно меняющимися и совершенствующимися медико-правовыми и философско-этическими аспектами в медицинской науке, биомедицинских технологиях и смежных с ними областях [2].

Вывод

Итак, в вечном поиске новых, более эффективных путей лечения больных врачам всегда необходимо иметь гуманистическую ориентацию, особенно при решении глобальных проблем борьбы за сохранение здоровья людей на различных этапах исследовательского процесса: от осознания и постановки проблемы до практического ее разрешения. Стремительный прогресс в области изучения генома человека поставил перед практическими врачами и учеными-исследователями множество проблем философско-этического порядка, касающихся как допустимости применения тех или иных биомедицинских технологий, так и

границ той информации, которая обязательно должна или только может быть сообщена пациенту, его родным. Следует, видимо, создать систему единых гуманных принципов поведения ученых и врачей при участии в решении задач глобального масштаба на основе идеологии общечеловеческих ценностей, что, кстати, уже частично осуществляется сегодня в рамках выработки единых биоэтических принципов, которые приобретают с каждым днем все более широкое международное признание.

Библиографический список

1. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика. - М.: 2014.
2. Зеленкова И.Л., Беляева Е.В. Этика: Учебное пособие. – Мн.: изд. В.М. Скакун, 2015.
3. Иванов ЮН, Иванова НМ. Жизнь по интуиции. Кн. 1. М., 2012. Изд-во "Общественная польза".
4. Сборник информационных материалов СНО ММА им. Сеченова, М., 2014г.
5. Подписная научно-популярная серия. Медицина. 6/2019.
6. Основы этических знаний / под ред. профессора М.Н. Росенко. — М.: Изд. "Лань", 2018 .
7. Словарь по этике. Под ред. И.С. Кона. — М.: Политиздат, 1990.
8. Эльштейн Н.В. Медицина и время. Таллин, 2015. Изд-во Валгус.

Фрик Валерия Аркадьевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Долгова Нина Денисовна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель-преподаватель психологии Н.В. Гольцова
E-mail: bmk.06@mail.ru

ПСИХОГЕОМЕТРИЯ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

Будучи существом социальным, человек постоянно связан с другими людьми. Межличностные отношения – это не просто важная часть его жизни, это сама жизнь. Порой от характера и качества этих отношений зависит не только наше настроение, работоспособность, психическое состояние, но и физическое здоровье. Учимся устанавливать и поддерживать взаимоотношения мы с раннего детства. Но, к сожалению, бывает, что именно не сложившиеся взаимоотношения лишают нас возможности реализовать свои цели и желания. Улучшает моделирование межличностных отношений знание особенностей личности человека. Как быстро прочесть человека? Этим вопросом задавались ученые разных времен.

Сегодня широко развивается новое направление в науке – психогеометрия. Психогеометрия— уникальная практическая система анализа личности, которая была разработана американским психологом Сьюзен Деллингером. Психогеометрия позволяет:

1. Мгновенно определить форму (или, если хотите, т и п., хотя здесь есть различия) личности интересующего вас человека и, естественно, вашу собственную форму.

2. Дать подробную характеристику личных качеств и особенностей поведения любого человека на быденном, понятном каждому языке.

3. Составить сценарий поведения для каждой формы личности в типичных ситуациях.

Основное достоинство психогеометрии в том, что она не требует от собеседников глубоких психологических знаний.

Мы считаем данную тему актуальной, так как профессия медицинского работника – это профессия в системе человек-человек, предполагающая постоянное построение взаимоотношений не только с пациентами и их родственниками, но и в рабочем коллективе. Поэтому, на примере отдельно взятой учебной группы первокурсников мы хотим проверить, как работает психогеометрия и как можно ей пользоваться в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Итак, целью нашего исследования является апробирование психогеометрических методик для реализации результатов исследования при формировании комфортных межличностных взаимоотношений в учебной группе.

Задачи исследования:

1. Познакомиться с литературой по теме исследования.
2. Провести исследования по изучению особенностей личности обучающихся отдельно взятой учебной группы.
3. Проанализировать полученные результаты.
4. Подготовить рекомендации по результатам исследования.

Объект исследования: психогеометрия в психологии

Предмет исследования: психогеометрия и межличностные отношения.

Гипотеза: Мы предположили, что знание психогеометрического типа может улучшить межличностные взаимоотношения.

Методы исследования:

- Научно-теоретический анализ литературы;
- Психогеометрические методики.

Мир человеческих взаимоотношений очень тонкий и сложный. Каждый из нас хотел бы научиться ориентироваться в нем.

Психогеометрия - одно из новейших направлений психологии. Это система психодиагностики личности, которая, через действия человека с геометрическими фигурами, позволяет судить о его психологии. В основе психогеометрии как науки, лежит учение Карла Юнга о психических типах личностей. Психогеометрия как система сложилась в США в 80-х годах 20 века. Автор этой системы Сьюзен Деллингер - специалист по социально-психологической подготовке управленческих кадров. В нашей стране активно используется с 90-х годов 20 века. Психогеометрическая методика Сьюзен Деллингер была адаптирована нашими отечественными учеными А.А. Алексеевым и Л.А. Громовой и представлена в книге «Психогеометрия для менеджеров». [1]

Психогеометрия - система анализа типологии личности на основе наблюдения за поведением человека и предпочитаемого выбора человеком какой-либо геометрической фигуры. Точность диагностики с помощью психогеометрического метода достигает 85%.

Испытуемому предлагается бланк с изображением пяти основных геометрических фигур: квадрат, треугольник, круг, прямоугольник, зигзаг. Расположив представленные геометрические фигуры в порядке их предпочтительности, по фигуре, помещенной на первое место, можно определить основные доминирующие особенности личности и поведения. Какая бы фигура ни была помещена на первое место, это - основная фигура и субъективная форма. Остальные четыре фигуры — это своеобразные модуляторы, которые могут окрашивать ведущую мелодию поведения. Последняя фигура указывает на форму человека, взаимодействие с которым будет представлять наибольшие трудности. Однако может оказаться, что ни одна фигура полностью не подходит испытуемому. Тогда его можно описать комбинацией из двух или даже трех форм.

Для исследования нами была взята методика С. Деллингер [2], исследуемыми стала группа первокурсников в количестве 31 человек. Ребятам необходимо было выбрать на листе бумаги из пяти фигур: квадрат, круг, треугольник, зигзаг, прямоугольник, ту фигуру, которая больше всего понравилась, а затем все остальные фигуры расположить в порядке убывания привлекательности.

После обработки результатов у нас получилась следующая психогеометрическая структура группы по выбору самой привлекательной фигуры, которую они ассоциировали с самим собой. (Рис. 1)

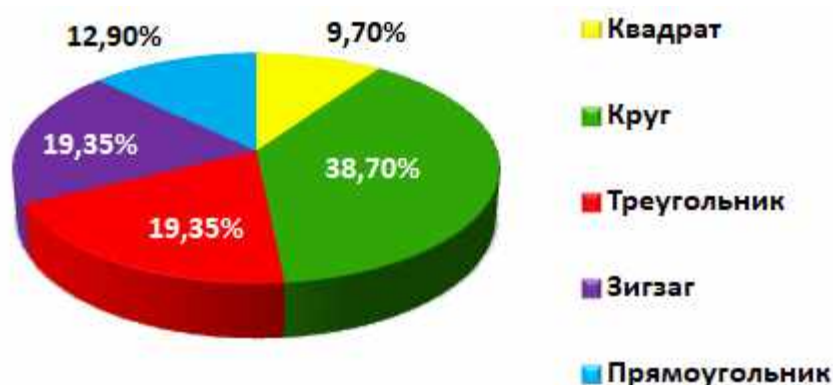


Рисунок 1. Психогеометрическая структура группы на основе выбора привлекательности фигур

Психогеометрический портрет группы разнообразный, так как его представляют все геометрические фигуры.

Таким образом, можно отметить, что в группе есть и исполнители (Квадраты), и лидеры (треугольники), и генераторы идей склонных к нестандартному и не шаблонному решению задач (зигзаги), есть личности в состоянии неопределенности (прямоугольники), которые в скором времени придут к основным устойчивым фигурам и самое важное, что есть в данной группе значительное количество личностей (круги) способными стать «клеем» для сплочения и бесконфликтного взаимодействия в коллективе.

Дадим краткие характеристики фигур. [3]

Треугольники.

Эта форма символизирует лидерские качества, сильную натуру, энергию. Самая яркая особенность «треугольников» — это умение и желание концентрироваться на главной цели.

У людей этого типа есть потребность всегда быть правыми, управлять ситуацией и другими людьми и иметь возможность принимать решения не только за себя, но и за других. Они готовы к стрессу, борьбе, соперничеству. «Треугольникам» трудно дается признание своих ошибок, они нередко бывают категоричны.

Для людей этого склада важна карьера, это хорошие управленцы и политики, они способны увлечь и организовать людей. Но в то же время их отличает импульсивность и нетерпеливость.

«Треугольники» легко находят общий язык с разными людьми, у них живая и эмоциональная речь.

«Треугольник» придает большое внимание тому, как он выглядит, уходу за телом, поддержанию физической формы.

Основные источники стресса — это утрата контроля над ситуацией, неудачи, неподходящая работа, общение с людьми, которые ему неинтересны.

Квадрат.

Если ваша фигура — квадрат, то вы очень трудолюбивый и практичный человек. Потребность этого типа доводить начатое до конца, упорство делают таких людей высокочеловеческими специалистами. «Квадрат» склонен систематизировать информацию, любит раскладывать все по полочкам.

Они очень тщательно выбирают круг общения, не любят пустых разговоров.

В конфликтных ситуациях предпочитают тактику избегания, а не прямой конфронтации. Речь «квадрата» чаще спокойная, они не любят повышать голос и чрезмерно жестко реагировать.

Любят, чтобы подаваемая им информация была логична. Такому человеку нравится, чтобы речь была богата фактами, цифрами и тезисами.

Основные источники стресса — неподходящая работа и зависимость от коллег, родительские и супружеские проблемы.

Прямоугольник.

Прямоугольник чаще всего выбирают люди, которые находятся в состоянии перехода и изменений. Он считается временной формой личности. Основное состояние «прямоугольников» — это замешательство, неопределенность в отношении себя и своего места в жизни.

Их поступки могут быть непредсказуемы и непоследовательны. Они стремятся стать в чем-то лучше и ищут новые методы работы и новый стиль жизни.

«Прямоугольники» привлекательны своим искренним интересом к тому, что происходит вокруг, они открыты новому, хотят обучаться. При этом могут быть чрезмерно доверчивы, внушаемы, поддаваться чужому влиянию.

«Прямоугольники» нуждаются в общении.

Основные источники стресса — любые жизненные обстоятельства, которые выбивают у «прямоугольника» почву из-под ног, которую он только-только нащупал. Это может быть изменение характера работы, проблемы в семье.

Круг.

Основная ценность этого типа — люди и общение с ними. Можно сказать, что «круг» — это прирожденный психолог и миротворец.

Выбор этой фигуры может говорить об открытости, ориентации на мнение окружающих. Такие люди — прекрасные слушатели, у них высоко развита эмпатия. Благодаря этим качествам они хорошо чувствуют ложь, знают, когда их обманывают.

«Круги» часто нацелены на комфорт людей.

«Круг» очень болезненно относится к конфликтам. Поэтому, когда возникают с кем-то разногласия, наиболее вероятно, что он уступит первым.

Обожают душевное общение и маленькую компанию предпочитают шумной вечеринке. Но они хорошо переключаются, поэтому им будет комфортно и в шумной компании.

Основной источник стресса — это прежде всего неурядицы в личностных и семейных отношениях. Имея крепкий тыл близких людей, «круг» может справиться со всеми неприятностями, связанными с рабочими моментами. А вот если в личной жизни не все гладко, то даже мелкие неурядицы на работе способны выбить его из колеи.

Зигзаг.

Зигзаг символизирует креатив и творчество. Таким людям свойственна образность мышления, интуитивность.

Комбинирование абсолютно различных, несходных идей и создание на этой основе чего-то нового, оригинального — вот что им нравится. «Зигзаг» — самый восторженный, самый возбудимый из всех пяти фигур. Импульсивность, изменчивость настроения, фонтанирование идей, эксцентричность — вот основные признаки людей этого типа.

Они не любят соблюдать субординацию, больше всего на свете ценят независимость, игнорируют условности и четкую организацию.

«Зигзаг» нуждается в стимуляции своей деятельности, в одобрении.

Общение, к которому стремятся «зигзаги», для них не источник развлечения или знаний, а один из способов донести свои идеи.

Основной источник стресса — отсутствие интереса к их идеям и открытиям, отрицание их достоинств и вклада в работу. Если в жизни «зигзага» нет места вызову, стимуляции деятельности, ему становится неприятно и скучно.

На Рис.2 представлен профиль личности по выбору привлекательности фигур. Так, каждый наш испытуемый может составить свой личностный профиль, откладывая на осях степень привлекательности фигур от более привлекательной до менее привлекательной.

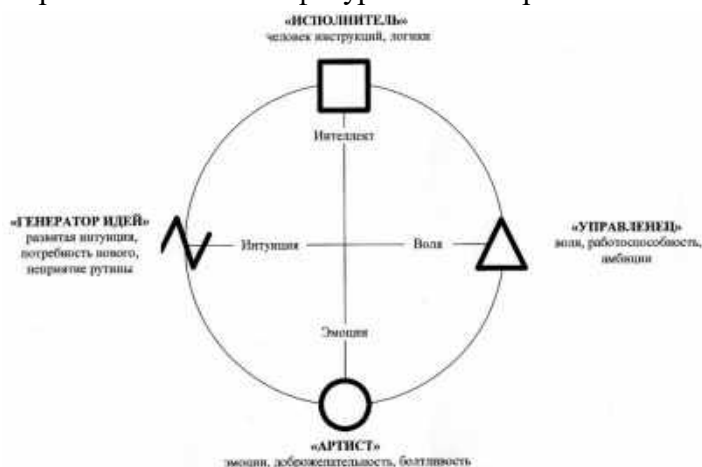


Рисунок 2. Основные типы людей в терминах Психометрии (по С. Деллингер).

А теперь, посмотрим, как наши респонденты сделали выбор самой непривлекательной фигуры, что ассоциируется с той личностью, с которой вероятны конфликтные взаимоотношения. (Рис.3)

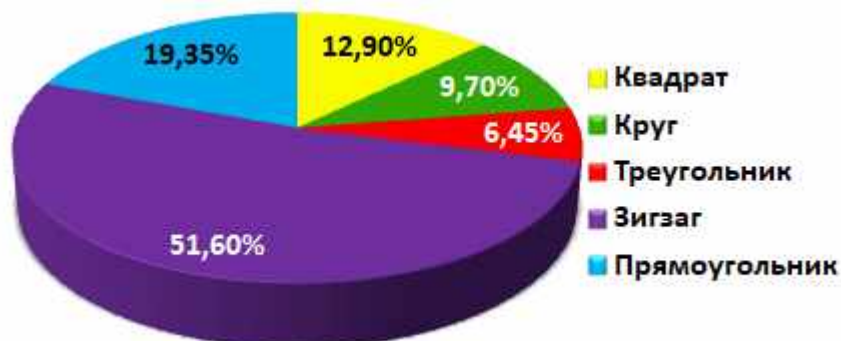


Рисунок 3. Склонность к конфликтным отношениям (антипатии)

Как мы видим наибольшие антипатии наши респонденты испытывают к «Зигзагам». Дадим рекомендации, как избежать конфликтов при взаимодействии с ним. [5]

Итак, с Зигзагами надо запастись терпением, потому что повлиять на Зигзага практически не возможно, поэтому можно предложить что-нибудь зигзагу, чтобы он захотел сделать наоборот. Главное в этом случае быстро с ним согласиться.

Если давать рекомендации для разных фигур с целью профилактики конфликтов, то при взаимодействии [4]:

«Зигзаг – Зигзаг» - либо надо быть на одной волне, либо это будет «смертельный» бой, после чего, один зигзаг лежит мертвый, а другой – уставший.

«Квадрат – Зигзаг» - для гармонизации этого дуэта необходим зрелый треугольник. Квадрату надо воспринимать идеи зигзага как ориентир к саморазвитию, абстрагируясь от его недостатков.

«Круг – Зигзаг». Кругу надо подпитывать себя новизной и впечатлениями, которые даёт Зигзаг, отдавая теплоту и заражая Зигзага спокойствием.

«Треугольник – Зигзаг» - Треугольнику необходимо помнить, что Зигзагом сложно управлять, он предпочитает действовать в одиночку, опираясь на собственные интересы, поэтому поручая ему, выполнение задачи не старайтесь им руководить.

А вообще, чтобы избежать конфликтов, лучше придерживаться следующих правил:

1. Научитесь сдерживаться. Взгляните на ситуацию со стороны.
2. Не накручивайте себя. Сначала разум, затем эмоции.
3. Выбирайте время для разговора. Старайтесь избегать разговора с раздраженным, голодным человеком.
4. Устраняйте причины, а не следствие. Подумайте хорошенько, что стало причиной для конфликта. Обсудите именно этот момент, а не ссору. Это позволит гораздо быстрее решить проблемы.
5. Не вспоминайте прошлое. Сосредоточьтесь на текущей ситуации.
6. Не копите проблемы. Как только проблема появляется, то сразу же ее решайте. Не ждите, пока их станет много.

7. Не таите обиды. Если вы обиделись, то скажите об этом спокойно и без истерик. Не носите ничего в себе. Как только вы выскажетесь, вам станет легче, и обида пройдет.

8. Никого не оскорбляйте.

9. Не язвите и не иронизируйте, не навязывайте своё мнение.

10. Не давайте советов, пока вас не просят.

11. Умейте слушать собеседника, дайте ему выговориться.

Для гармоничного межличностного взаимодействия необходимо уметь эффективно общаться с разными фигурами. Дадим рекомендации и на этот счёт.

Треугольник – с ним говорить быстро, коротко, саму суть. Если увидит вашу неуверенность, будет давить. Будут спорить, прерывать, но, умеют слушать, готовы согласиться, если посчитают нужным.

Квадрат – говорить с ним спокойно, последовательно, структурировано, со схемами, цифрами и соблюдать правила этикета. Это упертые личности, их тяжело переубедить.

Круг – с ним говорить надо эмоционально, позитивно. С ним надо дружить, можно говорить на социальные темы. Лучший пример убеждения – это свой пример. Если кивает головой, это еще не значит, что согласен. В конце обязательно задать вопрос: давай уточним, о чем мы договорились

Зигзаг – с ним надо говорить быстро, лаконично, по существу. Ему надо постоянно уделять внимание. Он ждет своей оценки. Его расстраивает скучная работа.

Прямоугольник – склонен перекладывать ответственность на других. Лучше всего его слушать, сочувствовать, но избегать, если этого не требует ситуация, конкретных указаний и советов. Спокойно и твердо объявить ему, каким вы считаете истинное положение дел и почему.

После проведенного исследования мы решили познакомить наших респондентов с результатами исследования, причем как с личным результатом для каждого, так и по группе в целом, и с теми рекомендациями, которые были представлены выше. Для этого мы подготовили кураторский час «Психометрический портрет группы». После предоставления информации нам стало интересно, а была ли информация интересной и полезной, будут ли наши респонденты использовать её для гармонизации межличностных отношений в группе? На поставленные вопросы мы получили утвердительный ответ. Значит, наша гипотеза: «Знание психометрического типа улучшит межличностные взаимоотношения», оказалась верной. Цель и задачи нашего исследования достигнуты. И можно сделать следующие выводы:

Выводы:

1. Исследование личности с помощью психометрии позволяет быстро и достаточно точно нарисовать психологический портрет респондента, узнать какие черты его характера являются главными, а какие – второстепенными, а также понять, с кем человеку сложнее всего взаимодействовать.

2. Мы надеемся, что та информация, которые получили наши респонденты, будет способствовать более успешному общению в группе, а также осознанию того, почему возникают ссоры, конфликты и как можно их избежать.

4. Данная работа может иметь практическое применение в работе с коллективом.

Библиографический список

1. Алексеев А.А., Громова Л.А. Психогеометрия для менеджеров. - Россия «Знание» РСФСР, 1991 г.
 2. Психологические тесты/ Под ред. А.А. Карелина: в 2 т. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАСОД, 2001.
 3.
https://studme.org/64146/menedzhment/psihogeometriya_analiz_lichnosti_sisteme_syuzen_delling_er
 - 4.https://salik.biz/articles/52979-tipologija-cheloveka-psihogeometrija.html?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F
 5. <https://studfile.net/preview/16712738/page/4/>
-

Метелева Татьяна Константиновна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Спичак Юлия Георгиевна
E-mail: tanechka0016@gmail.com

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Актуальность работы обусловлена тем, что одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Большинство населения с пренебрежением относится к своему здоровью. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни — все это привело к неразборчивости в выборе продуктов.

Целью данной работы является изучение состояния правильного питания и способы его сохранения среди студентов.

Задачи:

- 1) Изучить теоретический материал о рациональном питании.
- 2) Выделить главные принципы и аспекты рационального питания.
- 3) Проанализировать изученный материал.
- 4) Составить анкету.
- 5) Провести анкетирование студентов.
- 6) Проанализировать результаты анкетирования студентов и представить результаты исследования.

7) Сделать выводы и заключение о проделанной работе.

Объект исследования: рациональное питание.

Предмет исследования: уровень информированности студентов о необходимости поддержания рационального питания.

Гипотеза: студенты Биробиджанского медицинского колледжа знают, что такое рациональное питание и способы его поддержания.

Методы исследования:

- Научно-теоретический анализ литературы.

- Анкетирование.
- Обобщение данных.
- Сравнение.

Рациональное питание — это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и национальных факторов. Рациональное питание способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой умственной и физической работоспособности, активному долголетию.

Первым принципом является постоянство приемов пищи по часам суток.

Вторым принципом является дробность питания в течение суток. Практически здоровому человеку рекомендуется трех- или четырехразовое питание: завтрак, обед, ужин и стакан кефира или яблоко перед сном.

Третьим принципом режима питания является максимальное соблюдение сбалансированности пищевых веществ при каждом приеме пищи. Это значит, что набор продуктов при каждом основном приеме пищи (завтрак, обед, ужин) должен доставлять организму человека белки, жиры, углеводы, а также витамины и минеральные вещества в рациональном соотношении.

И четвертый принцип режима питания заключается в правильном физиологическом распределении количества пищи по ее приемам в течение дня.

На систему питания влияют три основных, совершенно равнозначных между собой по важности фактора:

1. Экономические возможности человека, семьи, его способность приобретать конкретные пищевые продукты в необходимом наборе и количестве;
2. Наличие на потребительском рынке широкого ассортимента свежих, высококачественных, безопасных для здоровья человека пищевых продуктов;
3. Уровень знаний человека о свойствах и составе основных пищевых групп продуктов (мясо и мясопродукты, рыба и рыбопродукты, молоко и молочные продукты, овощи, фрукты и др.), рациональных способах их обработки, приготовления, хранения, употребления и т.д.

Белки, жиры и углеводы – три основных вещества, содержащихся в пище. Каждый из них выполняет определенную функцию в поддержании здоровья человека.

Белок – уникальное вещество, он содержится практически в любом натуральном продукте, даже в овощах и фруктах. Однако, надо помнить, что животные белки усваиваются лучше, чем растительные. Недостаток белка может сказаться на работе печени, желез внутренней секреции, сердца, может вызвать отрицательные изменения гормонального фона, ухудшения усвоения веществ, так как белки связаны со многими системами организма.

Белки, поступающие в организм с пищей, используются для:

- роста (построения клеточных структур, клеток и тканей);
- восстановления (регенерации) структур любого уровня;
- синтеза ферментов, гормонов, гемоглобина, миоглобина;
- создания буферных систем, участвующих в поддержании постоянства рН внутренней среды организма;
- энергетических процессов.

Основными источниками белков являются следующие продукты: молоко и молочные продукты, мясо и рыба, птица и зернобобовые растения (фасоль, горох, чечевица, соя).

Дневной рацион должен содержать около 0,80-1,0 г белка на кг веса тела. С возрастом потребность в белке постепенно снижается.

Жиры — это органическое вещество, нерастворимое в воде, выполняющее в живом организме энергетическую и структурную функции. В жирах сконцентрировано большое количество энергии, по сравнению с белками и углеводами. Человеческое тело должно обладать разумными запасами жира, иначе без этого будут разрушаться мышцы и ткани организма, не будет необходимого энергетического запаса для построения новых клеток.

Жирорастворимые вещества придают вкус и аромат пищевым продуктам. Жиры замедляют процесс пищеварения, что предотвращает ощущение голода.

Рацион человека должен содержать от 80 до 100 г жиров в сутки (1,2-1,3 г на 1 кг массы тела), в том числе 30-35 г растительного масла.

Углеводы – основной элемент, снабжающий организм человека энергией. Углеводы могут быть простыми – это глюкоза, фруктоза, галактоза; а также сахароза и лактоза. Они быстро усваиваются и имеют сладкий вкус. Существуют также сложные углеводы – крахмал, клетчатка, гликоген.

Углеводы - важнейший источник энергии для мышечной деятельности, при недостатке углеводов распадаются жиры и белки, в крови накапливаются токсичные кетоны.

Источником углеводов служат картофель, хлеб, крупы, капуста, свекла, морковь, яблоки.

Суточная потребность организма в углеводах составляет от 400-500 г, в том числе крахмала 400-450 г, сахара 50-100 г, пектинов 25 г. Если углеводов в организме избыток, то они переходят в жиры, т. е. избыточное количество углеводов способствует ожирению.

Витамины - это биологически активные вещества, которые не образуются в организме и должны поступать с пищей. Их основная функция-участие в обменных процессах.

Витамин А. Необходим для поддержания хорошего зрения и нормального состояния слизистых оболочек. Витамин А содержится в животных продуктах, имеющих в своем составе жир: в масле, сыре, молоке, печени, рыбьем жире.

Витамины группы В.

- Витамин В1. Необходим для нормальной деятельности нервной системы. Содержится этот витамин в печени, мясе, крупах, хлебе из муки грубого помола.

- Витамин В2. Принимает участие в клеточном обмене, способствует выработке энергии в организме. В больших количествах этот витамин содержится в: молоке, твороге, сыре, яйцах, мясе, дрожжах, горохе, фасоли.

- Витамин В6. Если организм получает с пищей недостаточно этого витамина, отмечается нарушение роста волос, снижается уровень гемоглобина в крови. Его много в дрожжах, бобовых и молоке.

- Витамин В12. Крайне необходим для образования эритроцитов (красных кровяных телец). В больших количествах содержится в печени, сыре. Содержится этот витамин также в мясе, молоке, томатах, гречневой и овсяной крупе, фасоли.

Витамин С. Это один из важнейших витаминов, необходимых для укрепления и сохранения здоровья. Характерные признаки недостаточности: быстрая утомляемость, кровоточивость десен, частые простудные заболевания. Содержится витамин С практически

во всех фруктах, овощах, ягодах, зелени. Прекрасные источники витамина С-черная смородина, шиповник, клубника, красный перец, зелень петрушки, лука, укропа, капуста, особенно цветная. Следует знать, что витамин С быстро разрушается при варке, резке, измельчении фруктов и овощей.

Витамин Д. Участвует в обмене кальция и фосфора, обеспечивает нормальное отложение кальция в костях. Самый богатый источник витамина Д - рыбий жир.

Витамин Е. Необходим для укрепления мышц, поддерживает нормальное состояние кожи. Он содержится в зерновых продуктах и орехах.

Витамин К. Обеспечивает нормальную свертываемость крови. В больших количествах содержится в картофеле, томатах, моркови, зелени петрушки. Образуется он и в кишечнике человека.

Витамин РР. При недостаточности этого витамина появляются быстрая утомляемость, слабость, раздражительность, бессонница, воспалительные изменения на коже. Полное отсутствие этого витамина в пище приводит к заболеванию пеллагрой, что в переводе означает «шершавая кожа».

Здоровая пища должна содержать целый набор минеральных веществ.

Минеральные вещества в зависимости от их содержания в продуктах или организме человека условно подразделяют на макроэлементы и микроэлементы.

К макроэлементам относят натрий, калий, кальций, магний, хлор, кремний, серу, железо и др.

- Калий важен для деятельности нервной и сердечно-сосудистой систем. Главные его источники: картофель, фрукты, овощи.

- Натрий мы получаем в основном с пищевой солью.

- Железо организм использует для кроветворения. Недостаток железа в пище часто становится причиной анемии, поступает в основном с мясом и мясными продуктами.

- Фосфор также участвует в построении костей и зубов. В большом количестве он содержится в молочных и бобовых продуктах, рыбе.

К микроэлементам относятся вещества, содержание которых в продуктах ничтожно мало — это йод, цинк, медь, фтор, бром, марганец и др. Несмотря на малое содержание, микроэлементы исключительно важны для питания человека.

- Йод необходим для нормальной работы щитовидной железы, что особенно важно в период роста и развития организма. Если в пище содержится недостаточное количество йода, то щитовидная железа увеличивается в объеме, возникает зоб. Больше всего йода содержится в морской рыбе.

- Фтор необходим для построения костей и эмали зубов. Организм получает его в основном из питьевой воды.

Минеральные вещества входят в состав всех клеток, тканей, костей; они поддерживают кислотно-щелочное равновесие в организме и оказывают большое влияние на обмен веществ.

Заболевания пищеварительной системы занимают значительное место в общей структуре студенческой заболеваемости во всем мире, отмечается также тенденция к их учащению. Неправильное употребление продуктов способствует развитию различного рода недугов, снижению работоспособности, памяти и умственной активности, а также приводит к серьезным заболеваниям.

Первичную профилактику составляют мероприятия, направленные на предупреждение возникновения болезни, обычно путем устранения ее причин или факторов риска.

Вторичная профилактика предусматривает раннее обнаружение заболевания и вмешательства, направленные на замедление и остановку развития болезни.

Третичная профилактика подразумевает мероприятия, направленные на предотвращение ухудшения течения или возникновения осложнений заболевания после того, как оно проявилось.

Информированность и грамотное употребление продуктов предупредит заболевания пищеварительной системы.

Для проведения исследования были опрошены студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 24 человека.

Студентам было предложено ответить на ряд вопросов (Приложение А), включающее 13 вопросов, ориентированные на выявление знаний о рациональном питании, а также особенностей, режима и качества питания среди студенческой молодежи.

Таким образом, исследование проходило в три этапа:

1. Проведение опроса для выявления знаний студентов о рациональном питании.
2. Проведения анкетирования, с целью изучения особенностей питания.
3. Обработка и анализ результатов.

На вопрос 1: «Как вы считаете, правильно ли вы питаетесь» 40% опрошиваемых студентов ответили положительно; остальные 60% ответили отрицательно.

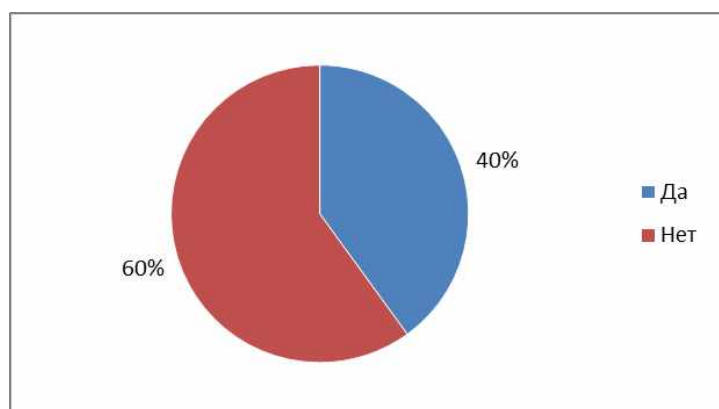


Рисунок 1. Как вы считаете, вы правильно питаетесь?

На вопрос 2: «Что входит в ваш рацион питания» 64% опрошиваемых студентов ответили, что в их рацион питания входит все необходимое организму; 6% ответили, что сидят на диетах; и 30% ответили, что это зависит от настроения.

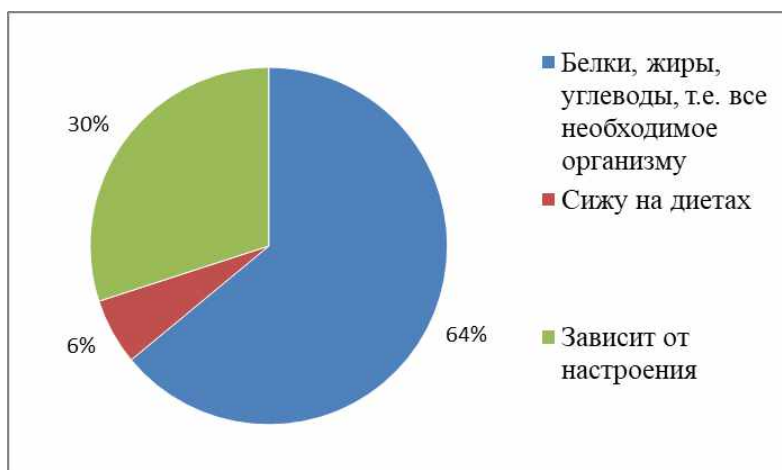


Рисунок 2. Что входит в ваш рацион питания?

На вопрос 3: «Как часто вы питаетесь» 55% опрошиваемых студентов ответили, что питаются плотно, 2-3 раза в день; 5% ответили, что питаются маленькими порциями 5-6 раз в день; а 40% ответили, что их график приема пищи не сбалансирован.

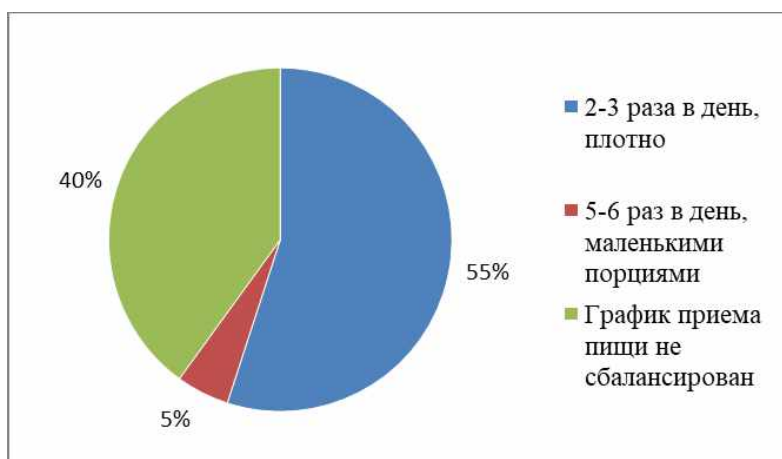


Рисунок 3. Как часто вы питаетесь?

На вопрос 4: «Считаете ли Вы первые блюда (супы, борщи и т.п.) важным составляющим питания» 86% студентов ответили, что первые блюда являются важным составляющим питания; 11% ответили, что первые блюда не такие важные составляющие питания; и только 3% ответили, что первые блюда можно не употреблять.

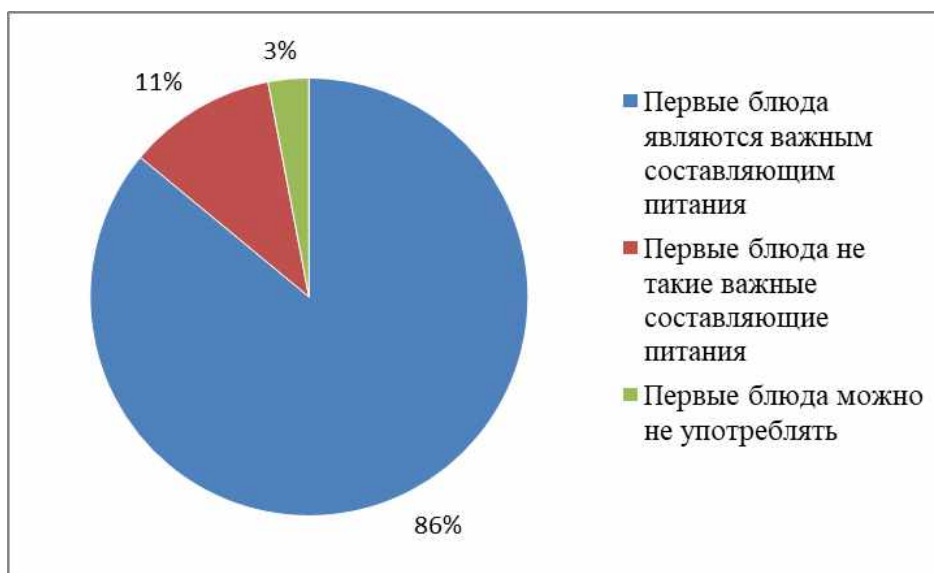


Рисунок 4. Считаете ли Вы первые блюда (супы, борщи и т.п.) важным составляющим питания?

На вопрос 5: «Чему Вы больше отдаете предпочтение: мясу и рыбе, овощам и фруктам, крупам и бобовым» 51% отдают предпочтение мясу и рыбе; 25% овощам и фруктам; 24% ответили, что отдают предпочтение крупам и бобовым.

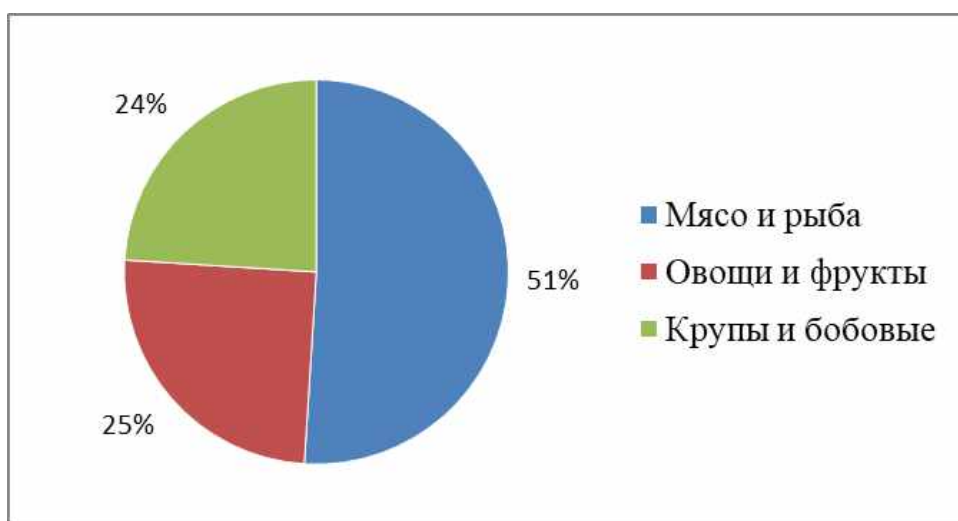


Рисунок 5. Чему Вы больше отдаете предпочтение: мясу и рыбе, овощам и фруктам, крупам и бобовым?

На вопрос 6: «Для чего организму нужно здоровое питание» 72% опрошенных студентов ответили, что здоровое питание нужно для роста и развития; 8% студентов ответили, что для поддержания настроения; 20% ответили, что для регулирования витаминного баланса.

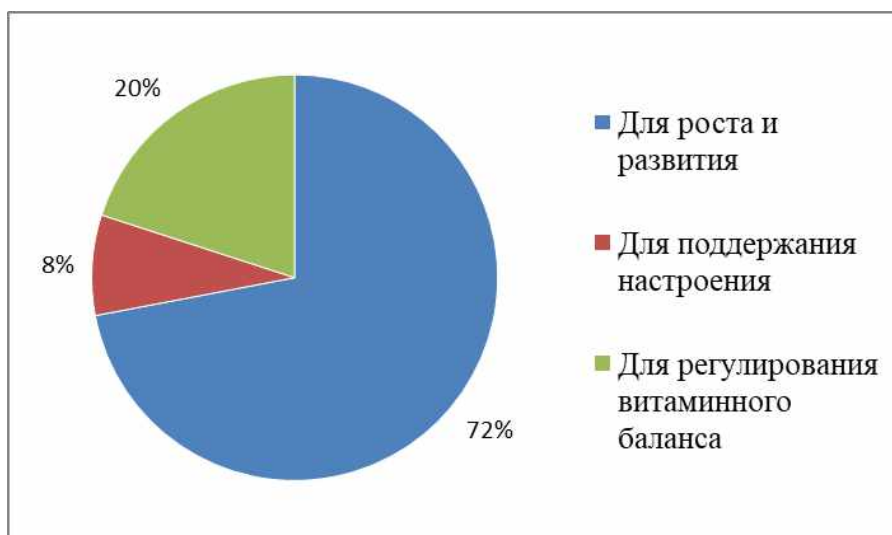


Рисунок 6. Для чего организму нужно здоровое питание?

На вопрос 7: «Что является строительным материалом для нашего организма» 92% студентов ответили, что белок – это строительный материал для организма, что **является верным ответом**; 1% ответили, что это жиры; остальные 7% ответили, что углеводы являются строительным материалом.

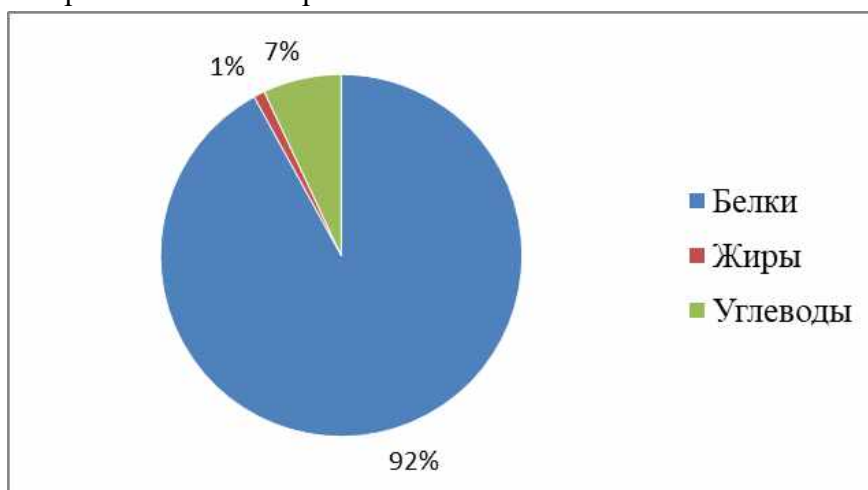


Рисунок 7. Что является строительным материалом для нашего организма?

На вопрос 8: «Питательные вещества, которые дают организму энергию» 5% опрошенных студентов ответили, что белки являются веществами, которые дают организму энергию; 6% ответили, что это жиры; и 89% ответили, что углеводы – это вещества, дающие энергию организму, что **является верным ответом**.

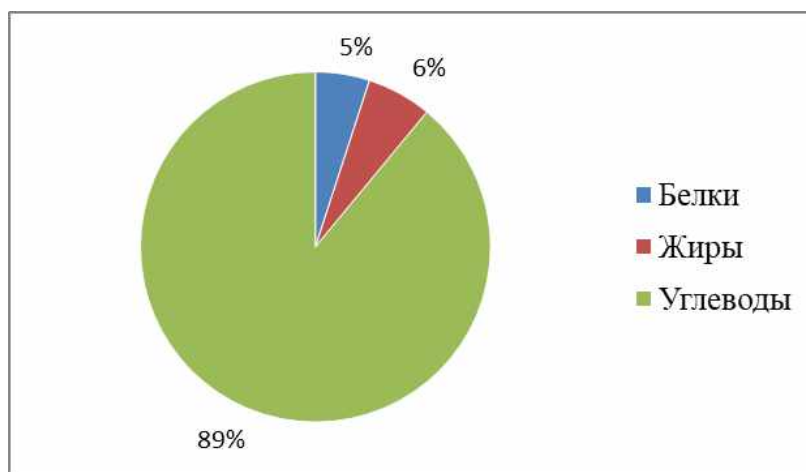


Рисунок 8. Питательные вещества, которые дают организму энергию?

На вопрос 9: «Легко ли Вам отказаться от чипсов или других вкусных на Ваш взгляд продуктов (не полезных)» 26% опрашиваемых студентов ответили, что спокойно могут отказаться от не полезных продуктов; 27% ответили, что не смогут удержаться; а остальные 47% затруднились в ответе на данный вопрос.

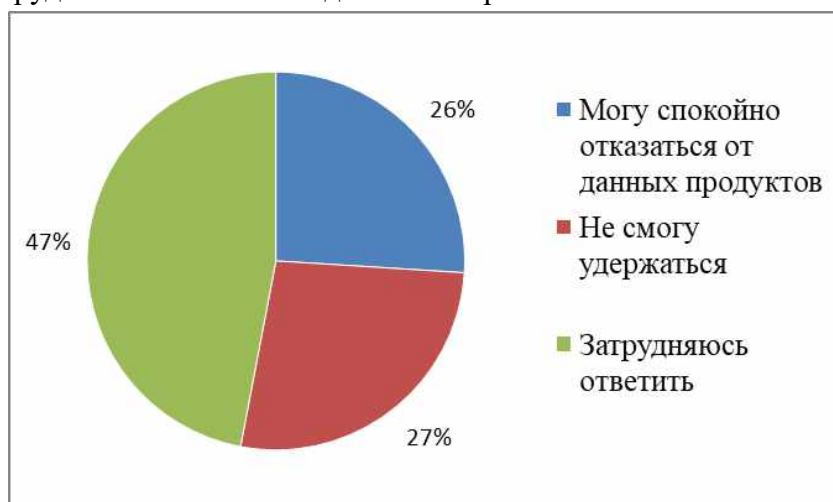


Рисунок 9. Легко ли Вам отказаться от чипсов или других вкусных на Ваш взгляд продуктов (не полезных)?

На вопрос 10: «С чем лучше совмещать питание, чтобы оно действительно было здоровым» 68% студентов ответили, что питание лучше всего совмещать с занятиями спортом и физкультурой; 20% сделали свой выбор в сторону сна и отдыха; и 12% ответили, что лучше совмещать с диетами.

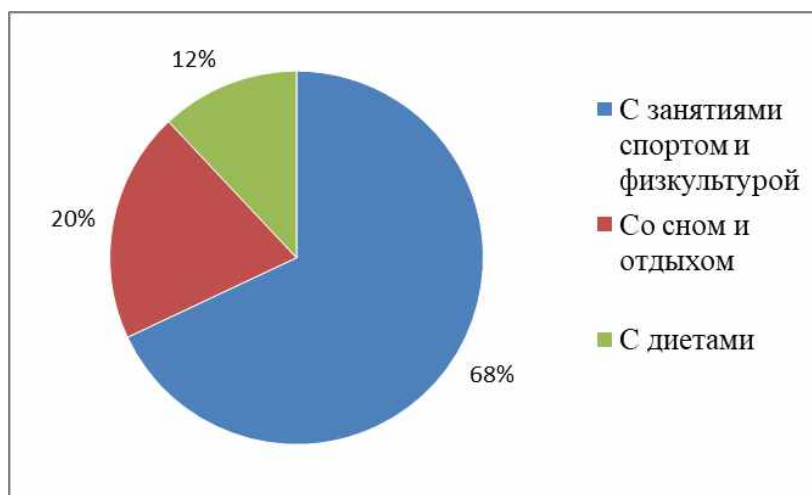


Рисунок 10. С чем лучше совмещать питание, чтобы оно действительно было здоровым?

На вопрос 11: «Как вы думаете, что является правильным режимом питания» 76% студентов ответили, что правильным режимом питания считается распределение пищи по времени, калорийности и объёму, что **является правильным вариантом ответа**; 12% ответили, что это распределение пищи по калорийности и объёму; и 12% ответили, что распределение пищи по времени и объёму.

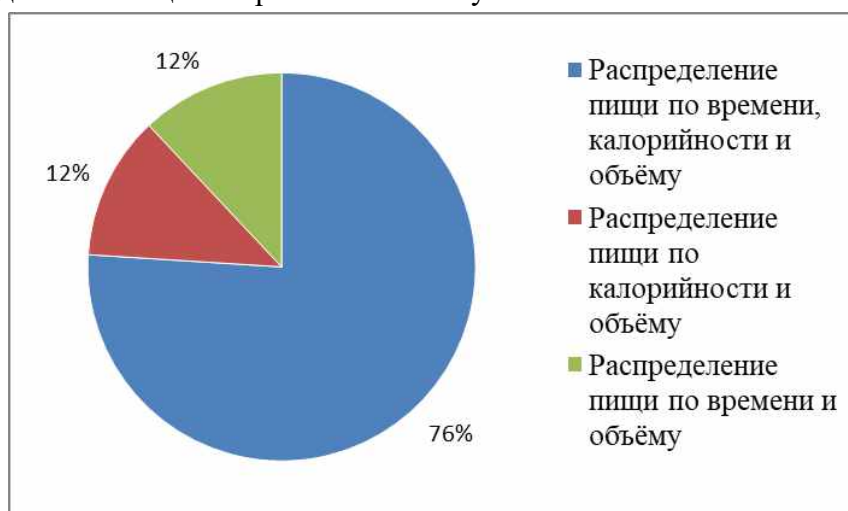


Рисунок 11. Как вы думаете, что является правильным режимом питания?

На вопрос 12: «Является ли ваш режим питания правильным» 12% ответили, что их режим питания является правильным; 29% ответили, что их режим питания неправильный; и 59% опрошенных студентов затруднились ответить на данный вопрос.

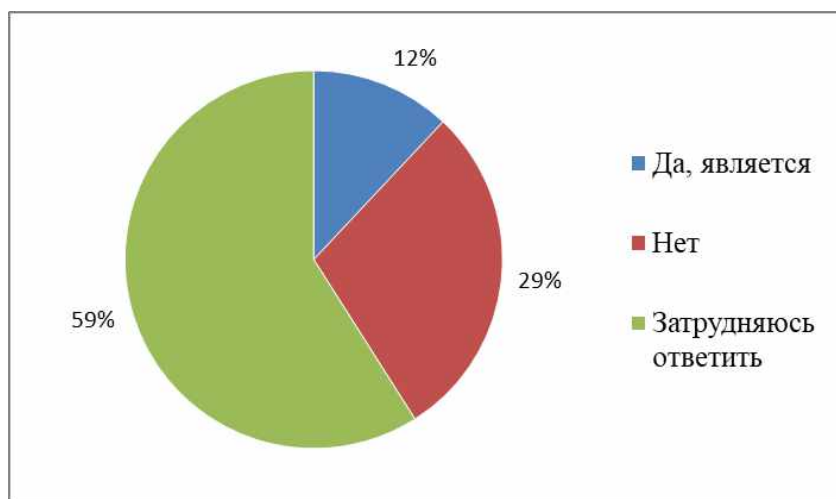


Рисунок 12. Является ли ваш режим питания правильным?

На вопрос 13: «Принцип здорового питания» 34% опрошиваемых студентов ответили, что принцип здорового питания заключается в том, чтобы долго не сидеть за едой; 7% утверждают, что сразу после приема пищи нужно выпить много воды; и 59% ответили, что необходимо жевать не спеша, долго пережевывать пищу, что **является правильным ответом**.

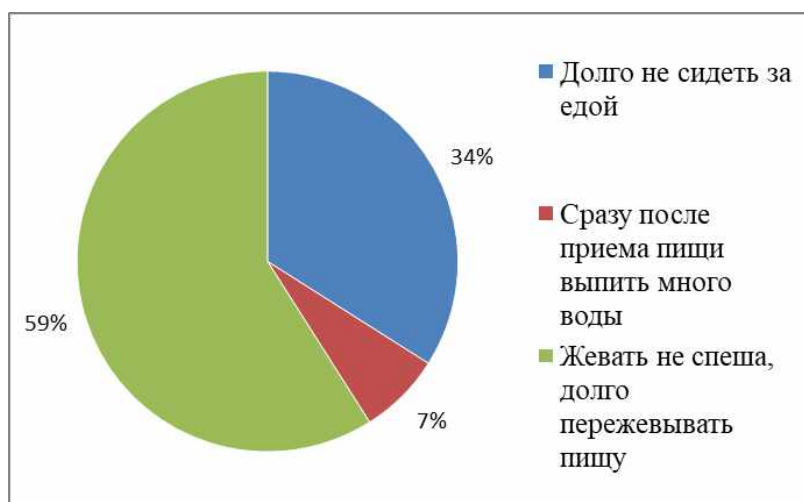


Рисунок 13. Принцип здорового питания?

На основании проведенного опроса студентов можно сделать следующие выводы:

Большинство студентов знают о таком понятии как рациональное питание, о принципах, а также правилах его сохранения и поддержания. Многие студенты стараются придерживаться правильного питания. Они также считают, что супы являются важным компонентом питания, что говорит о том, что большинство студентов задумывается о том, какую пользу несут супы для пищеварения. Видна так же положительная динамика и стремление студентов питаться здоровой пищей. Самое большое количество пищи за день человек съедает во время обеда. Преимущественно студенты питаются 2-3 раза. Большая часть студентов отдает предпочтение овощам, фруктам, мясу, рыбе. Значительное большинство опрошенных стараются есть здоровую пищу. Лишь иногда потребляя

нездоровую пищу, это говорит о том, что студенты стремятся к правильному питанию. Чтобы быть активными, бодрыми, а самое главное здоровыми.

После опроса, анализируя полученные данные, мы поняли, что многие студенты хорошо осведомлены по вопросам о здоровом питании. Из этого всего можно сделать вывод о том, что студенты, несмотря на свой неустойчивый режим дня, нерегулярное питание, стараются поддерживать правильное питание.

Заключение.

В нашей работе мы рассмотрели понятие «рациональное питание», его принципы, правила, изучили состояния правильного питания и способы его сохранения среди студентов

Рациональное питание - питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию питательных веществ в зависимости от пола, возраста и рода деятельности.

Большое значение имеет режим питания: кратность приема пищи, распределение суточной калорийности, массы и состава пищи по отдельным ее приемам.

Для здорового человека оптимально четырехразовое питание, так как более редкое питание приводит к накоплению жира в организме, уменьшению активности щитовидной железы и тканевых ферментов.

При четырехразовом питании соотношение числа калорий пищи по отдельным приемам пищи должно быть 30, 15, 35, 20 %.

Для организации питания в повседневной жизни следует соблюдать следующие принципы:

- не переедать;
- питание должно быть разнообразным, т. е. желательно ежедневно употреблять в пищу рыбу, мясо, молочные продукты, овощи и фрукты, хлеб грубого помола и т. д.;
- в способах приготовления предпочтение следует отдавать отварному;
- знать калорийность и химический состав пищи.

В результате изучения интернет – ресурсов, учебных пособий и книг было выявлено, что рациональное питание играет огромную роль в жизни студента. Таким образом, знания о рациональном питании, способах его поддержания должны быть на соответствующем уровне.

Соблюдение рекомендаций по сбалансированному питанию - главный источник повышения устойчивости организма к различным вредным агентам окружающей среды и снижения количества неинфекционных хронических заболеваний среди студенческой молодежи.

Реализовав и проводя анкетирование среди студентов, выявлен более чем высокий уровень осведомленности о рациональном питании. Студенты стараются питаться правильно, понимая, как питание влияет на их здоровье.

Проанализировав результаты можно сделать вывод, что большинство студентов знают и используют свои знания о рациональном питании в личной жизни. Выявлены основные положения теории рационального питания и рассмотрены особенности рационального питания студентов.

Поставленные задачи решены, гипотеза о том, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа знают, что такое рациональное питание, а также способы его поддержания доказана.

Библиографический список

1. Бигеева М.В, Матыкина Е.А, Лахимов С.В. Правильное питание. Универсальный справочник. - М.: Издательство «Научная книга», 2017 г.
2. Гогоулан Майя Федоровна Правильная энциклопедия о вкусной и здоровой пище –М. : Издательство «АСТ», 2015 г.
3. Дубровский В.И. Валеология. Здоровый образ жизни: Учеб. пособие. - М.: ФЛИНТА; 2009 г.
4. Сычева Ольга В. Основы рационального питания / Ольга Сычева. - М.: Директ-Медиа, 2017.
5. Шерман-Ленфор Основы питания , д Г. К. Издание 2-е, 2016 г.
6. Физиология питания. Учебник / Под ред. Т.М. Дроздова, П.Е.
7. Шерман-Ленфор Основы питания , д Г. К. Издание 2-е, 2016 г.
8. Шевченко В.П. Питание и долголетие. — М.: Университетская книга, Логос, 2012. — 320 с.
9. Эддар А. Трактат о питании. — М.: Просвещение, 2009. — 157 с.
10. Холфорд Патрик Правильное питание для здоровой жизни—М.:Издательство «Попурри», 2015 г.
11. Основные принципы рационального питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://info.wikireading.ru/124007>
12. Принципы рационального питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://77.rospotrebнадzor.ru/index.php/san-epid/40-2009-08-20-06-08-14/1222-zdorovie-sp-537>
13. Питание студентов / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://otherreferats.allbest.ru/cookery/00626014_0.html
14. Сбалансированное питание у студентов / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://works.doklad.ru/view/jg-So_FBCRY.html
15. Минеральные вещества / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://znaytovar.ru/s/Mineralnye-veshhestva.html>

Быкова Елена, Марусенко Кристина,
студентки 12 ЛД группы

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Королева Наталья Викторовна,
преподаватель ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

КАЧЕСТВО ПИТАНИЯ СТУДЕНТА (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ОГПОБУ БМК)

Человек не может жить без еды. Еда — это источник энергии, полезных микроэлементов и витаминов.

«Мы есть то, что мы едим» (буквальный перевод «Ты есть то, что ты ешь») – Гиппократ. Он считал, что болезнь человека – это результат нарушения питания, привычек и характера жизни человека...

Правильное питание – залог здоровой жизни, и его значение для здоровья трудно переоценить.

В связи с этим, актуальность выбранной нами темы очевидна.

В наше время современные технологии сделали большой рывок в отрасли пищевой промышленности. В целях сохранения и увеличения срока годности было разработано немало добавок, которые оказывают прямое влияние на наш организм, вызывают болезни органов пищеварения.

Употребляя пищу, многие даже не задумываются о её составе. Есть люди, которые не обращают внимание на срок годности продуктов. В магазинах на полках мы видим большое количество продуктов. Но так ли они полезны для нашего здоровья?

В связи с очень насыщенной и напряженной жизнью во время обучения, студенты чаще всего питаются нерегулярно, перекусывая на ходу, всухомятку, 1-2 раза в день, забывая о завтраке. А рацион дополняют так называемым «Пищевым мусором» - газировки, фастфуд, чипсы, сухарики и многое другое. Мы решили исследовать особенности питания студентов.

Цель исследования: изучение и оценка качества питания современных студентов.

Объект исследования: питание в современном мире.

Предмет исследования: питание студентов.

Методы исследования: изучение литературных и интернет источников, анкетирование, анализ.

Задачи:

1. Изучить литературные и интернет источники по теме
2. Определить критерии оценки качества питания студентов
3. Составить анкету по теме.
4. Провести опрос среди студентов.
5. Проанализировать полученные данные, сделать выводы.

Гипотеза: Предполагается, что учащиеся отдают предпочтение быстрым перекусам, нарушая режим питания. А также, при выборе продуктов уделяют внимание только сроку годности, упуская из виду его состав. Для проверки гипотезы необходимо провести опрос студентов и проанализировать результаты.

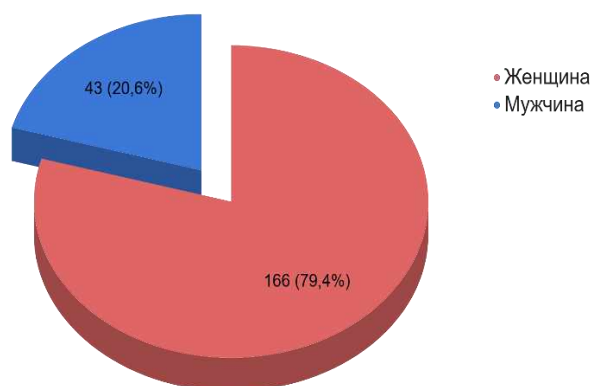
После изучения литературных и интернет источников по теме, нами были выделены следующие критерии оценки качества питания студентов:

1. Количество и время приема пищи
2. Состав пищи (домашняя, фастфуд и др.)
3. Наличие в рационе «пищевого мусора»
4. Является ли срок годности и состав пищи важной информацией при выборе

продуктов питания

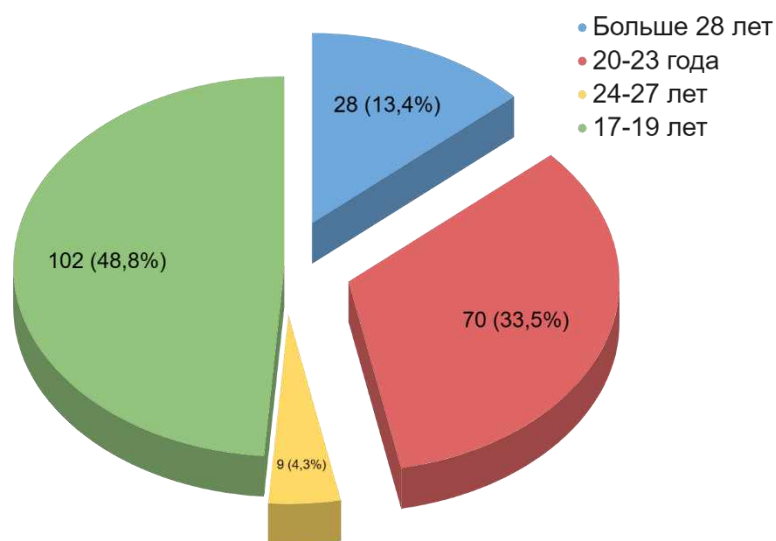
Кроме оценки данных критериев, нас интересовало мнение студентов по поводу соотношения цены и качества продуктов. Также мы узнали, есть ли у респондентов проблемы с ЖКТ.

Исследование было проведено среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж». Была составлена анкета в электронном виде. В опросе приняло 209 человек.



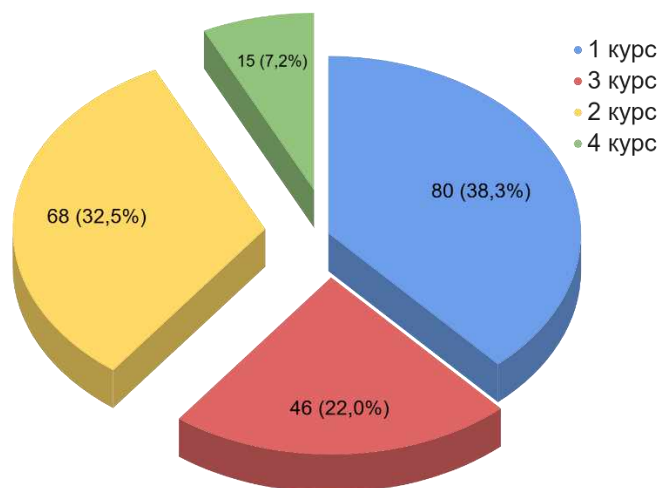
1. Ваш пол?

Среди опрошенных 79,4% женщин и 20,6% мужчин.



2. Ваш возраст

Исходя из полученных данных, большинство респондентов относятся к возрастной группе с 17 до 19 лет - 48,8%. На втором месте по количеству опрошенных - возрастная группа от 20 до 23 лет, она составляет 33,5%. Небольшое количество опрошенных студентов приходится на возраст от 24 до 27 лет – 4,3%. Количество студентов старше 28 лет составляет 13,4%.



3. На каком курсе обучаетесь?

В опросе приняли участие студенты 1, 2, 3 и 4 курса обучения. Из них: 38,3% - первокурсники, 32,5% - студенты 2 курса, 22% - студенты 3 курса и 7,2% - студенты 4 курса.



4. Сколько приёмов пищи у вас в сутки?

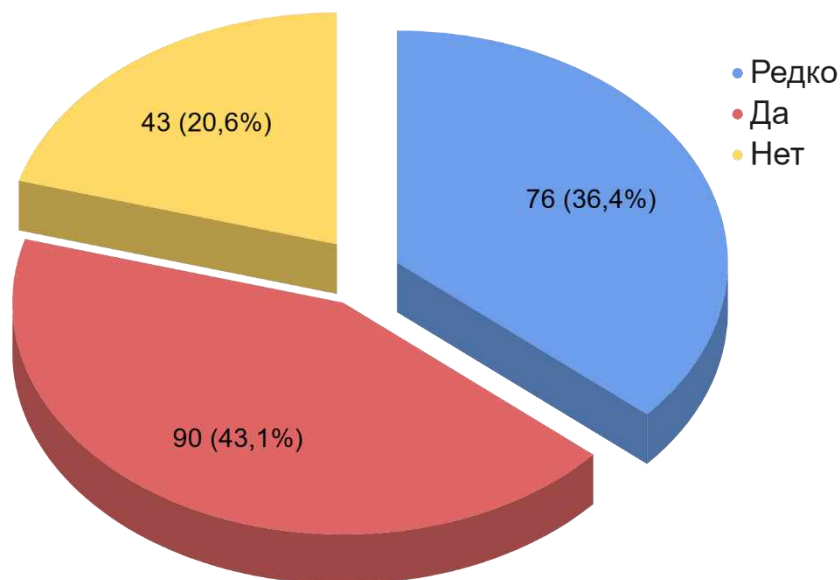
Большинство студентов придерживаются правильного режима питания, употребляя пищу 3 раза в день, добавляя перекусы. Количество опрошенных составило 26,3% или 55 студентов.

Почти такое же количество опрошенных студентов имеют всего один полноценный приём пищи (обед или ужин) и перекусы в течение дня. Их число составляет 26,8% или 56 студентов.

23% или 48 студентов ответили, что в сутки у них 2 больших приёма пищи и перекусы в течении дня.

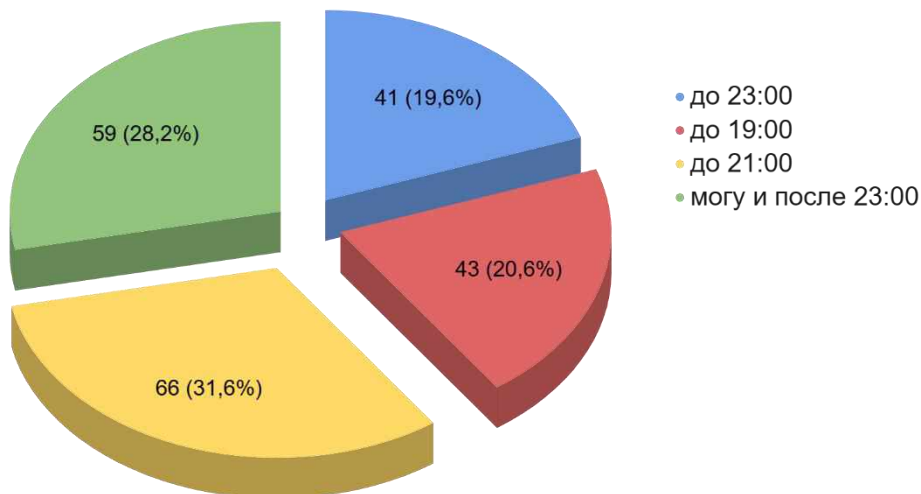
18,2% или 38 студентов принимают пищу 3 раза в день, исключая всевозможные перекусы.

Также у опрошенных была возможность добавить свой вариант ответа, ею воспользовались 12 человек (5,7%). В основном, респонденты указывали на то, что количество приёмов пищи в сутки изо дня в день меняется, в зависимости от занятости и возможностей студента.



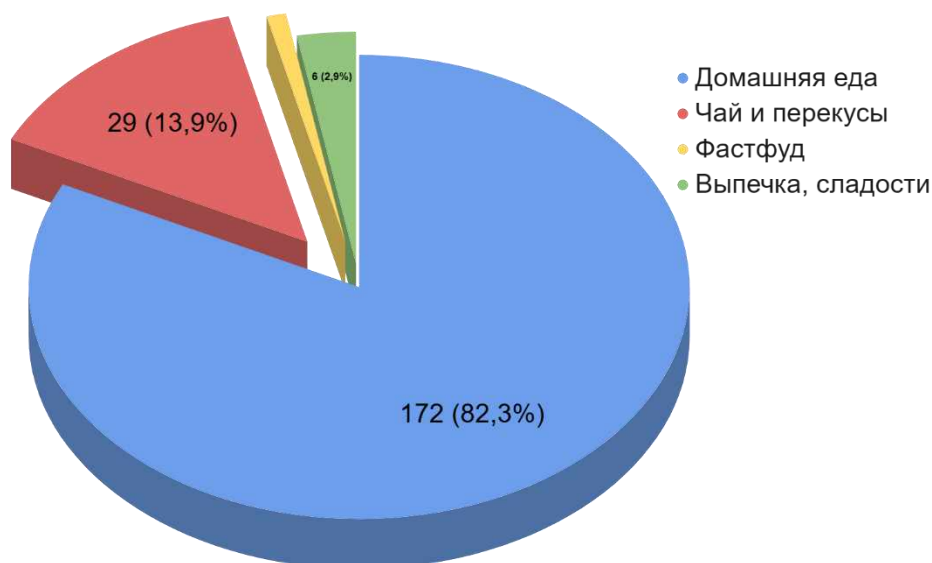
5. Завтракаете ли вы?

Завтракают большее количество опрошенных - 43,1%, редко завтракают - 36,4%, и совсем не завтракают 20,6% студентов.



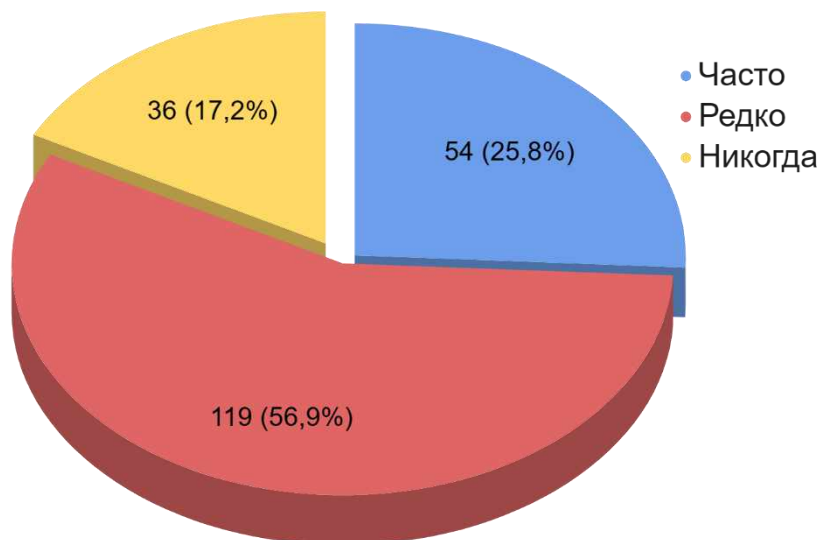
6. В какое время дня последний приём пищи?

До 19:00 последний приём пищи у 20,6% опрошенных. 31,6% студентов едят последний раз до 21:00. Количество студентов, у которых последний приём пищи до 23:00, составляет 19,6%. Также 28,2% опрошенных студентов могут принимать пищу и после 23:00.



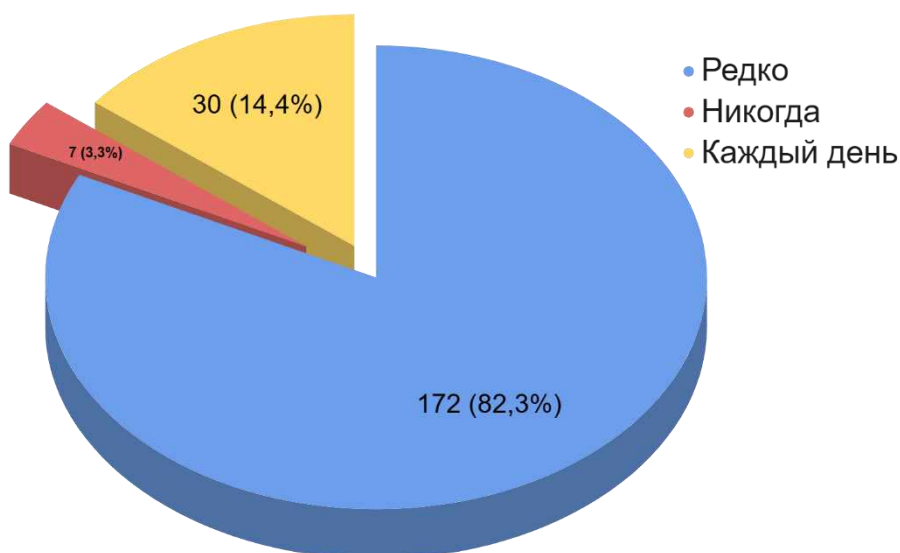
7. Из чего в большинстве состоит ваш ежедневный рацион питания?

Самое большое количество студентов предпочитают употреблять в своём ежедневном рационе домашнюю еду - 82,3%. Для 13,9% студентов ежедневный рацион состоит из чая и перекусов. 2,9 % студентов употребляют в течении дня выпечку и сладости, а 1% опрошенных предпочитают фастфуд.



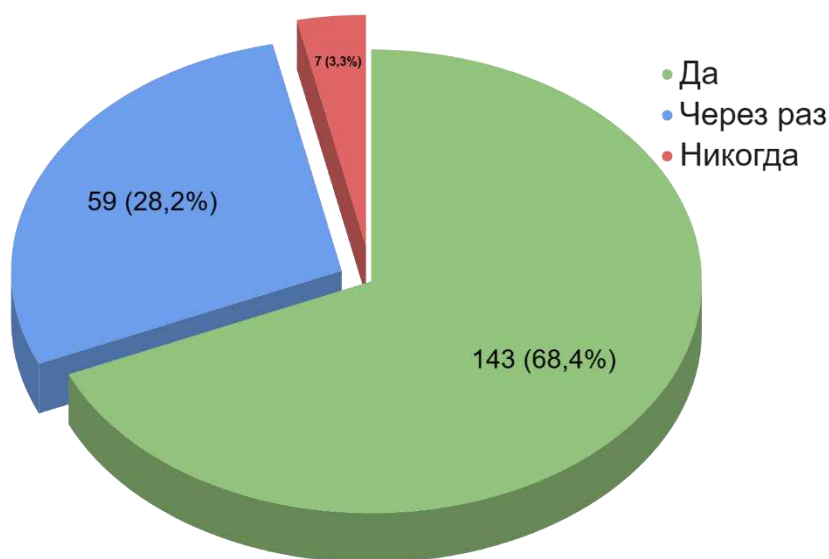
8. Часто ли вы торопитесь во время еды?

Среди опрошенных 25,8% человек часто торопятся во время еды, 56,9% - редко, и 17,2% студентов никогда не торопятся.



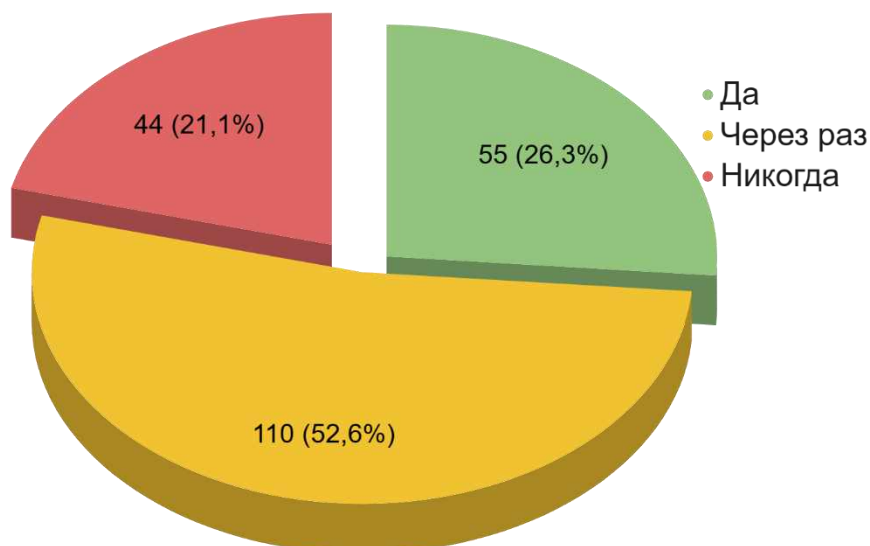
9. Как часто вы употребляете такие продукты, как газировка и снеки (чипсы, сухарики и др.)?

У 14,4% опрошенных студентов ежедневно в рационе присутствуют такие продукты, как снеки и газировка. 82,3% студентов ответили, что очень редко употребляют их в пищу, и всего 3,3% никогда не употребляют.



10. Обращаете ли вы внимание на срок годности продукта?

68,4% студента всегда обращают внимание на срок годности употребляемого продукта. «Через раз» ответили 28,2% опрошенных, и 3,3% студентов вообще никогда не следят за сроком годности продуктов перед их употреблением или приобретением.



11. Читаете ли вы состав продукта, прежде чем его купить?

Среди опрошенных 26,3% студентов постоянно читают состав приобретаемого продукта, 52,6% обращают внимание на состав через раз, и 21,1% студентов не заботятся о составе приобретаемого продукта.



12. Считаете ли вы, что качественные и полезные продукты стоят дорого?

Большинство студентов - 30,1% или 63 студента - считают, что среди недорогих продуктов есть полезные.

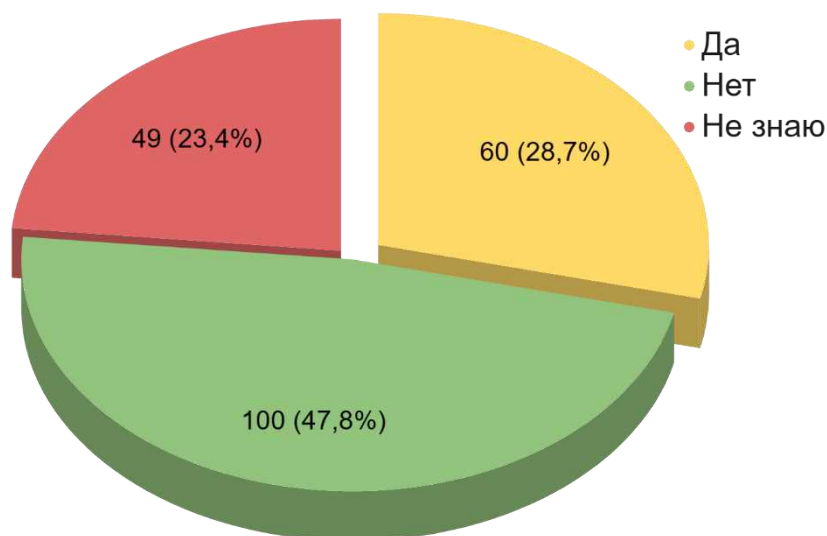
Этому количеству практически соответствует вторая категория опрошенных студентов, они считают, что качественные и полезные продукты стоят дорого. Их число составляет 29,7% или 62 студента.

21,1% или 44 студента не согласны с данным утверждением.

17,7% или 37 студентов считают, что и среди дорогих продуктов есть вредные.

Возможностью добавить свой вариант ответа воспользовались 3 респондента (1,4%). Ответы были следующими: не обращала на это внимания, цена не всегда определяет

качество, среди дорогих продуктов есть вредные и среди недорогих продуктов есть полезные.



13. Есть ли у вас проблемы с ЖКТ?

По данным анкетирования, 28,7% или 60 человек имеют проблемы с ЖКТ. 47,8% или 100 студентов не имеют проблем, и 23,4% или 49 опрошенных не знают о своих возможных заболеваниях.

Заключение

В ходе проведенного исследования, в котором приняли участие 209 студентов БМК с 1 по 4 курс, нами были получены следующие данные:

- Согласно первому критерию (количество и время приема пищи), мы получили следующие данные:
 - Принцип трехразового (здорового) питания соблюдают 44, 5% опрошенных или 93 студента (3 раза в день, добавляя перекусы - 26,3% или 55 студентов; 3 раза в день, исключая всевозможные перекусы - 18,2% или 38 студентов), т.е. менее половины респондентов.
 - Остальные имеют всего один полноценный приём пищи (обед или ужин) и перекусы в течение дня (26,8% или 56 студентов); 2 больших приёма пищи и перекусы в течении дня (23% или 48 студентов); либо количество приёмов пищи в сутки изо дня в день меняется, в зависимости от занятости и возможностей студента (5,7% или 12 студентов).
 - При этом более половины респондентов редко завтракают (36,4%) или не завтракают совсем (20,6%). Регулярно завтракают 43,1% опрошенных (т.е. менее половины)
 - Последний прием пищи до 19.00 лишь у 20,6% респондентов; остальные могут принимать пищу и в более позднее время:
 - до 21.00 – 31,6%
 - до 23.00 – 19,6%
 - после 23.00 – 28,2%

2. По второму критерию (состав пищи (домашняя, фастфуд и др.)) получены следующие данные:
 - Домашняя еда - 82,3%, т.е. подавляющее большинство респондентов.
 - Чай и перекусы - 13,9% опрошенных.
 - Выпечка и сладости - 2,9 % студентов.
 - Фастфуд - 1% опрошенных.
3. Согласно третьему критерию (наличие в рационе «пищевого мусора»), мы получили следующие данные:
 - очень редко употребляют «пищевой мусор» - 82,3%, т.е. подавляющее большинство респондентов.
 - ежедневно употребляют такие продукты, как снеки и газировка 14,4% опрошенных.
 - никогда не употребляют - 3,3% респондентов
4. По четвертому критерию (является ли срок годности и состав пищи важной информацией при выборе продуктов питания) получены следующие данные:
 - всегда обращают внимание на срок годности употребляемого продукта 68,4%, т.е. большинство респондентов.
 - «через раз» - 28,2% опрошенных.
 - вообще никогда не следят за сроком годности продуктов перед их употреблением или приобретением - 3,3% студентов.
 - обращают внимание на состав через раз - 52,6%, т.е. большинство опрошенных
 - постоянно читают состав приобретаемого продукта - 26,3% опрошенных
 - не заботятся о составе приобретаемого продукта - 21,1% студентов.

Более 50% опрошенных не согласны с утверждением, что качественные и полезные продукты стоят дорого и уверены, что среди недорогих продуктов есть полезные. (30,1% +21,1% + 1,4%). При этом почти треть опрошенных (29,7%) считают, что качественные и полезные продукты стоят дорого. 17,7% или 37 студентов считают, что и среди дорогих продуктов есть вредные.

По вопросу проблем с ЖКТ в ходе исследования получены следующие данные:

- не имеют проблем с ЖКТ - 47,8%, т.е. большинство респондентов
- имеют проблемы с ЖКТ - 28,7%
- не знают о своих возможных заболеваниях - 23,4% опрошенных.

Выводы:

Менее половины респондентов соблюдают принцип трехразового питания

Менее половины регулярно завтракают

Лишь каждый пятый из опрошенных заканчивает принимать пищу до 19.00, остальные могут принимать пищу и в более позднее, в том числе и в ночное, время.

Подавляющее большинство предпочитает домашнюю пищу. При этом в рационе присутствует «пищевой мусор» (редко - 82,3%, ежедневно - 14,4%)

Для большинства опрошенных информация о сроке годности продуктов является важной. При этом большинство респондентов (52,6%) не всегда обращают внимание на состав продукта, а 21,1% опрошенных вовсе не заботятся о составе приобретаемого продукта.

Опрошенные студенты, в большинстве своем, уверены, что качественное и полезное питание не означает дорогое.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что сегодняшние студенты, в большинстве своем, не соблюдают принципов здорового питания, их мало заботит качество предлагаемой к потреблению продукции (срок годности и, особенно, состав), а также многие не имеют представления о собственном здоровье в силу возраста, так как проблемы с ЖКТ имеют накопительный характер.

Таким образом, цель исследования выполнена, задачи решены, гипотез подтверждена.

Рекомендации по результатам исследования. Принимая во внимание, что опрос проводился среди студентов-медиков, трудно предположить, что принципы здорового питания им незнакомы. Поэтому в работе со студентами, по нашему мнению, следует сделать акцент на важности соблюдения данных принципов, а также на необходимости медицинским работникам нести ответственность не только за здоровье пациентов, но и за свое собственное, быть примером соблюдения принципов здоровой жизни. «Medice, cura te ipsum!» - «Медик, исцели себя сам!»

Поплавская Юлия Игоревна

г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

34.02.01 Сестринское дело, 2 курс

Научный руководитель – начальник ОМР Куклева Татьяна Валерьевна

poplavskay.julia@mail.ru

РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

В последние десятилетия проблема нарушений пищевого поведения приобрела особую актуальность во всем мире, в том числе и в России, в связи со стремительным ростом числа людей с избыточным весом или гипертрофированным стремлением к похудению. Культ еды, переедание или наоборот пищевой аскетизм, диетомания, обостренное внимание людей, особенно молодого возраста, к своему телу и внешности, следование завышенным эталонам физической привлекательности представляют собой различные виды пищевых девиаций и являются неполноценными формами психоэмоциональной адаптации современного человека к сложным реалиям современной жизни.

До недавнего времени нарушения пищевого поведения рассматривались только как медицинский диагноз или генетическая склонность, однако теперь проблему пищевого поведения изучают и как психологическое расстройство. Исследованием этой темы занимаются известные медики и психологи: Бухарова Э.А., Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Гаврилов М.А., Гинзбург М.М., Дорожевец А.Н., Кислова Е.К., Коркина М.В., Креславский Е.С., Малкина-Пых И.Г., Менделевич В.Д., Минабутдинов Ш.Р., Ротов В.А., Скугаревский О.А., Томэ Х., Цивилько М.А., Циркин С.Ю. и др.

Под пищевым поведением авторами понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение,

ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека. Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся).

По мнению специалистов, нарушения пищевого поведения представляют собой широкий спектр состояний от ограничительных действий до переедания. К ним относят нервную анорексию, нервную булимию, компульсивное переедание, а также ряд других расстройств.

Природа нарушений пищевого поведения объясняется современными исследователями различными причинами. Существуют теории, объясняющие пищевые девиации физиологическими факторами, в частности проблемами, связанными с неправильным питанием, нарушением обмена веществ, повышенной нагрузкой, истощением организма и т.д. Иные представления связаны с определением ведущей роли психологической составляющей в данных расстройствах. Принятие пищи не всегда связано с утолением голода, и едой нередко злоупотребляют в целях удовлетворения широкого спектра иных потребностей: разрядки психоэмоционального напряжения; чувственного наслаждения; общения; самоутверждения; поддержания определенных ритуалов или привычек; компенсации неудовлетворенных потребностей в заботе и любви; эстетического переживания.

Есть гипотезы, трактующие расстройства приема пищи как следствия эмоциональных расстройств: хронического стресса, тревожности, депрессии. Стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Удовлетворение голода в состоянии эмоционального неблагополучия имеет крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Каждый раз, когда тревожные и агрессивные эмоции подавляются, когда нет возможности их выразить с помощью произвольного поведения, они создают остаточное напряжение и могут тем самым оказывать хроническое негативное влияние (через вегетативную нервную систему) на различные фазы пищеварительного процесса. Существует также социальная гипотеза, которая определяет распространенность пищевых нарушений в последние 40–50 лет принятыми в обществе ролями и стереотипами, в частности распространением идеала худобы, популяризацией различных диет и чрезмерно повышенным вниманием людей к внешнему виду. Ряд исследователей объясняет пищевые девиации личностными факторами и жизненной ситуацией. Было установлено, что лица с нарушениями пищевого поведения, оценивая свои отношения с родителями, отмечают либо низкий уровень полученной в детстве родительской заботы, либо чрезмерное доминирование, гиперопеку со стороны родителей, либо противоречивый стиль воспитания, поддерживающий и одновременно подрывающий в ребенке уверенность в себе. Некоторые авторы называют одной из значимых причин, приводящих к нарушениям пищевого поведения, фактор неадекватности и неустойчивости самооценки. Сопутствующими признаками искажения самооценки является склонность к перфекционизму, зависимость от одобрения окружающих, интолерантность к трудностям повседневной жизни; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешней демонстрацией превосходства; поверхностная социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными

контактами; стремление обвинять других; стремление уйти от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения.

Таким образом, обобщая имеющиеся исследования, можно сделать вывод, что нарушения пищевого поведения – это комплексная проблема, сочетающая в себе физиологические и психологические факторы.

Несмотря на имеющиеся исследования в этой области, многие аспекты проблемы до сих пор остаются неясными. На сегодняшний день нет однозначного ответа на вопросы, какие причины являются начальным фактором, катализатором поведенческих девиаций и на каком этапе необходимо проводить профилактику возникновения отклонений пищевого поведения, а также выявление психологических факторов, влияющих на поддержание нормальной массы тела.

Высокая распространенность, большая смертность, серьёзные последствия для соматического и психического здоровья, длительный период реабилитации свидетельствуют о высокой актуальности проблемы расстройств пищевого поведения.

Цель исследования: изучение пищевого поведения и его расстройств у студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Задачи:

- 1) Изучить и проанализировать теоретический материал по данной теме.
- 2) Разработать анкету для студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» на выявление расстройства пищевого поведения.
- 3) Провести исследование по данной теме и проанализировать полученные результаты.
- 4) Сделать выводы по анкетированию.
- 5) Разработать памятку и буклет по данной теме.

Объект исследования: Пищевое поведение.

Предмет исследования: Расстройство пищевого поведения у студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза: у студентов Биробиджанского медицинского колледжа нет расстройства пищевого поведения.

Пищевое поведение следует рассматривать как «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию». Пищевое поведение выступает как термин, обобщающий различные компоненты поведения, связанные с процессом приёма пищи. К ним относятся процесс поиска еды, поглощения еды и связанные с ними физиологические процессы и механизмы. Обобщая, можно сказать, что понятие «пищевое поведение» включает в себя различные паттерны поведения, установки, эмоции человека по отношению к еде и процессу питания.

Расстройства пищевого поведения (РПП) характеризуются стойкими нарушениями питания или связанного с ним поведения, приводящими к изменениям потребления или поглощения пищи и существенно ухудшающими физическое здоровье и психосоциальное функционирование. Нарушения процесса приёма пищи являются признаком многих психических расстройств.

Сегодня есть 2 основных руководства, на которые опираются специалисты из разных стран для классификации и диагностики всех существующих заболеваний,

включая расстройства пищевого поведения. Это МКБ (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем) и DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам).

В МКБ-10, являющейся официальной клинико-диагностической классификацией в России, к расстройствам приёма пищи отнесены:

- Нервная анорексия
- Расстройство избирательного питания
- Комппульсивное переедание
- Нейрогенная булимия
- Парорексия
- Руминационное расстройство

Рассмотрим подробнее основные нарушения пищевого поведения.

В МКБ-10 нервная анорексия описана как «расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом». Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, и пациенты устанавливают для себя низкий предел массы тела.

Нейрогенная булимия характеризуется рецидивирующими эпизодами переедания с последующим неадекватным компенсаторным поведением, таким как очищение (провоцирование рвоты, употребление слабительных или мочегонных средств), голодание или усиленные физические нагрузки; эпизоды случаются в среднем минимум один раз в неделю в течение 3-х месяцев.

Пациенты с нервной булимией обычно описывают чередование приступов переедания с последующим очищением. Переедание подразумевает употребление пищи в объеме, который значительно превышает употребляемый большинством людей за такой же период времени при аналогичных обстоятельствах (хотя оценка чрезмерного количества блюд, съеденных во время обычного приема пищи по сравнению с праздничным застольем, может быть различной), и сопровождающееся чувством потери контроля над собой.

Компульсивное переедание характеризуется рецидивирующими эпизодами поедания большого объема пищи с чувством утраты контроля над собой. Эти эпизоды не чередуются с очищающими процедурами: больные не вызывают рвоту, не принимают слабительные и не ставят клизмы.

Расстройство избегания/ограничения потребления пищи обычно начинается в детстве, но может развиваться в любом возрасте. Точная причина заболевания неизвестна, но она может иметь генетическую и психосоциальную подоплеку, включая травмы, тревогу, аутизм и аутизма. ИОРПП может сначала напоминать разборчивость в еде, типичную для детского возраста, когда дети отказываются принимать определенную пищу, или пищу определенного цвета, консистенции или запаха. Однако, такая разборчивость, если речь не идет о расстройстве избирательного питания, обычно затрагивает только небольшой набор продуктов, и аппетит ребенка, общее потребление пищи, рост и развитие остаются в пределах нормы.

Пациенты с расстройством избегания/ограничения потребления пищи не могут есть, потому что они теряют интерес к еде или потому, что боятся, что употребление пищи приведет к пагубным последствиям, таким как удушье или рвота. Они могут избегать

определенных продуктов из-за их органолептических характеристик (например, цвет, консистенция, запах).

Парорексия - постоянное потребление в пищу несъедобных, недовольственных продуктов в течение ≥ 1 месяца, не связанное с соответствующим этапом развития (например, у детей младше 2 лет парорексия не диагностируется) и не являющееся частью культурной традиции (например, народной медицины, религиозных обрядов или устоявшейся практики - как потребление в пищу глины [каолина] в зоне Пидмонт штата Джорджия).

Пациенты, как правило, едят нетоксичные материалы (например, бумагу, глину, грязь, волосы, мел, веревки, шерсть). Для детей <2 лет такое поведение не считается неуместным с точки зрения развития; дети <2 лет тянут в рот и глотают множество предметов. Парорексия также часто появляется во время беременности.

Обычно пикацизм не причиняет значительного медицинского вреда. Однако у некоторых пациентов возникают осложнения, такие как:

- Кишечная непроходимость в связи с уплотненным материалом.
- Отравление свинцом, содержащимся в кусочках облупившейся краски.
- Заражение паразитами при поедании грязи.

Сама парорексия редко затрудняет социальное функционирование, но ею часто страдают люди с другими психическими расстройствами, которые создают проблемы в социальной сфере (например, аутизм, интеллектуальная инвалидность, шизофрения). Проглатывание предметов с целью самоповреждения или симуляции болезни (как это бывает при симулятивном расстройстве) не считается парорексией.

Руминация - это повторяемое срыгивание пищи после приема пищи; регургитация не связана с тошнотой или рвотой и может быть умышленной.

Пациенты с руминационным расстройством неоднократно срыгивают пищу после проглатывания, при этом не испытывая тошноты или непроизвольных позывов к рвоте. Еду пациенты могут выплевывать или еще раз проглатывать; некоторые повторно пережевывают пищу перед повторным проглатыванием. Срыгивание происходит несколько раз в течение недели, как правило, ежедневно.

Регургитация может возникать у младенцев, детей, подростков или взрослых.

Регургитация может быть преднамеренной или непреднамеренной и часто может непосредственно наблюдаться врачом.

Некоторые пациенты осознают, что такое поведение является социально нежелательным, и пытаются частично скрыть его, закрывая рот рукой или ограничивая потребление пищи. Некоторые избегают употреблять пищу с другими людьми и не едят во время социальной активности или работы, чтобы не срыгивать публично.

Никогда не существует одной единственной причины развития расстройств пищевого поведения. Это сложные заболевания, в развитии которых важную роль играет сочетание многих факторов. Генетические, биологические и экологические факторы всегда играют определенную роль. Современные общественные представления, включая культуру диет и культ стройности, способствуют развитию психологической уязвимости, что может стать благодатной средой для формирования расстройств пищевого поведения.

Физиологическое объяснение возникновения РПП связывает гормональную регуляцию аппетита и питания с гормональной регуляцией настроения. После приема пищи уровень триптофана в крови поднимается и стимулирует выработку серотонина в мозгу. Повышенный уровень серотонина повышает настроение человека. Повышенный уровень лептина в крови также стимулирует высвобождение серотонина и норадреналина, что приводит к повышению настроения, появлению чувства сытости. Таким образом, еда расслабляет и заставляет чувствовать себя лучше.

Найдено достаточное количество доказательств, что расстройства пищевого поведения передаются по наследству. Исследования семейного анамнеза показывают высокую частоту случаев отличного от нормы (как в сторону уменьшения, так и увеличения) веса, а также различных форм РПП среди родственников 1-й степени пациентов с различными пищевыми расстройствами.

Родственники лиц, страдающих РПП, имеют в 10 раз большую вероятность на протяжении жизни заболеть пищевым расстройством по сравнению с людьми, не имеющими подобных родственников. Повышенный риск развития любой формы РПП у родственников людей, имеющих диагноз нервной анорексии или нервной булимии, дает основания полагать, что РПП обусловлены влиянием генетических факторов.

Связь между генетикой и поведением в области нарушений пищевого поведения достаточно сложная. Не менее важную роль отводят психологическим факторам. Из-за сложной структуры РПП трудно проанализировать отдельно влияние природы и влияние среды (в том числе воспитания), поэтому изучение психологических факторов отдельно от генетики является предметом значительных концептуальных и методологических противоречий и неясностей.

Существует множество разнообразных психологических подходов, объясняющих развитие РПП. Классические психоаналитические авторы предполагали, что рост в подростковом возрасте количества страхов, связанных с сексуальностью, может привести к регрессии от эдиповых к доэдипальным тревогам орального характера, связанным с питанием. Исследователи, работающие в психоаналитическом русле, отмечают в качестве причин возникновения РПП страх перед взрослением, новыми требованиями взрослой жизни, половым созреванием, раскрытием своей сексуальности, будущей беременностью. Переживание физического созревания вызывает у больных негативные переживания, страхи, внутренние конфликты. По мнению психоаналитиков, нежелание расставаться с детством и в то же время сильная привязанность к матери, вплоть до зависимости, позволяют взглянуть на болезнь как на возможность остановить взросление.

Были попытки рассмотреть анорексию как своеобразный способ избавиться от чувства вины через самонаказание, а также её связывали с неосознаваемым чувством злости и обиды на родителей, в ситуации которых болезнь выступает как способ привлечь внимание родителей, получить от них поддержку и заботу.

В случаях нервной булимии и компульсивного переедания, еда, возможно, помогает избавиться от невыносимого чувства пустоты, тогда как при нервной анорексии способность выбора и собственно выбор отказа от пищи может иметь большое значение для повышении самооценки и самопринятия.

Традиционные модели делали большой акцент на предполагаемом влиянии семьи на предрасположенность к РПП. В середине семидесятых годов в исследованиях на тему

психосоматических семей, подчеркивалось, что сочетание нескольких важных семейных характеристик может повлиять на развитие РПП. К этим характеристикам относились властность и деспотичность матери, необщительность, безучастность, отстраненность отца. В рамках системной семейной психотерапии симптомы болезни у ребёнка рассматриваются как способ поддержания гомеостаза внутри семьи и защиту от необходимых, но болезненных изменений.

Запутанные внутрисемейные отношения могут создавать условия для развития нарушений пищевого поведения. Девиации в пищевом поведении иногда рассматриваются как просьба об обратной связи от родителей в случае, когда этой связи не хватает.

Родители формируют пищевое поведение детей. Это происходит ещё в раннем возрасте. Позднее родители предлагают ребёнку определённые продукты и накладывают ограничения на другие. Процесс принятия пищи ребёнком происходит чаще всего совместно с другими людьми, поэтому становится социальным явлением. Таким образом, ребёнок осваивает пищевое поведение, принятое в той среде, где он проживает. Родители могут уделять чрезмерное внимание питанию ребёнка, кормить его слишком долго, иногда даже насильно. Родители, которые ограничивают себя в употреблении определённых продуктов, часто пытаются ограничивать и своих детей, развивая у них способность контролировать своё поведение и чувство голода. Вероятно, это может приводить к поломке механизмов контроля приёма пищи.

Исследователи, психологи и клиницисты в последнее время активно обсуждают роль травмирующих событий в возникновении нарушений пищевого поведения.

С. Holman пишет, что травма как объяснение различных психических нарушений и расстройств за последние 20 лет заняла устойчивую позицию в психиатрии. Осознание значимости травмы в жизни людей привело к появлению «модели травмы», которая применяется для объяснения развития различных нарушений, в том числе и расстройств пищевого поведения. Эта модель рассматривает РПП как своеобразный способ копинга.

Исследования показали связь между психотравмирующими жизненными обстоятельствами и появлением нарушенных паттернов питания. В этом случае РПП отражают попытку справиться с травмой, поэтому травмирующий опыт пациентов требует внимания терапевта во время лечения и восстановления.

Так же рассматриваются и социокультурные причины, влияющие на развитие РПП.

В западной культуре масс-медиа изобретают и воспроизводят нормативные представления, образы и модели поведения, связанные с едой, питанием и внешностью, навязывают представления о красивом и уродливом, привлекательном и непривлекательном. СМИ проводят параллель между стройностью с одной стороны и успехом, счастьем, популярностью с другой. Кроме того, питание представляется приятным видом деятельности, удовлетворяющим также и социальные потребности. Последствием такого давления является большое количество женщин, озабоченных питанием и стройностью, которые начинают прибегать к диетам, а это, вероятно, может приводить к эпизодическим нарушениям пищевого поведения.

В научной литературе существует термин «нормативная неудовлетворенность собственным телом», под которой понимается несоответствие образа своего тела идеальному, предложенному культурой. Отсюда рождается желание людей перестроить своё тело под заданный обществом эталон.

Анализ литературных источников даёт право утверждать, что женщины с нарушениями пищевого поведения имеют ряд определённых личностных особенностей. После манифестации расстройства психологические особенности продолжают определять течение болезни и проявляются в поведении больного, в его взаимоотношениях с другими людьми и с самим собой.

Женщины с расстройствами пищевого поведения характеризуются повышенным перфекционизмом. Они имеют завышенные притязания, желают достичь идеала в том, что делают, стремятся к совершенству. Пытаются соответствовать нереалистичным ожиданиям других людей и болезненно воспринимают неудачи.

Таким образом, у людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, прослеживаются определённые личностные качества, которые в своё время могли выступить как благодатная почва для развития РПП.

Изучение возможных причин возникновения расстройств пищевого поведения является актуальным направлением в современных исследованиях. Данные этих исследований могут быть использованы для уточнения патогенетических механизмов, в психотерапии и психологическом консультировании.

Характер взаимодействия факторов остаётся по-прежнему открытым вопросом. Считается, что психологические социокультурные факторы усиливают расстройства или провоцируют их появление. Изучение психологических факторов содержит в себе множество трудностей.

Зарубежные исследования, посвященные выявлению факторов, влияющих на развитие РПП, преимущественно направлены на изучение особенностей функционирования мозга больных, на генетические, физиологические, биологические причины. Несмотря на количество увеличивающихся исследований, посвященных особенностям функционирования мозга и изучению физиологических причин, не менее важными факторами являются психологические и социальные. Связь между разными факторами сложная, поэтому следует исходить из биопсихосоциального подхода и рассматривать все факторы совместно.

Таким образом, проблема нарушений пищевого поведения приобрела особую актуальность во всем мире, в связи со стремительным ростом числа людей с избыточным весом или гипертрофированным стремлением к похудению.

Высокая распространенность, большая смертность, серьёзные последствия для соматического и психического здоровья, длительный период реабилитации свидетельствуют о высокой актуальности проблемы расстройств пищевого поведения.

Исследование пищевого поведения у студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Для подтверждения или опровержения данной гипотезы нами было проведено экспериментальное исследование с внедрением метода социологического опроса в форме анкетирования.

Для проведения исследования были опрошены студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 156 человек.

Студентам было предложено ответить на ряд вопросов.

На вопрос 1: «Меня пугает мысль о возможных набранных килограммах» были получены следующие результаты (Рисунок 1).

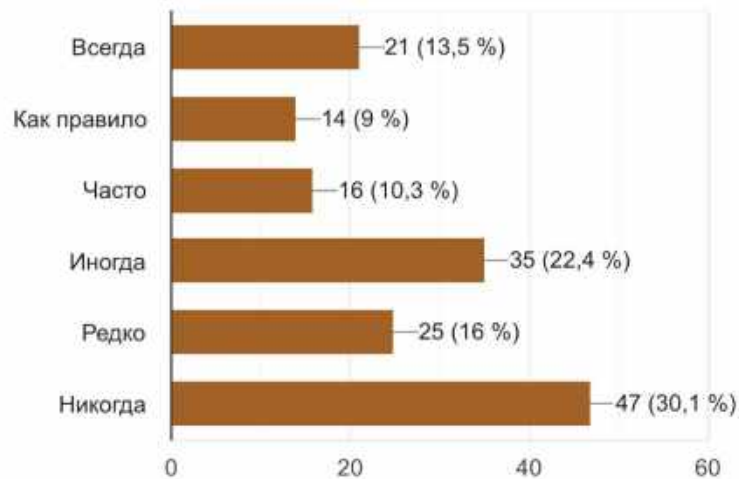


Рисунок 1. Мысль о возможных набранных килограммах

Ответ «Всегда» дали 13,5 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 9 %, «Часто» - 10,3 %, «Иногда» - 22,4 %, «Редко» - 16 %, «Никогда» - 30,1 %.

На вопрос 2: «Я отказываюсь от еды, когда чувствую голод» (Рисунок 2).

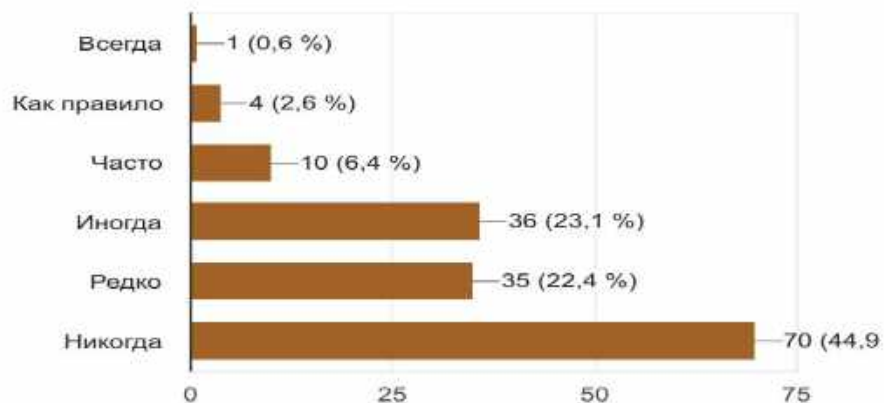


Рисунок 2. Отказ от еды при чувстве голода

Ответ «Всегда» дали 0,6 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 2,6 %, «Часто» - 6,4 %, «Иногда» - 23,1 %, «Редко» - 22,4 %, «Никогда» - 44,9 %.

На вопрос 3: «Я нахожу, что озабочен(а) мыслями о еде» (Рисунок 3).

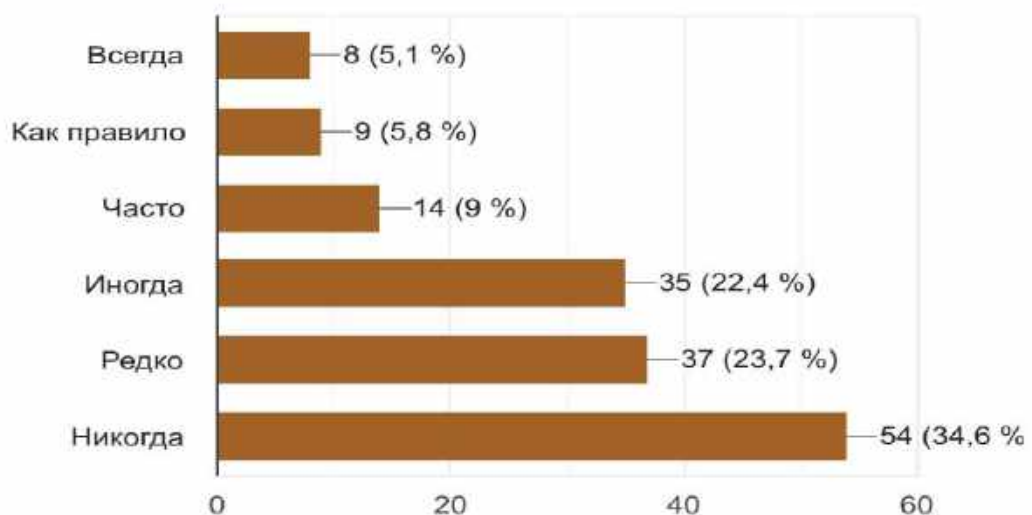


Рисунок 3. Озабоченность мыслями о еде

Ответ «Всегда» дали 5,1 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 5,8 %, «Часто» - 9 %, «Иногда» - 22,4 %, «Редко» - 23,7 %, «Никогда» - 34,6 %.

На вопрос 4: «У меня случаются приступы бесконтрольного объедания» результаты представлены на рисунке 4.

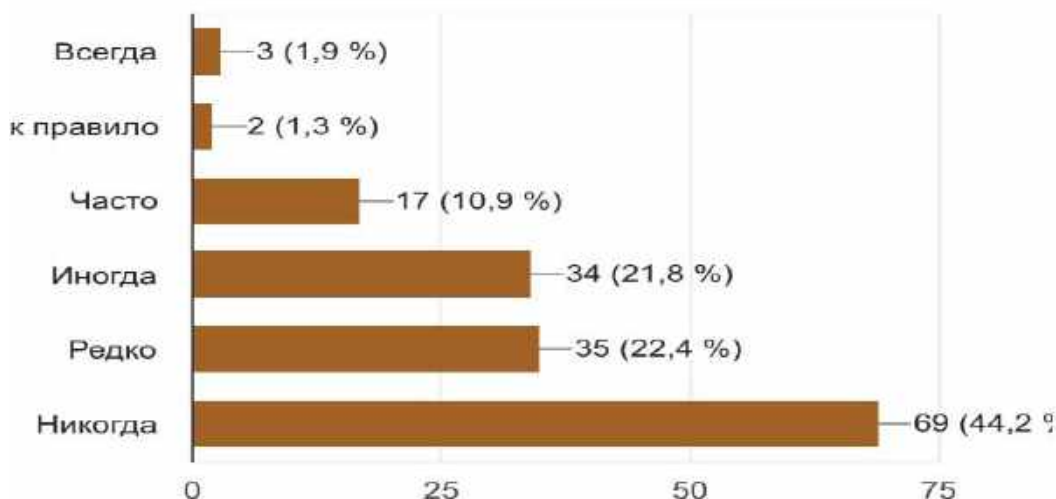


Рисунок 4. Частота приступов бесконтрольного объедания

Ответ «Всегда» дали 1,9 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 1,3 %, «Часто» - 10,9 %, «Иногда» - 21,8 %, «Редко» - 22,4 %, «Никогда» - 44,2 %.

На вопрос 5: «После еды я чувствую себя виноватым(ой)» (Рисунок 5).

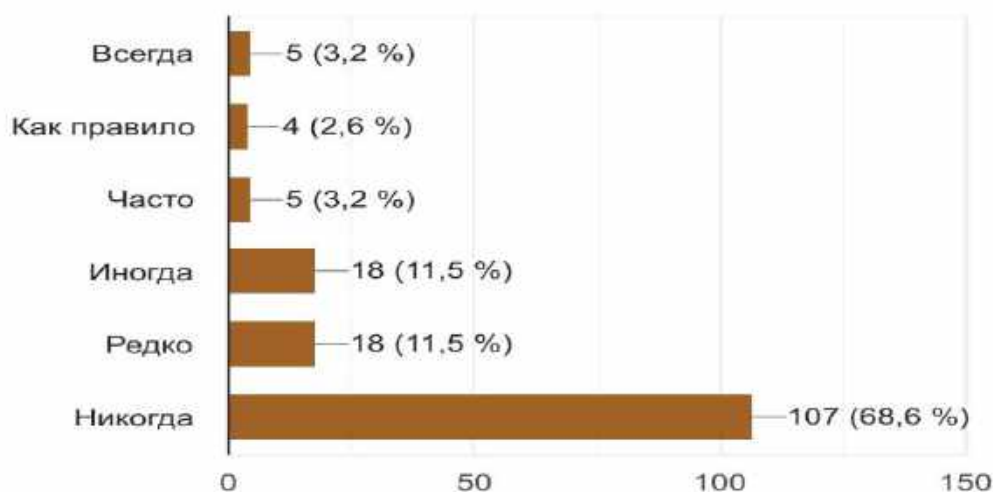


Рисунок 5. «После еды я чувствую себя виноватым(ой)»

Ответ «Всегда» дали 3,2 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 2,6 %, «Часто» - 3,2 %, «Иногда» - 11,5 %, «Редко» - 11,5 %, «Никогда» - 68,6 %.

На вопрос 6: «Меня рвет после еды» результаты представлены на рисунке 6.

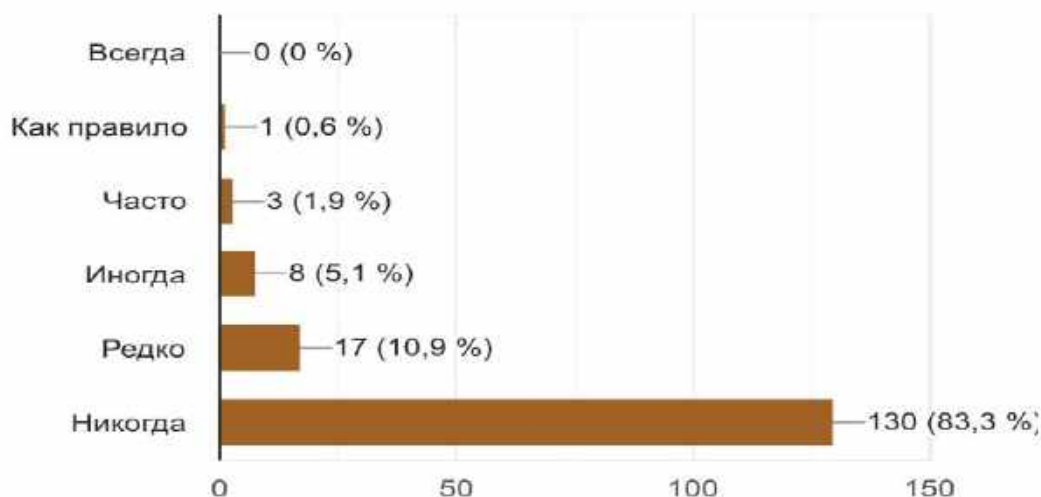
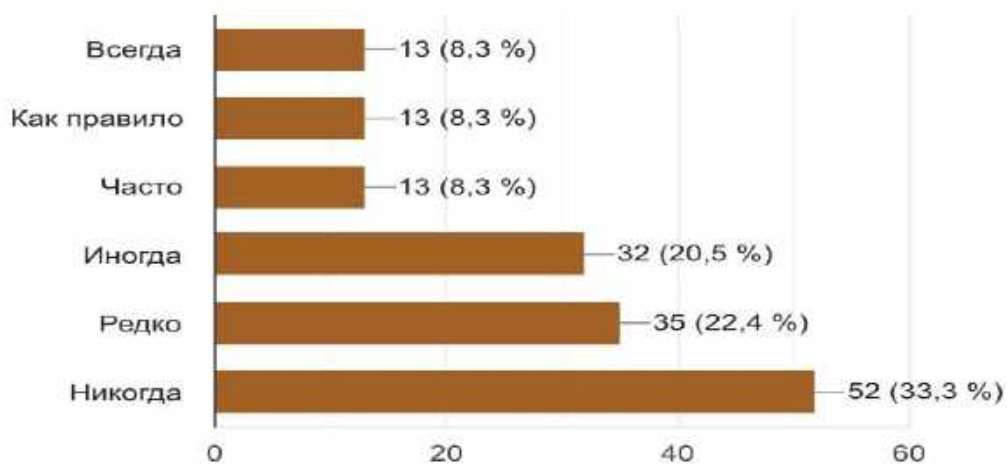


Рисунок 6. Рвота после еды

Ответ «Всегда» дали 0 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 0,6 %, «Часто» - 1,9 %, «Иногда» - 5,8 %, «Редко» - 10,7 %, «Никогда» - 83,3 %.

На вопрос 7: «Я озабочен(а) желанием похудеть» результаты на рисунке 7.



Г

Ответ «Всегда» дали 8,3 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 8,3 %, «Часто» - 8,3 %, «Иногда» - 20,5 %, «Редко» - 22,4 %, «Никогда» - 33,3 %.

На вопрос 8: «Окружающие считают меня слишком худым(худой)» (Рисунок 8).

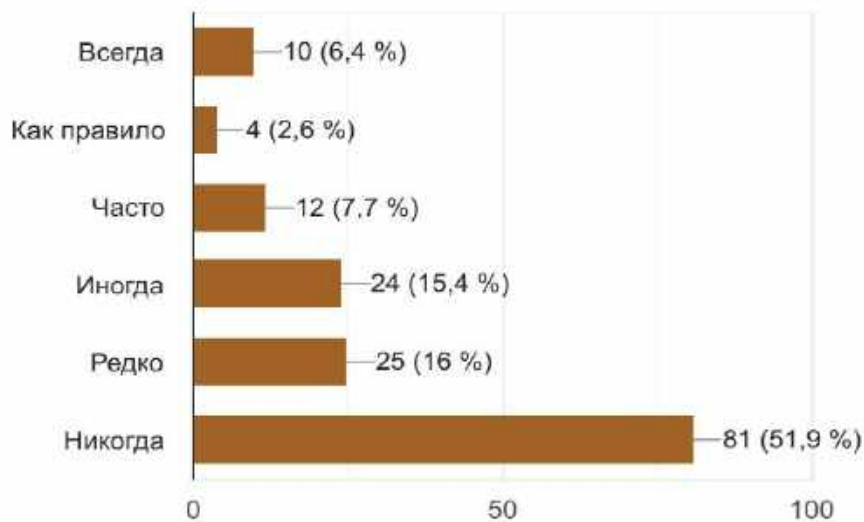


Рисунок 8. «Окружающие считают меня слишком худым(худой)»

Ответ «Всегда» дали 6,4 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 2,6 %, «Часто» - 7,7 %, «Иногда» - 15,4 %, «Редко» - 16 %, «Никогда» - 51,9 %.

На вопрос 9: «Меня беспокоит наличие жира в моем теле» (Рисунок 9).

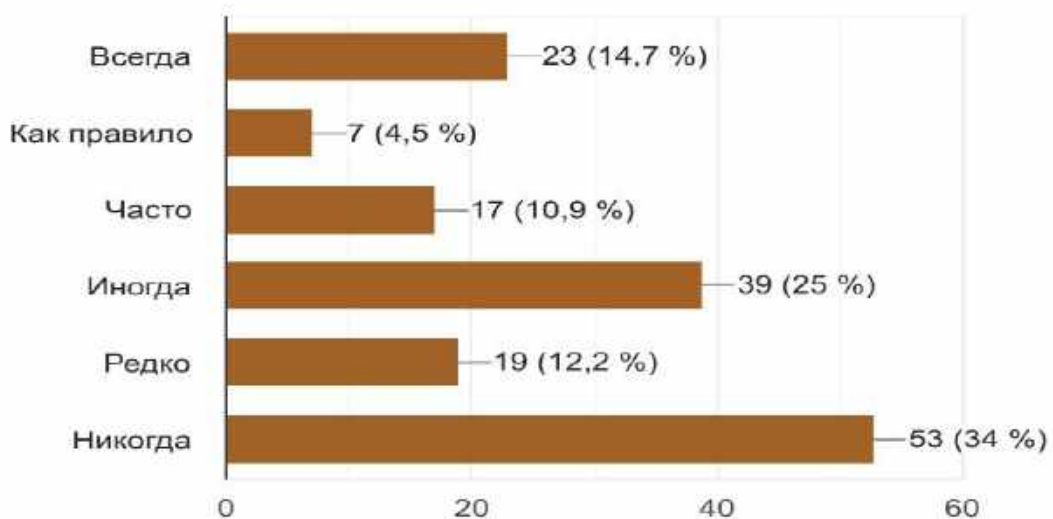


Рисунок 9. «Меня беспокоит наличие жира в моем теле»

Ответ «Всегда» дали 14,7 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 4,5 %, «Часто» - 10,9 %, «Иногда» - 25 %, «Редко» - 12,2 %, «Никогда» - 34 %.

На вопрос 10: «Я чувствую, что еда и все, что с ней связано, контролирует мою жизнь» результаты представлены на рисунке 10.

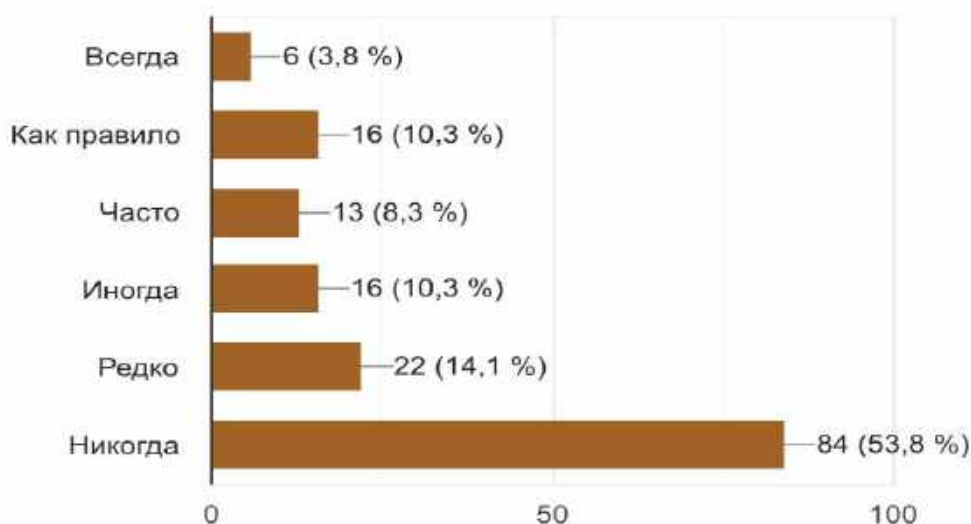


Рисунок 10. «Я чувствую, что еда и все, что с ней связано, контролирует мою жизнь»

Ответ «Всегда» дали 3,8 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 10,3 %, «Часто» - 8,3 %, «Иногда» - 10,3 %, «Редко» - 14,1%, «Никогда» - 53,8 %.

На вопрос 11: «Я трачу слишком много времени и мыслей на вопросы, связанные с едой» (Рисунок 11).

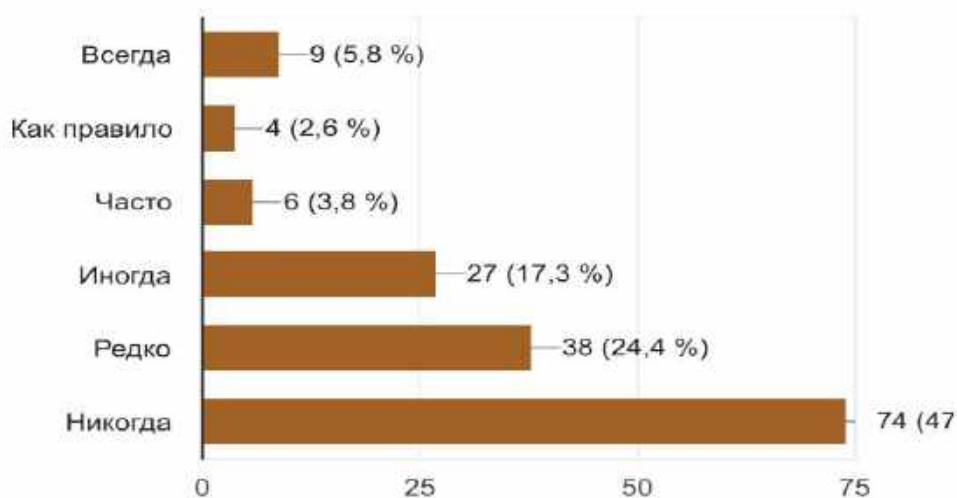


Рисунок 11. «Я трачу слишком много времени и мыслей на вопросы, связанные с едой»

Ответ «Всегда» дали 5,8 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 2,6 %, «Часто» - 3,8 %, «Иногда» - 17,3 %, «Редко» - 24,4 %, «Никогда» - 47 %.

На вопрос 12: «Я чувствую дискомфорт после того, как поем сладости» (Рисунок 12).

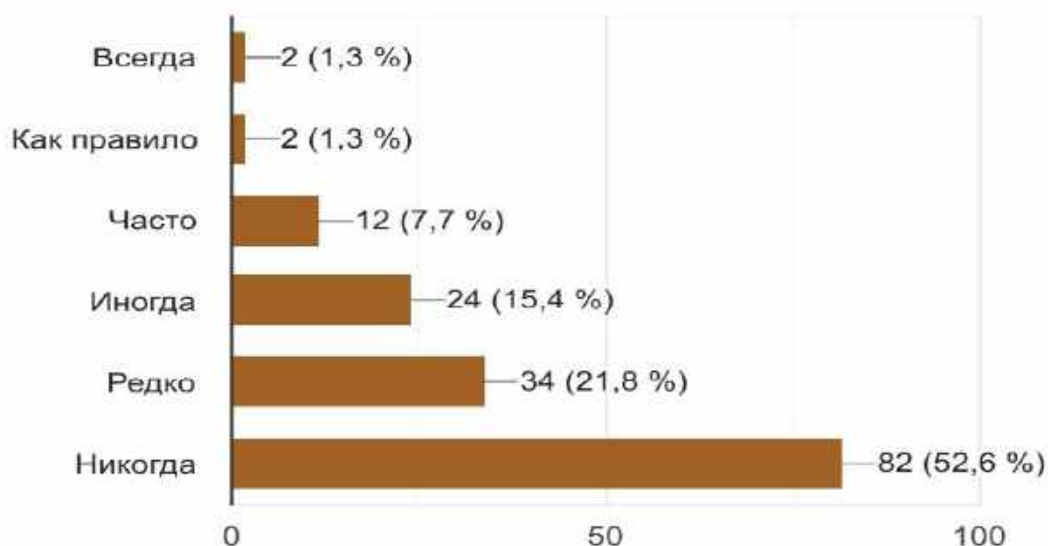


Рисунок 12. Дискомфорт после того, как поем сладости

Ответ «Всегда» дали 1,3 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 1,3 %, «Часто» - 7,7 %, «Иногда» - 15,4 %, «Редко» - 21,8 %, «Никогда» - 52,6 %.

На вопрос 13: «Мне нравится ощущение пустого желудка» (Рисунок 13).

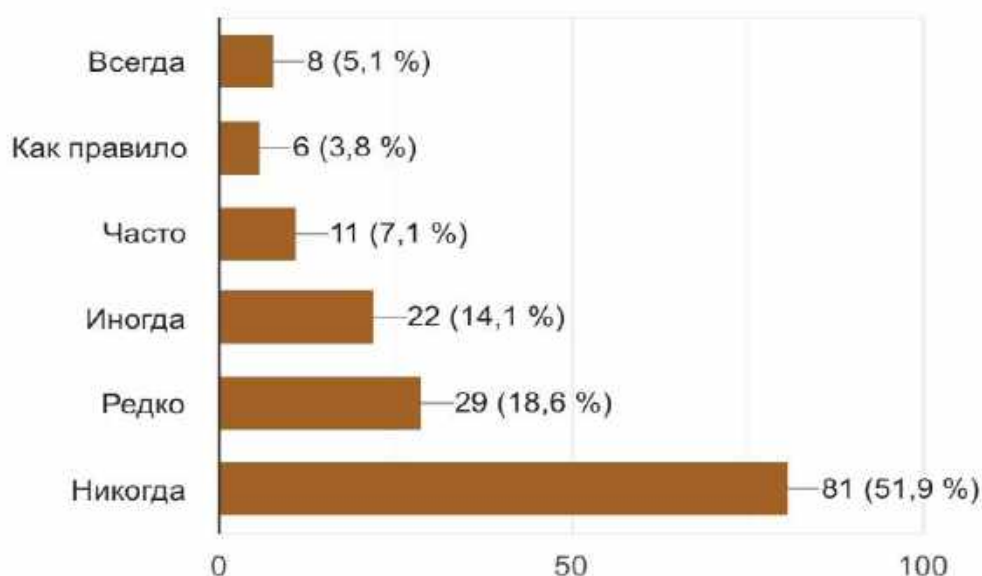


Рисунок 13. «Мне нравится ощущение пустого желудка»

Ответ «Всегда» дали 5,1 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 3,8 %, «Часто» - 7,1 %, «Иногда» - 14,1%, «Редко» - 18,6 %, «Никогда» - 51,9 %.

На вопрос 14: «После еды у меня бывает импульсивное желание вызвать рвоту» (Рисунок 14).

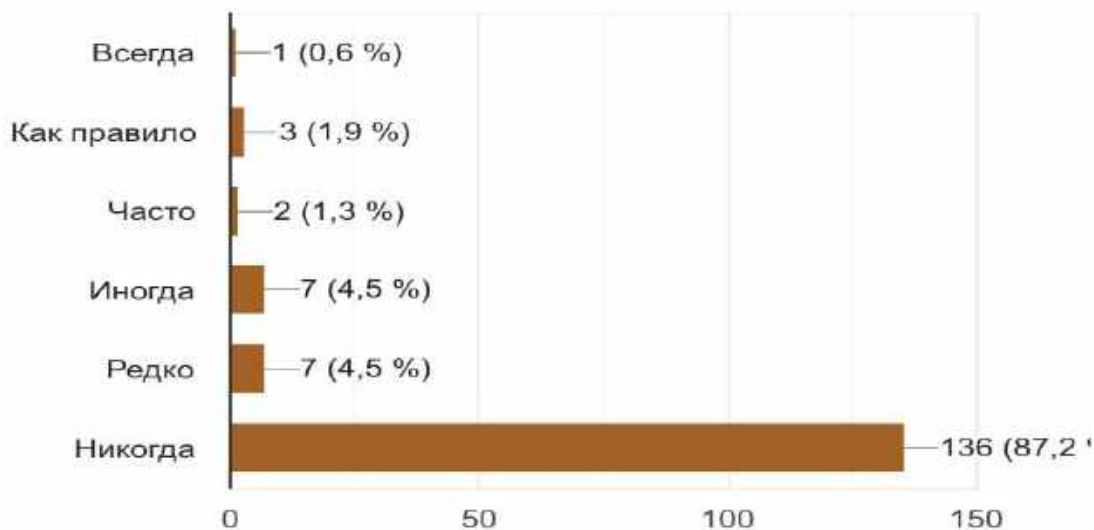


Рисунок 14. Желание вызвать рвоту

Ответ «Всегда» дали 0,6 % опрошенных, ответ «Как правило» дали 1,9 %, «Часто» - 1,3 %, «Иногда» - 4,5 %, «Редко» - 4,5 %, «Никогда» - 87,2 %.

Результаты по 15 вопросу: «Ваш пол» представлены на рисунке 15.

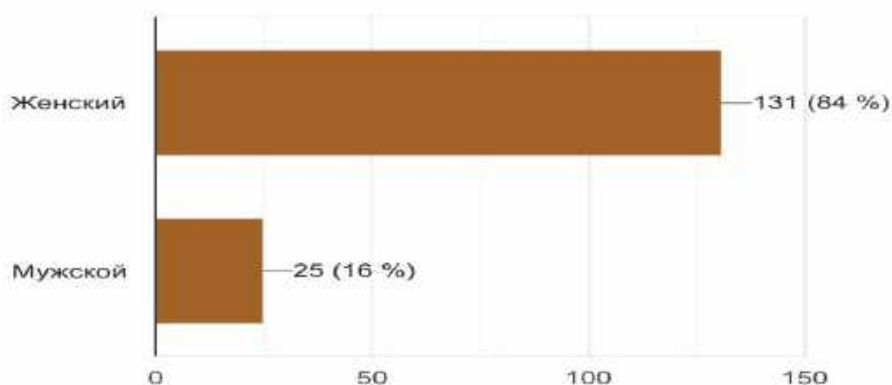


Рисунок 15. Пол респондентов

Ответ «Женский» дали 84 % опрошенных, ответ «Мужской» дали 16 %.

Для реализации целей исследования была разработана анкета для студентов ОГПОБУ БМК на выявление расстройства пищевого поведения, в основу которой были положены наиболее часто встречающиеся симптомы РПП.

Составив анкету и проведя исследование, мы пришли к выводу, что:

Поводов для беспокойства по результатам тестирования нет и вероятность наличия расстройств пищевого поведения низкая.

Можно сделать вывод о том, что студенты БМК знакомы с принципами здорового питания и подавляющее большинство следует им.

Поставленные задачи решены, цель научно-исследовательской работы достигнута.

Гипотеза о том, что у студентов Биробиджанского медицинского колледжа отсутствует расстройство пищевого поведения подтверждена.

Библиографический список

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. - 2015. - № 51.
2. Вознесенская Т. Г. Ожирение // Глава 9. Типология нарушений ПП и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. М., 2010. - С. 236-56.
3. Демешкина Л.В., Сердюченко О.Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай // Гастроэнтерология. - 2015. - № 3. - Том 57.
4. Жмуров, В. А. Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. - 2-е изд. М.: Джангар, 2012. 864 с.
5. Зейгарник Б.В. Основы патопсихологии [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://pedlib.ru/Books/1/0050/1-0050-1.shtml>
6. Ильин Е. П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012. 469 с.
7. Ильчик О. А., Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия клиническая психология. 2011. №1. С. 39-50.
8. Итоги исследований пищевых расстройств [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://bulimii.net/stati/itogi-issledovaniy-pischevyh-rastroystv>
9. Кадыралиев Н. М., Агеева И. А., Чымырбаева А. М., Булатаева И. Х. Взаимосвязь стилей семейного воспитания и отношения подростков к образу тела // Теоретическая и экспериментальная психология, 2016. Т. 9. № 3. С. 6–16.
10. Келина М. Ю., Маренова Е. В., Мешкова Т. А. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование, 2011. №5. С.44-51.
11. Международная классификация болезней (10-пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная Организация Здравоохранения; ред. Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркин. СПб.: Оверлайн, 1994. 301 с.

12. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2014. - 360 с.
13. Немов Р.С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. / Р.С. Немов. - М.: Гуманитар. Изд.центр ВЛАДОС, 2015. - Кн. 1. Общие основы психологии. - 687 с.
14. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология - 2012. - № 1. - Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49969_full.shtml
15. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2011, № 1 (11). - С. 39-49.
16. Черновалова Е.В. Исследование психологических особенностей пищевого поведения у женщин [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2007/16/Chernovalova_EV.pdf

Дыйканбаева Жумагул
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии - Заверюха В.В.
E-mail: dyukanbayeva01@inbox.ru

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность данной темы заключается в том, что стандартизация является одной из важнейших направлений системы охраны здоровья населения, которая заключается в оказании качественной и безопасной медицинской помощи.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование к повышению качества медицинской помощи, оптимизации лечебно-диагностического процесса и интеграции отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий.

В работе медицинской сестры можно выделить профессиональные и этические стандарты. Этические стандарты деятельности медсестры – это стандарт поведения среднего медицинского персонала, выстраивание поведения с больным, его близким окружением и со своими коллегами. Основой этического стандарта является «Этический кодекс медицинской сестры», принципы медицинской этики и деонтологии, философии современного сестринского дела.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной

необходимостью обобщения и унификации новых позитивных результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для создания, в конечном счете, условий для многократного эффективного применения их в сфере оказания медицинской помощи.

Качество сестринской помощи зависит от степени развития сестринского дела в нашей стране и отдельно взятом медицинском учреждении, а также от того, какие требования оно предъявляет к медицинской сестре и какие функции на нее возлагает.

Объект: стандартизация медицинской помощи.

Предмет исследования: стандартизация сестринской деятельности.

Цель исследования: рассмотреть стандарты сестринской деятельности их влияния на повышения качества медицинской помощи.

Задачи исследования:

- проанализировать теоретические аспекты стандартизации сестринской деятельности;
- изучить понятие о стандартизации сестринской деятельности;
- изучить проблемы стандартизации сестринской деятельности;
- оценить организацию сестринской помощи в медицинской организации;
- проанализировать качество сестринской помощи.

Теоретическая значимость: при внедрении стандартизации в здравоохранение прослеживается повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решение задач, которые приводят к сохранению и улучшению здоровья населения.

Стандартизация - это повышение качества медицинской помощи.

Стандартизацией в здравоохранении направлена на достижение подходящей ступени упорядочения в системе здравоохранения путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг [10].

Основным направлением совершенствования охраны здоровья населения в Российской Федерации является обеспечение качества и безопасности медицинской помощи качества медицинской помощи базируется на оценке работы врачей, а также на оценке сестринской помощи.

Критерием оценки качества оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, является профессиональный стандарт, защищающий интересы потребителя медицинских услуг и медицинский персонал [11].

Одним из главных моментов, влияющих на модернизацию, технологическое и социально-экономическое развитие России, а также на повышение качества продукции (услуг), конкурентоспособность и обороноспособность государства является стандартизация, которая призвана обеспечивать:

- развитие добросовестной конкурентоспособности продукции (работ, услуг);
- выпуск и обращение инновационной и высокотехнологичной продукции;
- устранение технических барьеров в торговле;
- повышение уровня безопасности продукции (работ, услуг) и ее качества;
- защиту жизни и здоровья граждан, имущества физических и юридических лиц, государственного и муниципального имущества;
- охрану окружающей среды, жизни и здоровья животных и растений;

- предупреждение действий, вводящих в заблуждение приобретателей, в том числе потребителей;
- энергетическую эффективность и ресурсосбережение.

Деятельность современной медицинской сестры подразумевает повседневное использование различных стандартов правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий [14].

В работе медицинской сестры можно выделить профессиональные и этические стандарты.

Этические стандарты деятельности медсестры – это стандарт поведения среднего медицинского персонала, выстраивание поведения с больным, его близким окружением и со своих коллег.

Профессиональные стандарты разрабатываются с учетом деятельности лечебного учреждения и его возможностей. При разработке стандартов учитываются рекомендации надзорных органов – местных, территориальных, национальных.

Стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры утверждаются после клинических испытаний и периодически обновляются.

Основой этического стандарта является «Этический кодекс медицинской сестры», принципы медицинской этики и деонтологии, философии современного сестринского дела.

Опираясь на стандарт, можно оценить, насколько качественно выполнена услуга.

Важнейшим направлением совершенствования системы охраны здоровья населения является обеспечение граждан Российской Федерации доступной, качественной и безопасной медицинской помощью.

Взросшие ожидания и потребности пациентов, появление дорогостоящих технологий, сохраняющийся недостаток финансирования, децентрализация управления здравоохранением определяют необходимость поиска новых механизмов управления качеством медицинской помощи на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях.

Один из таких действенных механизмов — это система стандартизации в здравоохранении, которая ориентирована на улучшение управления отраслью, обеспечение ее единства за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации [5].

Это, в свою очередь, должно привести к повышению качества медицинской помощи, рациональному использованию финансовых, материальных, трудовых, информационных ресурсов, оптимизации лечебно-диагностического процесса, интеграции отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной необходимостью обобщения и унификации новых позитивных результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для создания, в конечном счете, условий для многократного эффективного применения их в сфере оказания медицинской помощи.

Национальная система стандартизации включает в себя комплекс различных стандартов, в том числе по охране здоровья [15].

Основные задачи стандартизации в здравоохранении является.

1. Создание единой системы оценки показателей качества и медицинских услуг.
2. Установление требований к условиям оказания медицинской помощи, а также технологической совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;
3. Установление единых требований к аккредитации медицинских учреждений, сертификации специалистов;
4. Создание и информационная поддержка систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении.

Стандартизация основывается на следующий принципах [11]:

- принцип актуальности: соотношения условиям законодательства и нормативным законным актам РФ, международным нормам и современным достижениям науки;
- принцип согласия: должны стремиться к единой форме содержания нормативного документа;
- принцип единообразия: в системе здравоохранения должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации;
- принцип целесообразности: требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точки зрения и соответствовать федеральному и международному законодательству, современным достижениям науки и техники;
- принцип комплексности и проверяемости: требования, предъявляемые к различным объектам стандартизации, должны согласовываться между собой и быть проверяемыми объективными методами;

Эффективные и функциональные объекты стандартизации в процессе обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощи при наличии системы нормативных документов, разработка которых представляет собой важнейшую задачу в комплексе работ по стандартизации.

На уровне медицинской организации приказом руководителя создается соответствующий орган, ответственный за разработку, согласование, внедрение нормативных документов соответствующей категории, а также за контроль исполнения требований государственных и отраслевых нормативных документов [12]. Весьма важным направлением в системе стандартизации в здравоохранении служит интеграция отечественных стандартов с международными и национальными стандартами других стран (таблица 1).

Таблица 1 - Виды стандартов и область их применения

Виды стандартов	Область применения стандартов		
	Первичная медико-социальная помощь	Специализированная помощь	Стационарная помощь
Стандарты на ресурсы здравоохранения	+	+	+
Стандарты организации медицинских служб и учреждений	+	+	+

Структурно-организационные стандарты (стандарты для лицензирования и аккредитации)	+	+	+
Технологические стандарты		+	+
Стандарты программ медицинской помощи	+	+	+
Медико-экономические стандарты	-	-	+

Организационные стандарты содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения.

Они касаются систем управления, организации лечебно-диагностического процесса, информационного обеспечения, программ контроля качества и обеспечения безопасности медицинских учреждений [6].

Используются при оценке организационных (управленческих) технологий на уровне подразделения медицинской организации или учреждения в целом. Представляют собой совокупность нормативных документов, регламентирующих деятельность определенных подразделений медицинской организации.

Следовательно, применение стандартов облегчает работу медицинских сестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения.

Под качеством медицинской помощи понимают наличие опыта и знаний медработников, а также умение применять их в работе, соответствуя стандартам, клиническому руководству и протоколам.

Качество медицинской помощи это:

- оптимальная для здоровья пациента медицинская помощь в соответствии с имеющимся уровнем медицинской помощи, доступности, эффективности, безопасности и удовлетворенности;
- безопасность медицинской деятельности и контроль [8].

Плохая профессиональная компетенция выражается не только в малых отклонениях от стандартов, но и в грубейших ошибках, которые способны снизить результативность лечения, что может поставить под угрозу здоровье и даже жизнь человека.

Доступность и качество медицинской помощи оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи [8].

На качество сестринской помощи влияют такие факторы как:

- качество полученного образования;
- повышение квалификации;
- обучение на рабочем месте;
- наличие контроля со стороны руководителя;
- основные ценности к личности;
- отношения медицинской сестры к личности;

- личные качества медицинской сестры;
- четкое взаимодействие внутри команды.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной необходимостью обобщения и унификации новых позитивных результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для создания, в конечном счете, условий для многократного эффективного применения их в сфере оказания медицинской помощи.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной необходимостью обобщения и унификации новых позитивных результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для создания, в конечном счете, условий для многократного эффективного применения их в сфере оказания медицинской помощи.

В наше время растет тенденция развития доказательной сестринской практики не только в России. Профессиональным сообществом поддерживается инициатива медицинских образовательных организаций по развитию навыков исследовательской работы у медицинских работников на протяжении всей трудовой деятельности.

У медицинской сестры появляются новые направления деятельности, она должна принять на себя множество разнообразных функций. С распространением высшего сестринского образования появилась возможность самостоятельно проводить научные исследования, результаты которых специалисты сестринского дела в состоянии реализовать самостоятельно, а также возможность подготовки сестринских кадров силами самих медицинских сестер.

Обязательные условия применения стандартов в работе медсестры:

- выбор стандарта определяется клинической ситуацией [27];
- уровень оказываемой медицинской помощи должен соответствовать возможностям лечебного учреждения и квалификации медперсонала;
- медицинская сестра должна знать и понимать все положения стандарта, уметь реализовывать стандарт на практике и обосновывать все свои действия;
- быть основой для составления индивидуального плана ухода за пациентом;
- стандарт предполагает осуществления ухода в минимально достаточном объеме и в максимально короткие сроки;
- обеспечение своевременного вызова врачей и организацию врачебных консультаций.

Так же положительным результатом этого является и возрастающий интерес медицинского персонала к повышению своего профессионального уровня, а также их активное участие в преподавательской и научно-исследовательской работе, обеспечение доступа к современной информации, улучшение качества своей деятельности.

Экспертами регионального Бюро ВОЗ разработаны следующие критерии контроля качества медицинской помощи, которые в рейтинговом порядке примерно равны [27].

1. Адекватность: соответствие фактического обслуживания его целям и методам реализации.

2. Достаточность: минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для достижения адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности.

3. Доступность: соотношение между числом пациентов, своевременно получающих адекватную помощь, и общим числом нуждающихся.

4. Научно-технический уровень: применение имеющихся медицинских знаний и техники при оказании медицинской помощи.

5. Своевременность: показатель соотношения между временем получения адекватной помощи от момента ее необходимости и минимальным расчетным временем, которое потребовалось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в стандартных условиях.

6. Экономичность: соотношение между фактическим действием программы и ее стоимостью.

7. Эффективность: соотношение между фактическим действием службы и максимальным воздействием, которое эта служба или программа может оказать в идеальных условиях.

8. Репрезентативность критериев качества: соотношение реально полученных показателей с некой идеально точной величиной, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта.

Классификаторы и стандарты медицинских услуг служат основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости, возможности получения ЛПУ лицензии на право оказания медицинской помощи в требуемом объеме, защиты прав пациента, и способствуют правильности выбора медицинской тактики.

Виды контроля качества сестринской помощи включают:

1. предварительный контроль, который осуществляется до начала оказаний услуг (анализ профессиональной компетентности, изучение материально-технической базы ЛПУ, расчет финансовых затрат);

2. текущий контроль проводится непосредственно во время выполнения услуги;

3. заключительный контроль. Проводится оценка достигнутых результатов после оказания услуги. Каждый вид контроля подразделяется на ведомственный и вневедомственный, плановый и внеплановый.

Метод контроля качества может быть индивидуальный, целевой, комплексный, сплошной, выборочный. При сплошном методе контролю подлежат все мероприятия и элементы сестринской деятельности (таблица 2).

Таблица 2 - Оценка качества сестринских услуг.

Мероприятия	Критерии
Обследование пациента	Полнота жалоб, анамнеза, объективного и дополнительного обследования
Идентификация проблем: первичные, вторичные, промежуточные	Соответствие приоритетности обслуживания, полнота, обоснованность
Зависимые, взаимозависимые, независимые вмешательства	Адекватность ухода. Считается дефектом не только недостаточные, но и избыточные мероприятия по уходу
Оценка достижения целей деятельности	Выполнение стандартов сестринских вмешательств
Ведение документации	Наличие и своевременность записей

Качество сестринской помощи зависит от степени развития сестринского дела в нашей стране и отдельно взятом медицинском учреждении, а так же от того, какие требования оно предъявляет к медицинской сестре и какие функции на нее возлагает.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям [16].

Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей. Для повышения качества оказываемой сестринской помощью необходимо:

- получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, использовать технологии эффективных коммуникаций, в том числе, с пациентами, имеющими нарушения зрения, слуха, поведения;
- проводить оценку степени функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;
- предоставлять пациенту информацию о предстоящем медицинском вмешательстве и получать согласие на его проведение;
- выявлять факторы риска падений, развития пролежней, осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациентов с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;
- проводить опрос, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике, информировать врача об изменениях самочувствия и состояния пациента, реакции на приём назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода [17];
- проводить активное посещение пациента на дому, оценку показателей жизнедеятельности, течения заболевания, выполнять медицинские вмешательства по назначению врача;
- проводить консультирование и обучение пациентов и их родственников по вопросам ухода и самоухода;
- проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим процедурам, оперативным вмешательствам по назначению врача;
- организовать рабочее место и безопасную среду в помещениях с асептическим режимом (процедурном и манипуляционном кабинете, перевязочном (эндоскопическом кабинете), палатах в соответствии с нормативными требованиями;
- обеспечивать хранение, вести учет лекарственных препаратов, инфузионных сред, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов, этилового спирта, медицинских изделий, питательных смесей для энтерального питания в установленном порядке, применять по назначению врача [17];
- собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения медицинских вмешательств (лечебных или диагностических процедур, перевязок, малых операций, эндоскопических исследований);
- ассистировать врачу при выполнении и (или) выполнять лечебные и (или) диагностические процедуры по назначению врача (фельдшера);
- оказывать доврачебную медицинскую помощь при осложнениях медицинских

вмешательств в установленном порядке;

- оказывать доврачебную медицинскую помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, отравлениях, травмах, без явных признаков угрозы жизни пациента в соответствии с алгоритмами оказания неотложной помощи [7];

- проводить реабилитационные мероприятия на этапах медицинской реабилитации по назначению врача специалиста.

- обеспечение личной и общественной безопасности при обращении с медицинскими отходами.

Таким образом, правильность выполнения и результатам проведения, их реализация в практическом здравоохранении направлена на повышение качества медицинского обеспечения, защиты прав пациентов и медицинского персонала, гарантию необходимого объема и уровня медицинской помощи в условиях лимитированного финансирования системы обязательного медицинского страхования посредством осуществления контроля качества медицинской помощи, критерием объективной оценки которого и являются стандарты.

Качество медицинских услуг определяется уровнем оснащения данного лечебного учреждения и рабочего места медицинской сестры. Однако реальное достижение учреждениями здравоохранения оснащенности, соответствующей законодательной базе, возможно только при надлежащем финансировании [8].

Улучшение качества медицинских услуг и удовлетворение потребностей населения в различных видах медицинских услуг - очередная задача здравоохранения.

Для оказания качественных медицинских услуг необходимо: выявить потребности, которые мы собираемся удовлетворить медицинской помощью и их характеристики, которые у пациентов, безусловно, различны.

Требования пациентов:

- вежливость персонала;
- облегчение симптомов заболевания;
- функциональное улучшение.

В свете современных требований большее внимание отводится первичному звену медицинской помощи, ранней диагностике и самое главное, профилактике заболеваний и осложнений, которые невозможны без активного использования сестринского персонала, их знаний и умений по уходу за пациентами, по выполнению технологий и манипуляций, работе с родственниками и самими пациентами по обучению навыкам выполнения простейших манипуляций, грамотному оказанию неотложной доврачебной помощи [1].

Следовательно, качество медпомощи обусловлено в первую очередь высокой квалификацией медперсонала, которая выражается в следующих показателях: способность медработников применять различные медицинские технологии, в том числе и сложные; умение снижать риск развития нового патологического процесса или прогрессирования уже имеющегося заболевания; эффективность проводимых пациенту процедур; оптимальное использование ресурсов здравоохранения; удовлетворенность пациента в ходе оказанной медицинской помощи; эффективное взаимодействие как врача с пациентом, так и других подсистем медучреждения.

Наше исследование проводилось на базе одной из медицинских организаций

Надеждинского района, которое представляет собой многопрофильное учреждение.

Качество сестринской помощи определяется стандартами. Проблеме стандартизации медицинской деятельности в настоящее время уделяется достаточно много внимания. Значительное число документов, утвержденных на уровне Министерства здравоохранения и социального развития РФ, посвящено протоколам лечения пациентов с различными нозологическими формами.

Однако документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги, пока еще недостаточно.

На территории РФ Приказом Росстандарта от 31 марта 2015 года №199 был утвержден и введен в действие с 1 марта 2016 года ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода". Стандарт устанавливает требования к технологии выполнения простых медицинских услуг манипуляций сестринского ухода.

Медицинская сестра несет личную ответственность за то, чтобы ее работа всегда соответствовала стандартам сестринской практики.

Профессиональные стандарты разрабатываются с учетом деятельности ЛПУ и его возможностей. При разработке стандартов учитываются рекомендации надзорных органов - местных, территориальных, национальных.

Среди опрошенных сотрудников почти все медицинские сестры имеют высшую квалификационную категорию, за исключением двух медсестер, что свидетельствует о высокой квалификации медперсонала отделения.

В исследовании принимали участие 10 медицинских сестер в возрасте от 34 до 55 лет (Приложение В).

Знают ли медицинские сестры о существовании стандартов, регламентирующих деятельность медицинских сестер, от всех сотрудников был получен стопроцентный положительный ответ.

На вопрос знают ли медсестры о том, что все сестринские манипуляции осуществляются на основании алгоритмов, также все ответили утвердительно (рисунок 1).

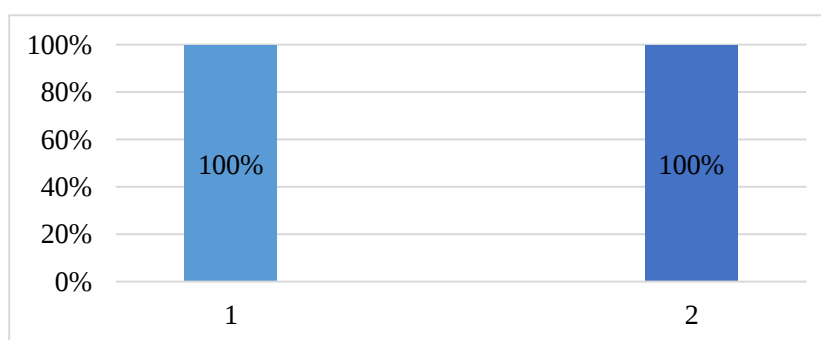
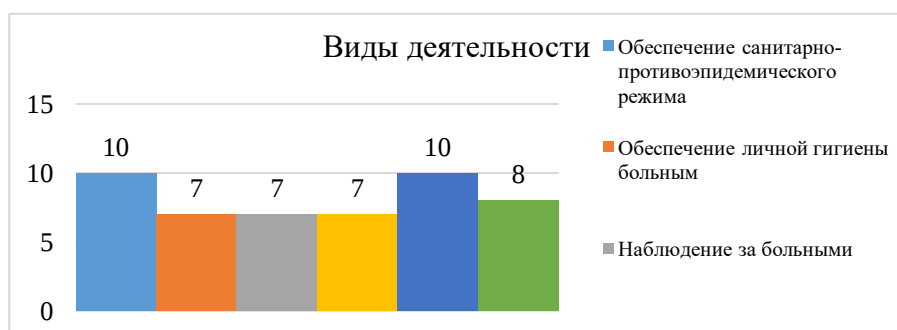


Рисунок 1 - Знание медицинских сестер стандартов(1) и алгоритмов(2), регламентирующих их деятельность.

По результатам ответов на вопрос о том, какие виды деятельности медицинские



сестры осуществляют на своём рабочем месте, выяснилось, что почти все анкетирующие выполняют все возможные виды деятельности медицинских сестер (рисунок 2).

Рисунок 2 - Виды деятельности, осуществляемые медицинскими сестрами на своих рабочих местах

При оценке по 10-ти бальной шкале оснащенности алгоритмами рабочего места медицинских сестер были выявлены следующие результаты: все анкетирующие оценили оснащенность алгоритмами своего рабочего места на невысокий балл. 1 человек (10%) – оценили оснащенность на 6 баллов, 4 человека (40%) – на 5 баллов, 3 человека (30%) – на 4 балла, 1 человека (10%) – на 3 балла, и 1 медсестры (10%) – поставили только 2 балла (рисунок 3).

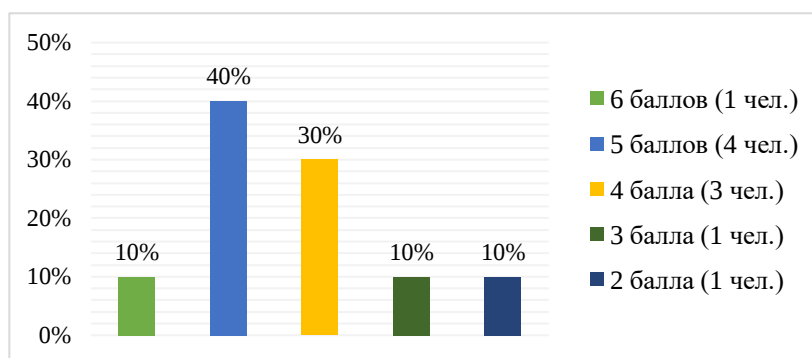


Рисунок 7 - Оснащенность алгоритмами рабочего места медицинских сестер

Выполняют ли медсестры сестринские манипуляции согласно каких-либо алгоритмов были получены следующие результаты (рисунок 8). Большинство - 6 человек (60%) работают согласно каких-либо существующих алгоритмов, 3 человек (30%) - только некоторые манипуляции выполняют по алгоритмам, и 1 человека (10%) - работают, основываясь на свои знания.

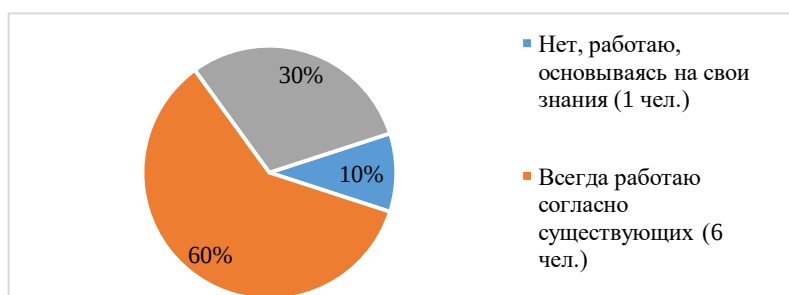
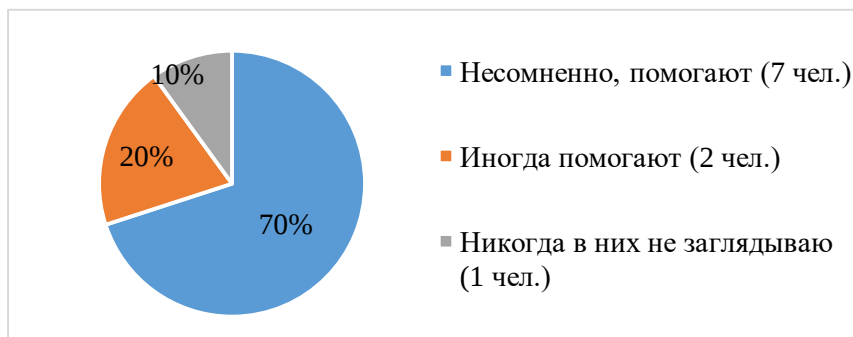


Рисунок 8 - Выполнение сестринских манипуляций согласно алгоритмов

Насколько помогают в работе медсестрам существующие алгоритмы, были получены следующие ответы: Несомненно, помогают - ответили 7 человек (70%), иногда заглядывают в них 2 медсестры (20%), и никогда не пользуется алгоритмами 1 медсестра (10%) (рисунок 9).



5).

Рисунок 5 - Помощь в работе медсестер существующих алгоритмов

Интересно было узнать оказывает ли отсутствие алгоритмов каких-либо манипуляций на профессиональную грамотность медсестер. В результате 8 человек (80%) признались, что иногда не хватает информации, и 2 человек (20%) сказали, что знают наизусть все алгоритмы (рисунок 6).

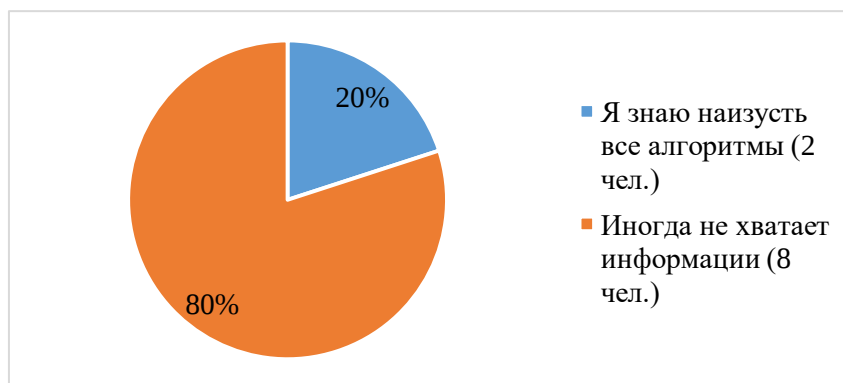


Рисунок 6 - Влияние отсутствия алгоритмов манипуляций на профессиональную грамотность медсестер

Анализ результатов анкетирования медсестер по Надеждинскому району показал, что медицинским сестрам для работы в отделении, недостаточно существующих алгоритмов выполнения сестринских манипуляций, что требует разработки и внедрения некоторых алгоритмов.

Возраст опрошенных анкетизирующих – от 34 до 55, то есть у всех медсестер достаточно большой опыт работы. Почти все опрошенные медсестры, за исключением одной имеют высшую квалификационную категорию, что говорит о высоком уровне подготовки медсестер.

Знание медсестрами о существовании стандартов и алгоритмов на выполнение сестринских манипуляций так же говорит о том, что персонал обладает теоретическими знаниями и достаточно квалифицирован.

Но, судя по результатам исследования, рабочие места медсестер практически не оснащены алгоритмами манипуляций, или оснащены достаточно слабо.

Так как работа медицинских сестер в основном связана с выполнением различных манипуляций, что важно распределять время между различными видами медицинской деятельности (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение рабочего времени медицинских сестер

Направление деятельности	Распределение времени на отдельные направления деятельности медицинской сестры					
	палатной		процедурной		перевязочной	
	минуты	%	минуты	%	минуты	%
Выполнение врачебных	119	22,0	325	72,0	275	61.1

назначений						
Санитарно-эпидемиологический режим	65	12,0	70	16,0	150	33,3
Медикаментозное обеспечение	38	7,0	20	4,0	10	2,2
Работа с документами	113	21,0	35	8,0	15	3,3
Организация ухода за пациентами	43	8,3	-	-	-	-
Организационная работа	86	15,8	-	-	-	-
Вспомогательная работа, не связанная с обслуживанием пациентов	76	13,9	-	-	-	-
Итого	540	100	540	100	450	100

Наибольшая часть времени тратиться на выполнение врачебных назначений (22,2% времени палатной медсестры). Но в центре внимания медсестры должны быть потребности пациента, а не просто техническое выполнение назначенных врачом манипуляций и процедур.

Очень мало времени уделено непосредственно уходу за пациентом (8,3%), хотя этот вид деятельности должен занимать одно из лидирующих мест, так как оказывает большое влияние на качество сестринской помощи.

Выявлено выполнение вспомогательной работы, не связанной с обслуживанием пациентов - «работа курьера» (13,9%). Такая работа включает в себя неизбежные мелочи: принести историю болезни, так как пришел консультант, вызвать лаборанта или отнести анализы на экстренное исследование и так далее.

Таким образом, данные о затратах рабочего времени на разные элементы работы позволяют произвольные затраты времени и их причины; установить факты выполнения персоналом не свойственных ему функций; наметить меры по улучшению ситуации.

Одновременно с интенсивностью работы отделений растет профессиональная нагрузка медицинских сестер, в основном процедурных и перевязочных (по манипуляциям, поддающимся количественному учету).

Отсутствие в структуре клиник централизованной стерилизационной приводит к увеличению объема дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария непосредственно перевязочными медицинскими сестрами.

Интенсивность труда процедурных и перевязочных медицинских сестер растет за счет увеличения количества инвазивных манипуляций (инъекций, капельных вливаний, забора крови, перевязок, ассистирования при миниинвазивных вмешательствах).

В настоящее время для клиник ЛПУ с аналогичными проблемами, актуальны следующие практические рекомендации:

- снизить напряженность труда палатных медсестер представляется возможным за счет внедрения в практику трехступенной системы ухода за больными по модели Хендерсон (палатная медицинская сестра, младшая медицинская сестра по уходу, санитарка). На этой основе можно структурировать процесс оказания сестринской помощи и повысить качество ухода за больными;
- внедрение разработанных региональных стандартов ведения послеоперационного

периода позволит структурировать назначения пациентам, что, в свою очередь, снизит интенсивность труда процедурных медицинских сестер;

- снизить интенсивность труда перевязочных сестер представляется возможным за счет применения современных перевязочных средств (гидроколлоидных, гидрогелевых, суперабсорбирующих, губчатых, мазевых повязок), исключающих их частую смену, а также внедрения в практику стандартизированных комплектов стерильного перевязочного белья и перевязочного материала;

- формирование в структуре клиник централизованного стерилизационного отделения с выделением отдельного штата позволит снизить трудозатраты на подготовку инструментария и перевязочных материалов для обеспечения отделений хирургического профиля.

Таким образом, управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важной и актуальной проблемой.

Целесообразность повсеместного внедрения стандартов сестринской деятельности очевидна, в связи с чем принимаются меры по их разработке, утверждению и внедрению в работу медицинским сестрам. Вместе с тем их количество, рекомендуемое Министерством здравоохранения в России явно недостаточно.

Применение стандартов в сестринской деятельности облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения.

Таким образом, цель работы достигнута, рассмотрены стандарты сестринской деятельности их влияния на повышения качества медицинской помощи, все поставленные задачи выполнены.

Но на данный момент документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги, пока еще недостаточно.

Суждение медицинских сестер практически однозначно свидетельствует о том, что стандартизация сестринской деятельности необходима. Она способствует повышению качества медицинской помощи, позволяет объективно оценить работу персонала. До настоящего времени нет единой системы подготовки и внедрения стандартов, пока еще недостаточно документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги, все это усложняет и ограничивает их применение в практическом здравоохранении.

Библиографический список

1. О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг: Федеральный закон от 22.10.2004 № 255-ФЗ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12137975/>

2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12180688/>

3. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода: Федеральный закон от 31.03.2015 №199-ФЗ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70984190/>

4. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода: Федеральный закон от 31.03.2015 № 199-ФЗ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70984190/>
5. Алешкина, М.Ю. Основы сестринского дела / М. Ю. Алешкина, Н.А. Гуськова. - СПб.: СпецЛит, 2018. - 463 с.
6. Аверин, А.В. Непрерывное профессиональное развитие / А.В. Аверин [и др.] // Медсестра. - 2018. - № 1. - С. - 29.
7. Бабаян, С.Р. Организация сестринской деятельности / С.Р. Бабаян, А.Ю. Тарасова, И.А.Фомушкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 449 с.
8. Вардосанидзе, С.Л. Управление качеством медицинской помощи / С.Л. Вардосанидзе, Ю.Э. Воскоян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 134 с.
9. Индейкин, Е.Н. Оценка качества сестринской деятельности / Е.Н. Индейкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 26 с.
10. Иванюшкин, А.Я. Этический кодекс медицинской сестры России / А.Я. Иванюшкин, В.В. Самойленко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 22 с.
11. Крылова, Г.Д. Основы стандартизации, сертификации, метрологии: учебник / Г.Д. Крылова. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2021. - 671 с.
12. Камынина, Н.Н. Стандартизация сестринской деятельности: учебник / Н. Н. Камынина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 115 с.
13. Кочкина, Н.Н. Доступность и качества медицинской помощи в оценках населения / Н.Н. Кочкина, М.Д. Красильникова, С.В. Шишкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 42 с.
14. Лифиц, И.М. Основы стандартизации: учебник / И.М. Лифиц. - М.: Юрайт-Издат, 2018. - 399 с.
15. Найговзина, Н.Б. Стандартизация в здравоохранении / Н.Б. Найговзина, О.А. Бороздина, В.Б. Филатов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 202 с.
16. Сопина, З.Е. Управление качеством сестринской помощи / З.Е. Сопина, И.А. Фомушкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 176 с.

Хижняк Наталья Вячеславовна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело , 2 курс
Научный руководитель – преподаватель ЗЧО Мамедова Н.А.
E-mail: bmk.06@mail.ru

ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ: КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

В настоящее время панические атаки - одна из самых актуальных тем. В связи с изменениями в обществе мы стали более подвержены эмоциональным переживаниям и стрессу. Необходимость самореализоваться, достигнуть успехов в какой-либо сфере и добиться признания — вот главные потребности для большинства людей. В погоне за славой или продвижением по карьерной лестнице, люди становятся зависимыми от поставленных завышенных целей, и не достигая их, начинают бояться того, что ни на что не способны, они испытывают панику от малейших неудач, а потом и вовсе беспричинно. Но иногда

панические атаки начинаются по причине сильного эмоционального потрясения. Например, смерти близких или попадания в аварию [6].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), «паническая атака - необъяснимый, мучительный для больного, приступ тяжёлой тревоги, сопровождаемый беспричинным страхом, в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами» [9].

Принято считать, что уровень стресса у жителей городов намного выше, чем у людей, проживающих в сельской местности или курортных районах. Это связывают с наличием многих факторов, резко различающих условия жизни. Например, утро практически каждого городского студента начинается с поездки на автобусе. И даже если выехать вовремя и у есть запас времени на дорогу и задержки в пути, простаивание в очереди давит на психику студента, заставляя нервничать. Страх опоздать может изменить восприятие и пятиминутная остановка будет восприниматься как достаточно длительная. Так же происходит по возвращению домой. Люди уже не могут опоздать, им некуда спешить, но они привыкли подгонять себя и хотят вернуться с работы пораньше. Из-за этого день начинается и заканчивается стрессовым напряжением. Число нервных заболеваний и психологических расстройств за последние года постепенно нарастает и "молодеет". Если раньше эта проблема касалась зрелого населения, то сейчас чаще всего регистрируются случаи панических атак в возрасте 15-25 лет, что показывает о моральном давлении на учащихся [12].

Самые первые панические приступы наблюдаются обычно в подростковом возрасте, но среди мужской доли населения иногда начинаются после 40 лет. Средний возраст появления первого приступа - 28 лет. По результатам подсчётов показаний, эпидемиологами выявлено, что панические атаки часто сочетаются с манифестными формами психических расстройств, тревожными расстройствами, депрессиями и расстройствами, приобретёнными вследствие приёма психоактивных веществ. С этим связано то, что лица, страдающие паническими атаками, имеют больший риск подвергнуться депрессии в 15,8% больше, чем среднестатистический человек. А если при этом человек употреблял или продолжает употреблять алкоголь, риск возрастает в 21 раз. Не маловажную роль в развитии панических атак играют психосоциальные факторы, такие как: финансовая зависимость, безработный период, отношения в семье, отсутствие или потеря интереса к хобби.

Для решения этой проблемы нужно изучить что именно чаще всего является причиной появления панических атак и разработать действенные меры профилактики.

Цель курсовой работы: рассмотреть основные факторы провоцирующие возникновение панических атак и разработать рекомендации по их профилактике.

Для осуществления этой цели мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Провести научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме панических атак;
2. Провести анкетирование среди студентов медицинского колледжа;
3. Провести анализ результатов анкетирования;
4. Выявить взаимосвязь между симптомами панических атак и их причинами у студентов медицинского колледжа;

5. Разработать рекомендации для страдающих паническими атаками и для студентов медицинского колледжа в целях предупреждения этого заболевания и борьбы с ним.

Объект исследования - панические атаки.

Предмет исследования – факторы, провоцирующие возникновение панических атак.

Гипотеза исследования – я предполагаю, что студенты «Биробиджанского медицинского колледжа» знают об основных причинах проявлений панических атак и способах профилактики этого состояния.

Панические атаки - внезапные, часто беспричинные приступы тяжёлой тревоги, сопровождаемые мучительными ощущениями (например, сердцебиение, чувство удушья, боль в груди, головокружение, диарея, тошнота), они характеризуются периодом интенсивного страха, начинаются всегда резко, и достигает пика всего за несколько минут. Панические атаки не всегда зависят от появления опасности или факторов, угрожающих жизни. [2].

У многих людей в определённой ситуации появляется чувство резкого испуга, возникает ощущение кома в горле и мы чувствуем, как ускоряется сердечный ритм и не хватает воздуха. Например, попав в аварию или опаздывая на очень важную встречу. Появляется ощущение того, что вы попали в захлопнувшуюся ловушку и из неё не выбраться. Именно эти ощущение квалифицируются в психиатрии под названием панические атаки (ПА). Они могут возникать во время остановки лифта между этажей у людей со склонностью к клаустрофобией, при перелётах во время попадания судна в воздушные ямы, у учащихся во время сложных экзаменов, в толпе на площади незнакомого города, в метро. Если паническая атака была одномоментной, это не несёт угрозы, но при повторении они могут стать причиной развития неврозов и возникновению фиксированных фобий. Чаще всего паническим атакам подвергаются женщины, так как они более эмоционально чувствительны, однако, приступы паники намного сильнее и склонны к хроническому состоянию именно у мужчин. Из наиболее частых факторов, провоцирующих панические атаки, следует прежде всего выделить переутомление, частые стрессовые ситуации, неумеренное потребление алкоголя и изменения в гормональном фоне.

Паническая атака (или как ещё её называют, вегетативный криз) является приступом тяжёлой тревоги, причину которой пациент объяснить не может. Симптомы могут быть разными, но среди них обязательно будут одышка, учащённый пульс и иррациональный страх ожидания смерти. Причём такое состояние возникает чаще в состоянии покоя, что пугает ещё больше. При этом, несмотря на все симптомы, физически человек здоров, его организм работает в привычном ритме и никаких сбоев не происходит. Но даже понимая это, подвергшийся панической атаке человек нередко начинает прощаться с жизнью, усиливая свой испуг. Приступы могут быть каждый день, повторяться в течение суток, а могут наоборот происходит один-два раза в неделю или месяц [15].

Иногда паническое расстройство могут восприниматься как другие заболевания. Приступы паники можно перепутать с проявлениями соматических заболеваний, неврологических болезнями, или некоторыми психическими расстройствами. Заболевание может проявиться при беременности, и у людей, злоупотребляющих алкоголем. [18].

Специалисты считают, что приступы панических атак появляются как ответ на стресс и отражают борьбу сознания с агрессией окружающего мира. Ещё одной причиной являются

конфликтные ситуации, которые человек не может осознать и решить [19]. Феномен панических атак изучается в рамках направлений психиатрии, психологии, психофизиологии и т.д. С большим вниманием изучается роль психологических predispositions, формирующих механизм симптомообразования приступов паники.

Приступ чаще всего начинается с ощущения неясной тревоги. Обычно это беспокойство с ожиданием напряжения, внутренним дискомфортом, в комплексе субъективных и объективных признаков. Симптомы панической атаки подразделяются на:

- 1) вегетативные
- 2) локализуемые в грудной клетке и животе
- 3) психические общие

Нередко панические атаки путают с паническим расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством или посттравматическим стрессовым расстройством в связи со схожей симптоматикой приступа. Для наглядного сравнения привожу картину симптомов расстройств и панических атак.

1. Посттравматическое стрессовое расстройство (переживание или события, повлекшие за собой чью-либо смерть, тяжелую травму или угрозу для жизни или здоровья, как собственного, так близких людей. Сильный страх, ужас, ощущение беспомощности.)

2. Обсессивно-компульсивное расстройство (Характерны обсессии (навязчивые мысли) и/или компульсии (навязчивые действия))

3. Паническое расстройство (Периодически повторяющиеся в течение длительного времени панические атаки. Как минимум месяц отмечаются хотя бы один из этих симптомов: обеспокоенность повторением новых приступов; беспокойство по их поводу или по поводу их последствий; заметные изменения в поведении, вызванные паническими атаками.)

4. Паническая атака (Период необоснованного страха, с резким развитием (за 10 минут достигает своего максимума) не менее четырёх из перечисленных симптомов: учащённое сердцебиение, усиленное потоотделение, дрожь, ощущение гипоксии или удушья, шок, дискомфорт и/или боль в груди, тошнота, дискомфорт в животе, головокружение, ощущение странной лёгкости или тяжести в теле)

Единичный случай панической атаки не принесёт вред здоровью, но зафиксировавшиеся приступы могут привести к развитию невроза навязчивых страхов.

Во время начала панической атаки человек ещё может подавить приступ не прибегая к помощи медикаментов и других людей. Секрет заключается в перенаправлении внимания со своих ощущений на что-либо другое. Психологи советуют в такие моменты концентрировать внимание на каком-нибудь большом объекте перед вами, делая его целью вашего пути.

Неплохой помощью будет съесть что-нибудь сладкое, а так как у многих людей во время паники пересыхает во рту, лучшим вариантом будет мятная карамельная конфета.

Физиотерапевтические методы помощи при приступе панической атаки: регуляция дыхания, массаж, расслабление через напряжение и контрастный душ.

1. Регуляция дыхания.
2. Массаж.
3. Расслабление через напряжение.
4. Контрастный душ.

Интенсивность панической атаки увеличивается из-за сосредоточенности на симптомах. Помочь человеку можно, переключив его внимание с ощущений на посторонние темы.

Кажется, что симптомы панической атаки могут грозить смертью. На самом деле это не так, умереть от панической атаки невозможно, хотя и их игнорировать тоже нельзя. Если появится страх самой панической атаки, то приступы будут случаться чаще и станут длительнее.

Панические атаки лечат психотерапевты, но пациенты не всегда первым делом направляются к этому специалисту, ведь симптомы указывают на проблемы с сердцем или сосудами, потому люди чаще отправляются к кардиологу. Обычно к психотерапевту пациент попадает уже когда его обследовали врачи других специальностей, после со сдачи анализов и множества исследований.

Главное условие эффективного лечения - желание пациента выздороветь и сотрудничать с врачом. Лечение чаще всего медикаментозное (81,3%), в то время как терапия когнитивных и поведенческих методов применяется редко. После оценки состояния больного ему подбирают подходящий препарат-антидепрессант, который придётся принимать в течение длительного времени. Иногда лечение длится до года, регулируя уровень серотонина и норадреналина в крови пациента. Это снижает частоту и силу приступов, убирает страх, улучшает общее состояние и настроение. При необходимости могут назначить транквилизаторы и нейролептики [11].

Также нужно своевременно лечить соматические заболевания; избегать психических травм, депрессий, стрессов и неврозов; бесконтрольно не принимать какие-либо лекарства, отказаться от алкоголя и сигарет. Помните, что все ограничения вы устанавливаете для себя сами. [3].

Для проведения исследования участвовали студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 12 человек. Для решения задач был использован метод анонимного анкетирования. Студентам было предложено 2 анкеты. Респонденты выделяли вариант ответа, наиболее полно отражающий их точку зрения. В некоторых вопросах был возможен свой вариант ответа и выбор нескольких вариантов.

Возрастной диапазон респондентов представлен следующим образом: 50% студентов в возрасте 18-20 лет; 30% - в возрасте 20-25 лет; 20% - в возрасте 25+ (Рис.1).

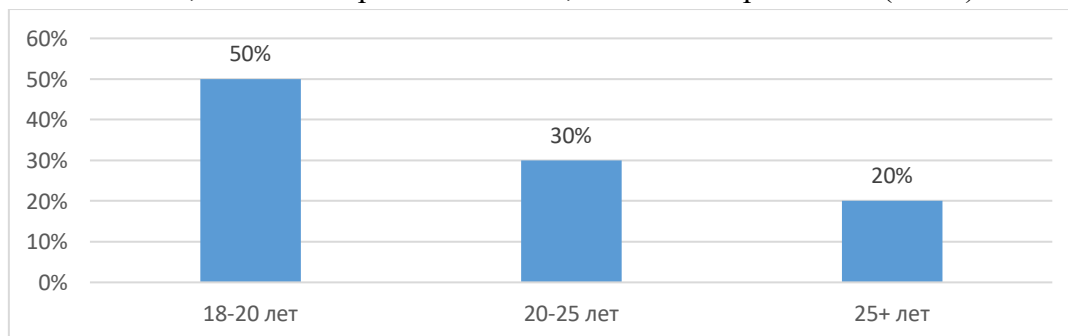


Рис.1. Возраст

По половой принадлежности опрошенные распределились следующим образом: 80% - девушки, 20% - парни. (Рис.2)

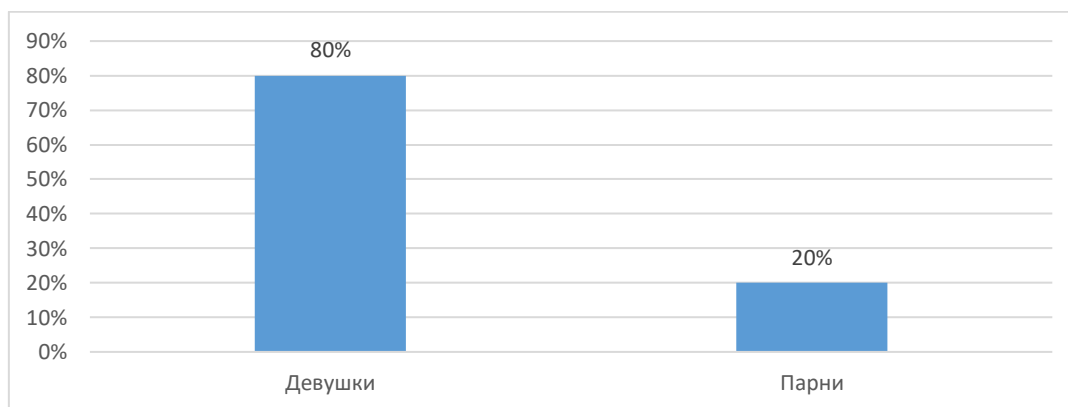


Рис.2. Пол

Данные о местности, в которой проживают студенты, следующие: в городе проживают 90% респондентов и 10% - в сельской местности. (Рис.3)

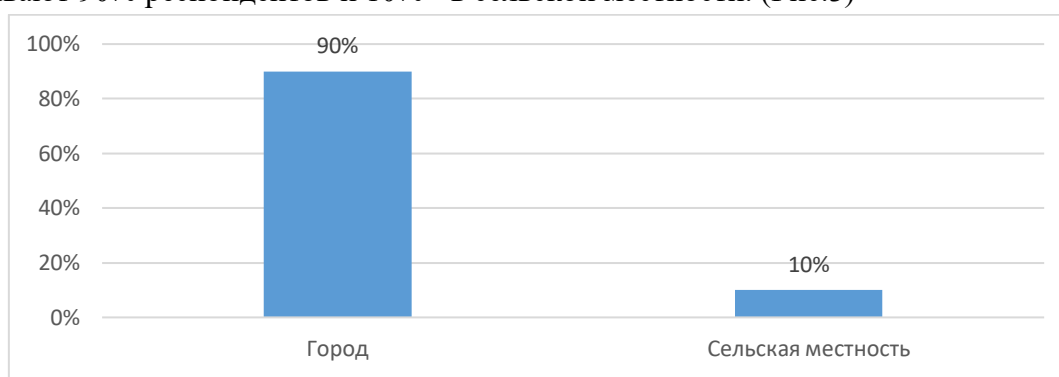


Рис. 3. Местность

На вопрос «Были ли у вас внезапные приступы тревоги и страха?», 100% респондентов ответили – да. (Рис.4)

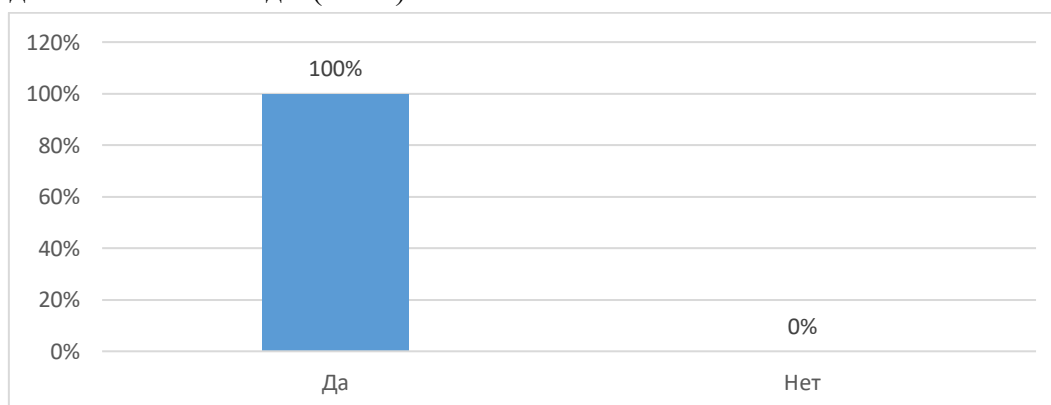


Рис. 4. Были ли приступы тревоги и страха

На вопрос: «Были ли подобные приступы у вас прежде?», 70% студентов ответили – да, у оставшихся 30% ранее приступы не наблюдались. (Рис.5)

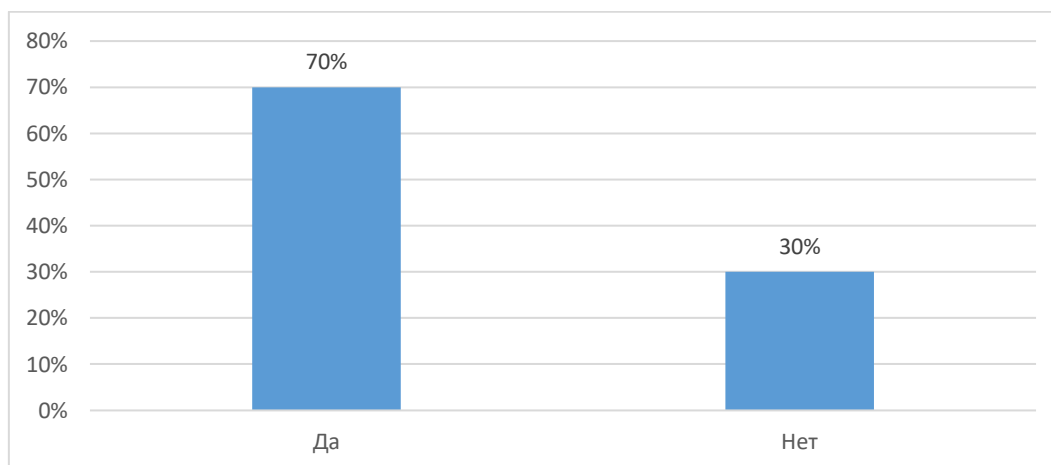


Рис. 5. Были ли приступы прежде

Для ответа на следующий вопрос студентам, подверженным паническим атакам, нужно было указать, в каком возрасте у них был первый приступ паники. Ответы следующие: в возрасте до 16 лет – у 10% студентов, в возрасте от 16 до 18 лет - у 70%, в возрасте от 19 до 25 лет - у 10%, в возрасте старше 25 лет - у 10% опрошенных. (Рис.6)

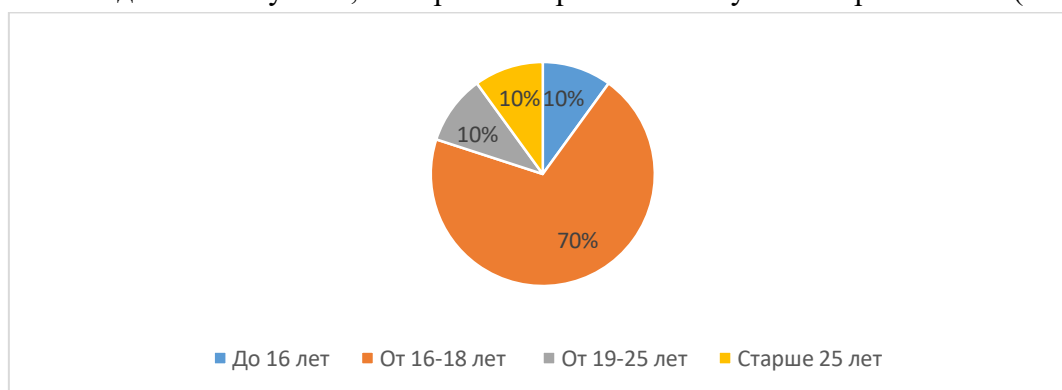


Рис. 6. Первый приступ паники

Возраст последнего приступа паники у подверженных паническим атакам студентов. Результаты следующие: в возрасте от 16 до 18 лет - у 10%, в возрасте от 19 до 25 лет - у 70%, в возрасте старше 25 лет - у 20% опрошенных. (Рис.7)

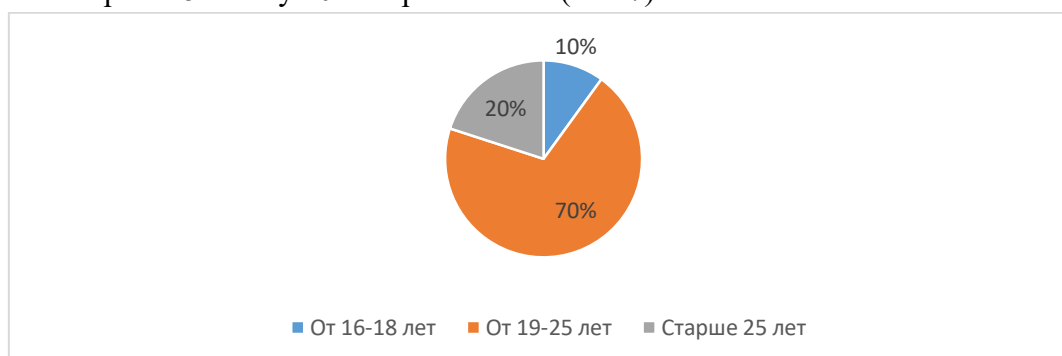


Рис.7. Возраст последнего приступа паники

На вопрос: «Возникают ли эти приступы неожиданно, вне связи с определенной ситуацией, где бы Вы ощущали беспокойство или дискомфорт?», 70% респондентов ответили – нет, у 30% респондентов возникали. (Рис.8)

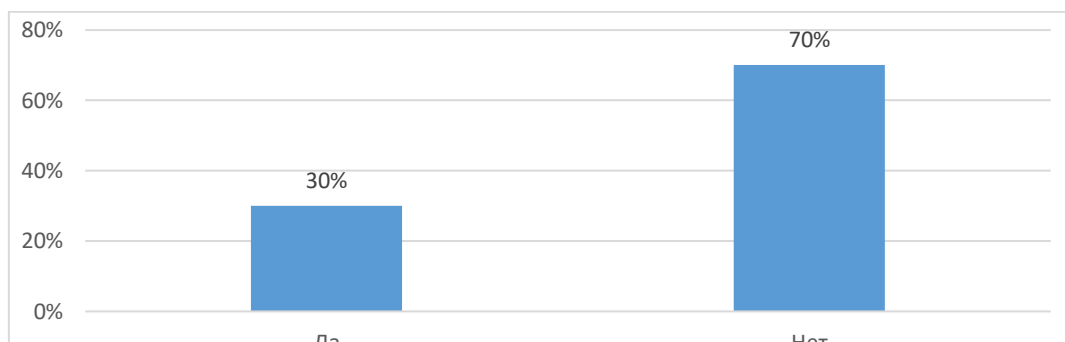


Рис.8. Возникновение неожиданных приступов

По результатам опроса причиной первой панической атаки и склонностью к ней были: экзамены в школе и перед поступлением в медицинский колледж - 50%, страх перед защитой курсовой работы - 10%, не связано с обучением - 40%. (Рис.9)

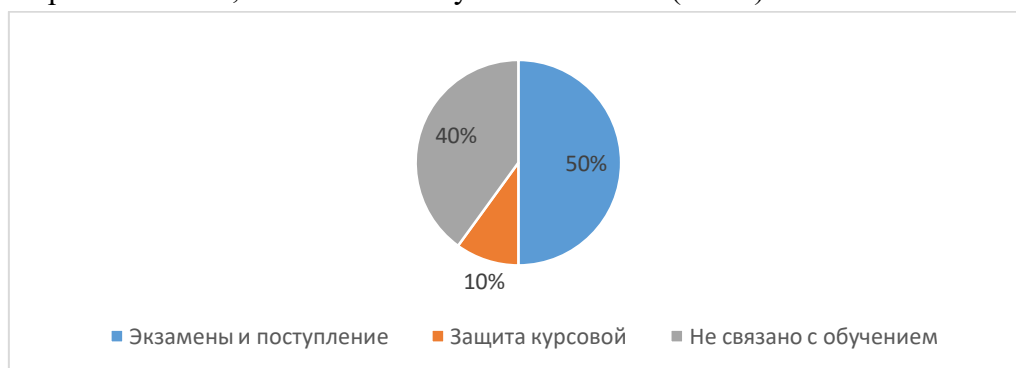


Рис.9. Причина первой панической атаки и склонности к ней

По результатам опроса причиной последнего приступа паники и склонностью к ней были: экзамены в школе и перед поступлением в медицинский колледж - 10%, страх перед защитой курсовой работы - 10%, не связано с обучением - 80%. (Рис.10)

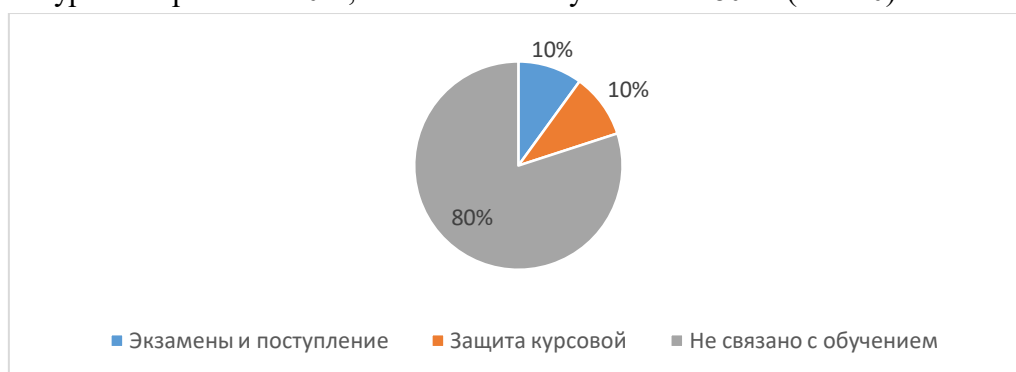


Рис.10. Причина последней панической атаки и склонности к ней

При опросе выяснилось, что 80% респондентов всерьёз боятся повторения приступа или его последствий, 10% иногда задумываются об этом, 10% не волнуются об этом. (Рис.11)

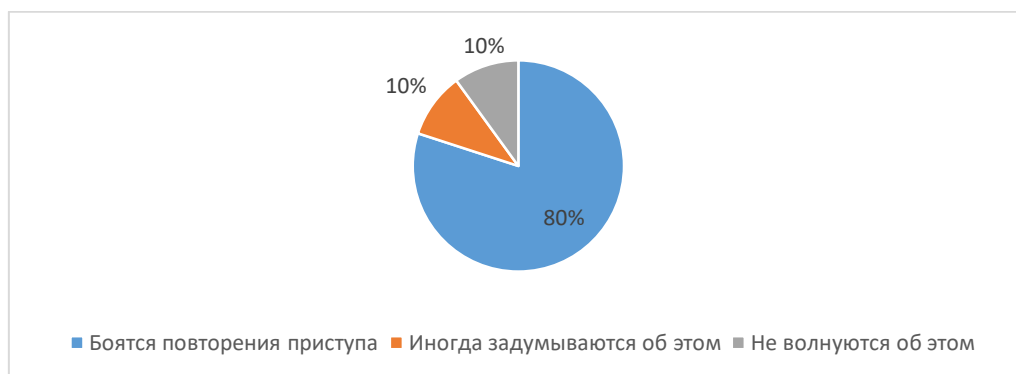


Рис.11. Боязнь повторения приступа или его последствий

На вопрос, «примеряли» ли опрашиваемые на себя изучаемые заболевания, положительный ответ дали 30% студентов, а отрицательный - 70%. (Рис.12)

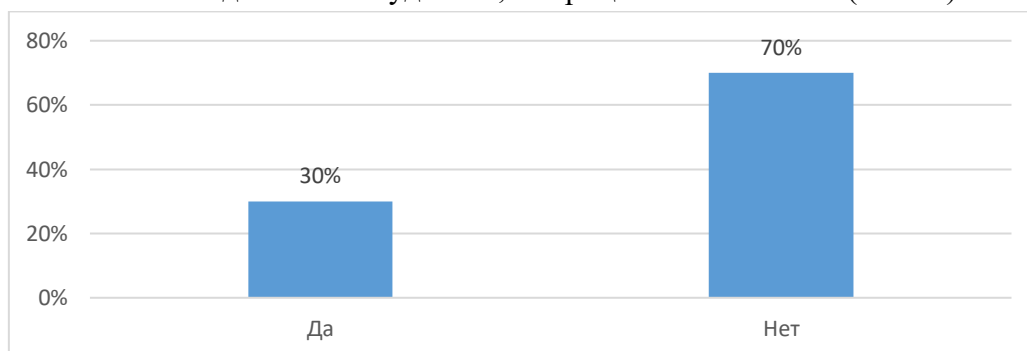


Рис.12. «Примерка» симптомов изучаемых заболеваний на себя

Тем, кто ответил положительно на предыдущий вопрос, нужно было уточнить, что помогало купировать приступ паники. Данные распределились следующим образом: лекарственные препараты помогли 10% опрошенным, поддержка близких - 30%, самоконтроль - 40%, беседы с психологом - 20% студентов. (Рис.13)



Рис.13. Способы купирования приступа паники

На вопрос «Вы проводите профилактику панических атак?», 90% респондентов ответили - «да», 10% - «нет». (Рис.14)

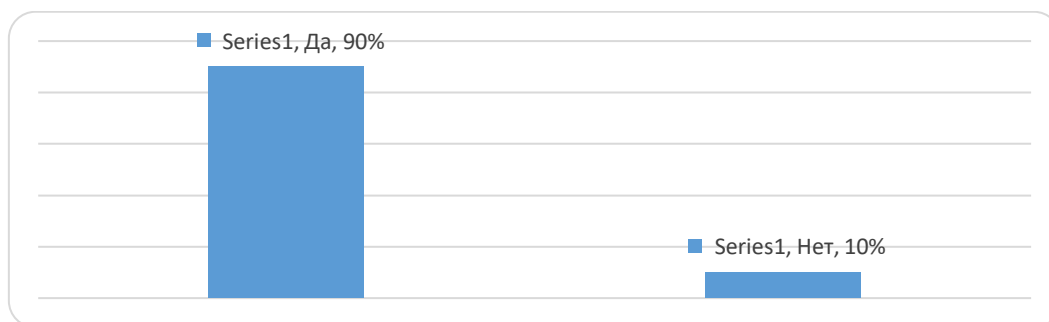


Рис. 14. Проведение профилактики панических атак

По результатам опроса 90% студентов проводят профилактику, оставшиеся 10% не проводят. (Рис.14)

На вопрос «Какие методы профилактики вам проще и ближе?», 10% ответило соблюдение режима дня и отдыха; 20% студентов используют как метод медитацию, йогу, цигун; 10% отказывается от вредных привычек и 60% респондентов используют все выше перечисленные методы. (Рис.15)

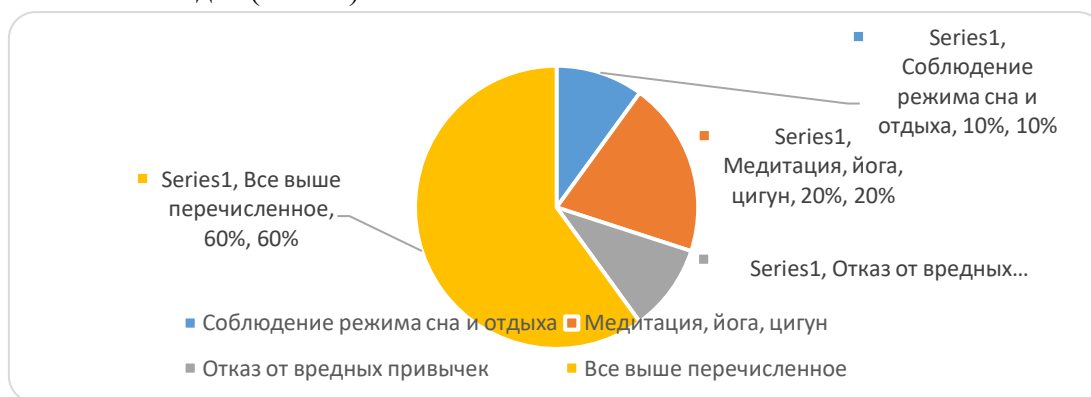


Рис.15. Методы профилактики панических атак

По результатам опроса выяснилось, что студенты используют методы профилактики. Метод соблюдения режима дня и отдыха используют 10%, 20% студентов используют как метод медитацию, йогу, цигун, 10% отказывается от вредных привычек и 60% респондентов используют все выше перечисленные методы.

Опрос на выявление уровня тревожности дал следующие результаты: уровень тревожности в пределах нормы - 70% респондентов, имеют незначительное повышение уровня тревоги - 10%, умеренная тревожность - 10%, выраженная тревожность - 10%, резко выраженный уровень тревоги - 0%. (Рис.16)



Рис.16. Уровень тревожности

В результате исследования выявили, что 80% респондентов не нуждается в лечении, 10% следует обратиться к психиатру, 10% должны обратиться к психотерапевту, 0% требуется лечение у психиатра. (Рис.17)



Рис.17. Процент нуждающихся в лечении

Проведя данное анкетирование, можно сделать вывод, что студенты знакомы с понятием панических атак, с их симптомами, со способами купирования приступов. 90% опрошенных студентов испытывали приступы панических атак, но не нуждаются в лечении. Каждый опрошенный студент знает о методах профилактики и первой помощи при таких состояниях. Также выяснилось, что у 70% резко выраженный уровень тревожности, что тоже нуждается в повышенном внимании студентов.

Проведя анализ литературы, можно сделать вывод, что панические атаки в наше время представляют опасность для психологического здоровья современного человека, так как им может подвергнуться каждый из нас.

Анализ анкетных данных показал, что основной возрастной диапазон респондентов студенты 18 – 25+ лет, причём большая часть - девушки (80%).

Большинство опрошенных проживают в городе - 90%, а в селе 10%.

Из подверженных паническим атакам, возраст первого приступа паники следующий: до 16 лет - у 10% студентов, от 16 до 18 лет - у 10%, от 19 до 25 лет - у 60%, старше 25 лет - у 10% опрошенных.

Причиной последнего приступа паники и склонностью к ней были:

экзамены в школе и перед поступлением в медицинский колледж - 10%, страх перед защитой курсовой работы – 10%, не связано с обучением - 80%.

Из опрошенных 80% респондентов всерьёз боятся повторения приступа или его последствий, 10% иногда задумываются об этом и 10% не волнуются об этом.

Способами купировать приступ паники были: лекарственные препараты 10%, поддержка близких - 30%, самоконтроль - 40%, беседы с психологом - 20%. Опрос на выявление уровня тревожности дал следующие результаты:

уровень тревожности в пределах нормы - 70% респондентов, имеют незначительное повышение уровня тревоги - 10%, умеренная тревожность - 10%, выраженная тревожность - 10%, резко выраженный уровень тревоги - 0%.

На вопрос, «пробовали» ли опрашиваемые на себя изучаемые заболевания, положительный ответ дали 30% студентов, а отрицательный - 70%.

В результате исследования выявили, что 80% респондентов не нуждается в лечении, 10% следует обратиться к психиатру, 10% должны обратиться к психотерапевту, 0% требуется лечение у психиатра.

Отсюда выводится заключение о том, что многие студенты склонны к приступам панических атак, а некоторые уже страдают ими. При этом, многие из них подверглись подобным состояниям из-за стресса, связанного с обучением и знаниями медицинских тем.

Поставленные задачи решены, цель курсовой работы достигнута.

Гипотеза о том, что студенты «Биробиджанского медицинского колледжа» знают об основных причинах проявлений панических атак и способах профилактики этого состояния, подтверждена.

Библиографический список

1. Медик В.А., Лисицин В.И.: Общественное здоровье и здравоохранение / В. А. Медик, В. И. Лисицин // учебник - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – 315 с.
2. Яхно Н.Н. Неврологический журнал № 01.2016 / гл. ред. Н.Н. Яхно - М.: Медицина, 2016. - 68 с.
3. Никитин И.Г. Российский медицинский журнал № 01. 2016 Рецензируемый научно-практический журнал / гл. ред. И.Г. Никитин. - М.: Медицина. - 2016, 56 с.
4. Кучма В.Р. Здоровый человек и его окружение / В.Р. Кучма, О. В. Сивочалова - учебник 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с.
5. Жарова М. Н. Психология / М. Н. Жарова // учебник - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 368 с.
6. Денисов, И.Н. Медицинское образование и профессиональное развитие / главный редактор И.Н. Денисов - 2017. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/MOPR-2011-04.html>
7. Ерёмушкин М.А., Классический массаж / М. А. Ерёмушкин - 2016. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439470.html>
8. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.И. Лисицин - 2016. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437018.html>

9. Курпатов А.В. Четыре страшных тайны. Панические атаки и невроз сердца / А.В. Курпатов - 2013. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://iknigi.net/avtor-andrey-kurpatov/64497-4-strashnyh-tayny-panicheskayaataka-i-nevroz-serdca-andrey-kurpatov.html>.

10. Жмуров, В.А. Большая энциклопедия по психиатрии 2-е издание / Жмуров, В.А. - 2012. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://aldebaran.ru/author/a_jmurov_v/kniga_psihiatriya_yenciklopediya/.

Самарина Татьяна Анатольевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель гуманитарных дисциплин Мищенко Н.В.
E-mail: bmk.06@mail.ru

МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В ОСВОЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Студентами медицинских колледжей и техникумов становятся как выпускники школ, так и взрослые личности, имеющие уже опыт в другой профессии. Но мотивация будущих студентов может отличаться.

Распространение вирусных заболеваний, в условиях пандемии COVID-19, мутации этого вируса и новые эпидемиологические угрозы в современном обществе выделяют востребованные актуальные специальности: «Сестринское дело» и «Лечебное дело», поэтому тема данной исследовательской работы является актуальной.

Студентами Биробиджанского медицинского колледжа, группы 42ЛД было проведено исследование мотивации в освоении медицинских специальностей среди студентов 1-4 курсов, а также выпускников прошлых лет, ведущих свою профессиональную деятельность в разных регионах России.

Цель исследования: определить мотивацию студентов и выпускников ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в выборе медицинской специальности.

Субъект исследования: студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», медицинские работники Хабаровского края и ЕАО.

Объект исследования: мотивы выбора специальности медицинского профиля: «Сестринское дело», «Лечебное дело».

Предмет исследования: мнение респондентов о мотивации в выборе медицинской специальности.

В ходе исследования были поставлены задачи:

1. Провести исследование по данной теме, анкетирование респондентов.
2. Подтвердить или опровергнуть выдвинутые гипотезы.

В процессе исследования были поставлены рабочие гипотезы:

1. Из числа респондентов 75% сделали свой выбор учебной деятельности осознанно и имеют желание работать по специальностям: Сестринское дело, Лечебное дело.

2. Из числа респондентов 50% желают начать свою профессиональную деятельность в ЕАО.

Изучением проблем мотивации в российской науке занимались такие учёные, как Е.П. Ильин, А.Я. Кибанов, Ю.А. Токарева, Н.М. Глухенькая, А.Г. Токарев, С.А. Шапиро, В.А. Ядов, В.Г. Асеев, А.Н. Леонтьев и другие. Из зарубежных авторов следует отметить Дж. Аткинсона, основателя концепции трудовой мотивации, С. Гроффа, А. Маслоу, создавшего пирамиду потребностей Д. Мак Клеланда, развившего теорию потребности достижений.

Мотивация – это стратегическая составляющая обеспечения эффективного труда персонала, а стимулирование – тактическая. Мотивация – «это - процесс стимулирования отдельного сотрудника или группы людей к действиям, приводящим к осуществлению целей организации» в перспективе [3, с. 102]. Стимулирование – это «тактика решения проблемы является ориентацией на фактическую структуру ценностных ориентаций и интересов работников, на более полную реализацию имеющегося трудового потенциала» [2, с. 484] персонала в настоящее или ближайшее время.

Как процессы и способы управления мотивация и стимулирование имеют одну цель, но противоположно направлены. Каждый из этих процессов имеет значение и действенны они только во взаимосвязи.

В сравнительном анализе по проблеме представлены данные по количеству и специализации респондентов, их профессиональной деятельности, о мотивации в учебной и профессиональной деятельности.

Респонденты ответили на вопросы анкеты, которая содержит 17 вопросов, а результаты анкетирования представлены в данной работе.

В исследовании приняло участие 208 респондентов. Из них 20,2 % (42 из общего числа) - мужчин, 79,8 % девушек и женщин (166 человек). Возраст анкетировемых - от 18 до 60 лет. Из общего числа респондентов 80,8 % имеют возраст от 18 до 25 лет, а 9,6 % опрошенных - от 25 до 35 лет;

Из числа респондентов 120 - 57,7% обучаются или имеют диплом по специальности «Лечебное дело». Соответственно 88 - 42,3% - связали свою деятельность со специальностью «Сестринское дело».

Медицинские работники, работающие в лечебно-профилактических учреждениях, а также студенты, принявшие участие в анкетировании, проживают в Хабаровском крае и ЕАО (Рис.1).

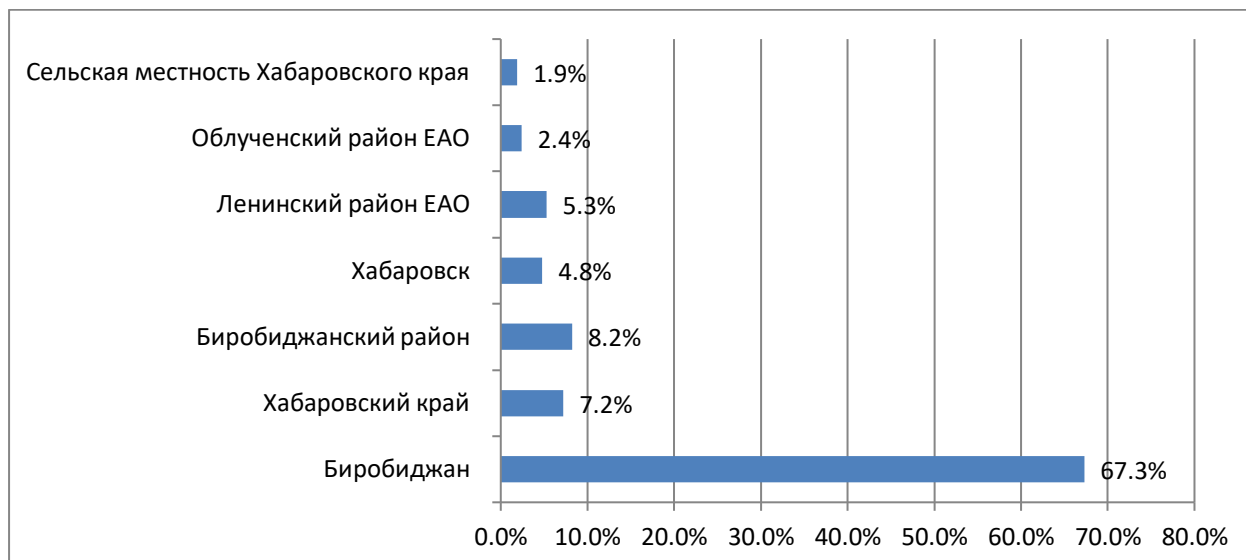


Рис. 1 Место жительства респондентов

Из общего числа респондентов 61(29%) – это уже работающие, выпускники ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», которые трудятся на ССМП, в поликлиниках, ОГБУЗ «Областная больница» и других учреждениях ЕАО и Хабаровского края.

Мотивация студентов Биробиджанского медицинского колледжа при выборе специальности различна. Из 208 респондентов 106 (51%) ответили, что выбор медицинской специальности – это призвание, а 16 (7,7%) анкетированных отметили, что за них выбор профессии сделали родственники(а анкетированных заставили принять этот выбор), 22 (10, 6%) респондента продолжают свою династию в медицине; а 64 (30,8%) респондента ответили, что в период поступления в образовательные учреждения не было особого выбора учебных заведений.

Работать в сфере здравоохранения планируют не все студенты (Рис.2).

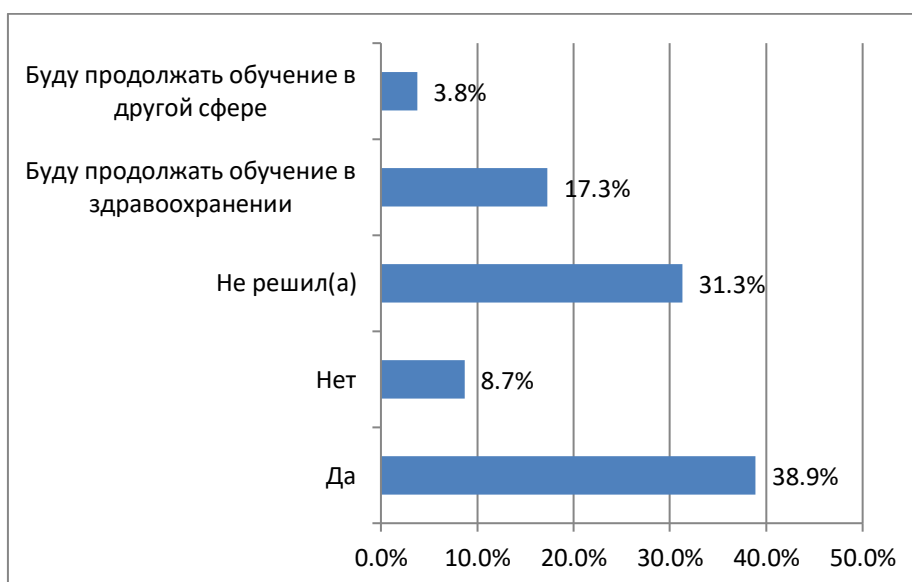


Рис.2 Стремление остаться в сфере здравоохранения

Если суммировать данные, полученные о желающих продолжать обучение в здравоохранении и о студентах, решивших работать в здравоохранении, то это составит – 117(56%) респондентов из общего количества.

В перспективе профессиональную деятельность в здравоохранении ЕАО рассматривают лишь 89 студентов (42,8%), не желают оставаться в ЕАО по причине низких зарплат – 92 (44,2%) респондента; не представляют себя в медицине - 27 (13%) студентов.

Из 208 анкетированных 138 (66,3%) респондентов отметили, что им нравится учиться в здравоохранении и работать.

В процессе учебной деятельности у студентов меняется мировоззрение. Изменилась ли мотивация работать в здравоохранении в процессе учебы? Из общего количества анкетированных - 88 (42 %) респондентов отметили, что всегда было желание лечить людей (Рис. 3).

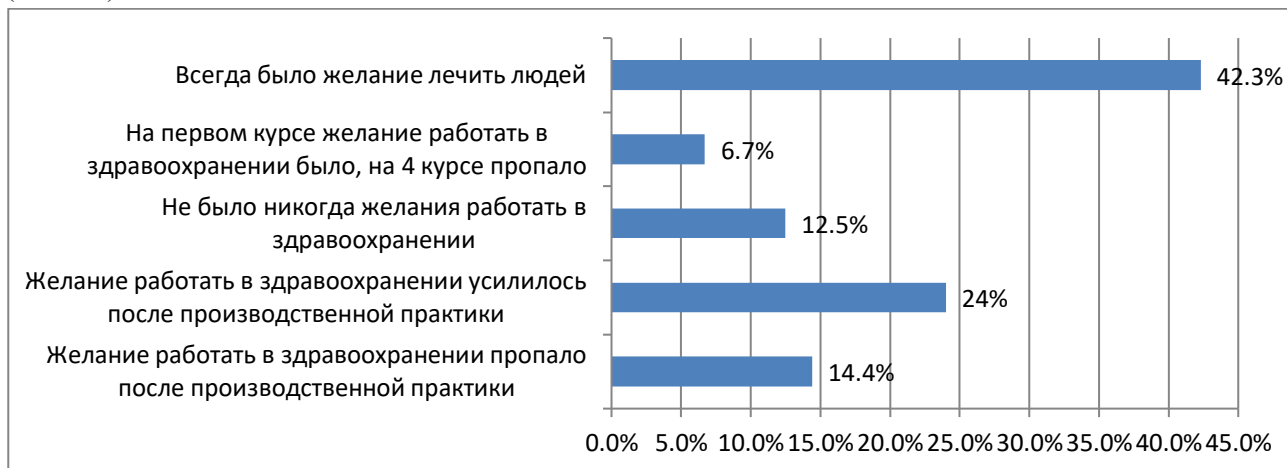


Рис.3 Изменение мотивации в процессе учебной деятельности

Таким образом, рабочая гипотеза, поставленная перед началом исследования, о том, что 75% респондентов сделали свой выбор учебной деятельности осознанно и имеют желание работать по медицинским специальностям, не подтвердилась. Лишь 51 % респондентов сделали свой выбор осознанно. И лишь 56 % анкетированных желают связать свою профессиональную деятельность с медициной в ЕАО.

Вторая рабочая гипотеза также не подтвердилась, так как всего 42,8% респондентов желают начать свою профессиональную деятельность в ЕАО.

Из нравственных качеств медицинского работника 161 (77,4%) респондент отметил: честность, доброту, добросовестность, бескорыстие. А 47 (22,6%) не задумывались о нравственных качествах будущего медицинского работника, когда поступали в образовательное медицинское учреждение.

Отвечая на вопрос, о необходимой заработной плате, 14(6, 9%) от общего количества респондентов отметили, что для них не важен размер заработной платы, а 114 (56,4%) респондентов отметили необходимую сумму в размере 70 тыс. рублей и более.

Следует надеяться, что все будущие абитуриенты будут выбирать сферу профессиональной деятельности осознанно и по окончании учёбы оставаться работать в ЕАО, руководствуясь чувством долга, а не размером заработной платы.

Библиографический список

1. Токарева, Ю.А. Т51 Мотивация трудовой деятельности персонала: комплексный подход : монография / Ю.А. Токарева, Н.М. Глухенькая, А.Г. Токарев ; Урал. федер. ун-т им. Б.Н. Ельцина, Шадр. гос. пед. ун-т. – Шадринск : ШГПУ, 2021. – 216 с.

2. Управление персоналом организации : учебник / под ред. А.Я. Кибанова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Москва : ИНФРА-М, 2010. – 638 с.

3. Управление человеческими ресурсами : учеб. пособие / А.М. Руденко [и др.] ; под ред. А.М. Руденко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 350 с. –

4. Уткин, Э.А. Основы мотивационного менеджмента / Э.А. Уткин. – Москва : ЭКМОС, 2000. – 352 с.

Астафьева Екатерина Викторовна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – начальник отдела практического обучения
Духовникова Евгения Андреевна
astafevakatyab@gmail.com

РОЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Образование – это процесс и результат усвоения человеком систематизированных знаний, навыков и умений, развитие ума и чувства, формирование мировоззрения и познавательных процессов.

Статья первая Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» гласит: «Российская Федерация провозглашает область образования приоритетной».

На современном этапе развития России образование становится мощной движущей силой экономического роста, повышения эффективности и конкурентоспособности народного хозяйства.

Системе образования необходимо обеспечить равный доступ молодых людей к полноценному образованию. Важной её задачей является формирование профессиональной элиты, выявление и поддержка одаренных и талантливых детей и молодежи.

Сегодня образование является одной из самых широких сфер человеческой деятельности. В ней занято почти 50 миллионов педагогов и более миллиарда учащихся. Как известно, существует несколько ступеней образования: начальное, основное общее, полное среднее, среднее профессиональное, высшее (бакалавриат, магистратура) и послевузовское образование (аспирантура, докторантура). Проходя каждую ступень человек получает знания все больше и больше, и совершенствуется в получении образования.

Нуждается ли общество в образовании? Какова роль образования в жизни человека? Каких людей считают образованными и для чего так необходимо получить образование? Почему образование можно считать условием успешности человека в жизни? Эти и другие вопросы становятся приоритетными в современном обществе, а именно у современной молодежи.

Проблема роли образования для достижения успеха в жизни является актуальной в наши дни, поскольку она затрагивает все сферы нашего общества: социальную, экономическую, политическую, духовную. Она влияет на наше будущее, и именно это заставляет современную молодежь задуматься над этим вопросом.

Цель исследования: определение роли и значимости образования для современной молодежи.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить литературу, Интернет-ресурсы по теме работы;
- рассмотреть нормативно-правовые акты, регламентирующие образовательную деятельность в Российской Федерации;
- изучить понятие «образование» и его виды;
- провести социологическое исследование - анкетирование разных возрастных категорий современной молодежи о роли образования;
- проанализировать результаты, сделать выводы.

Объект исследования: образование в Российской Федерации.

Предмет исследования: роль образования для современной молодежи.

Гипотеза: образование играет важную и возрастающую роль для современной молодежи.

Методы исследования:

- 1) сбор и теоретический анализ литературных источников и ресурсов сети Интернет;
- 2) изучение и обобщение;
- 3) социологический опрос-анкетирование.

Образование – один из способов становления личности путем получения людьми знаний, приобретения умений и навыков, развития умственно-познавательных и творческих способностей через систему таких социальных институтов как семья, школа, средства массовой информации.

Согласно Федеральному Закону «Об образовании в Российской Федерации» образование представляет собой целенаправленный процесс воспитания, обучения и развития в интересах человека, общества и государства.

Цель образования – приобщение индивида к достижениям человеческой цивилизации, ретрансляция и сохранения ее культурного достояния.

В основу системы нормативно-правового регулирования отношений в сфере образования входят:

- Всеобщая Декларация прав человека. Статья 26. Каждый человек имеет право на образование. Образование должно быть бесплатным по меньшей мере в том, что касается начального и общего образования. Начальное образование должно быть обязательным.

- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Статья 13. Государства участники признают право каждого человека на образование. Они соглашаются, что образование должно быть направлено на полное развитие человеческой личности и сознания ее достоинства и должно укреплять уважение к правам человека и основным свободам.

- Конвенция о правах ребенка. Ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее.

Государства - участники признают право ребенка на образование.

- Конституция Российской Федерации. Статья 5 «Право на образование. Государственные гарантии реализации права на образование в Российской Федерации».

- Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ. Основная цель Федерального Закона «Об образовании» – реализация конституционного права граждан Российской Федерации на образование и защита интересов личности, общества и государства в сфере образования. Настоящий закон устанавливает права, обязанности и меры социального обеспечения педагогов, обучающихся и их родителей.

- Федеральная программа развития образования является организационной основой государственной политики Российской Федерации в области образования. Программа определяет стратегию приоритетного развития системы образования и меры ее реализации.

- ФГОС - это федеральные государственные образовательные стандарты. Они представляют собой совокупность обязательных требований к образованию различных уровней - от детских садов до курсов повышения квалификации.

ФГОС устанавливают качественные и количественные критерии в образовании, как нормативы в спорте или ГОСТы для продуктов.

Для каждого уровня образования разработан свой государственный стандарт.

Система образования в Российской Федерации представляет собой совокупность взаимодействующих структур, в число которых входят:

1. Преемственные образовательные программы различных уровней и направленности, федеральные государственные образовательные стандарты и федеральные государственные требования.

Образовательная программа определяет содержание образования определенных уровня и направленности. В Российской Федерации реализуются образовательные программы, которые подразделяются на:

общеобразовательные (основные и дополнительные);

профессиональные (основные и дополнительные).

К основным общеобразовательным программам относятся:

дошкольного образования;

начального общего образования;

основного общего образования;

среднего (полного) общего образования.

К основным профессиональным относятся программы:

начального профессионального образования;

среднего профессионального образования;

высшего профессионального образования (программы бакалавриата,

программы подготовки специалиста и программы магистратуры);

послевузовского профессионального образования.

2. Сеть образовательных учреждений и научных организаций, реализующих образовательные программы различных уровня и направленности, федеральные государственные образовательные стандарты и федеральные государственные требования.

Образовательные учреждения, являются юридическим лицом, могут быть государственными (федеральными или находящимися в ведении субъекта Российской Федерации), муниципальными, негосударственными (частными, учреждениями общественных и религиозных организаций (объединений)).

К образовательным относятся учреждения следующих типов:

дошкольные:

общеобразовательные (начального общего (1-4 класса), основного общего (5-9 класс), среднего (полного) общего образования (10-11 классов):

учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и послевузовского профессионального образования:

учреждения дополнительного образования взрослых:

специальные (коррекционные) для обучающихся, воспитанников с

ограниченными возможностями здоровья;

учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения

родителей (законных представителей).

учреждения дополнительного образования детей:

другие учреждения, осуществляющие образовательный процесс:

3. Органы, осуществляющие управление в сфере образования, и подведомственные им учреждения и организации.

Управление системой образования в России осуществляется на трех уровнях:

- федеральном;

- региональном;

- муниципальном.

Первые два уровня являются уровнями государственного управления в сфере образования.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, научной, развития федеральных центров науки и высоких технологий, государственных научных центров и наукоградов, а также в сфере воспитания, является Министерство образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России).

Федеральное агентство по образованию (Рособразование) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по управлению государственным имуществом, оказанию государственных услуг в сфере образования, воспитания и развития общедоступных образовательных ресурсов.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в области образования и науки, является Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзор).

В каждом из субъектов Российской Федерации имеется орган исполнительной власти, осуществляющий управление в сфере образования (министерство, департамент, главное управление и т.п.) в границах соответствующего региона.

Контрольно-надзорные функции в рамках полномочий, предоставленных субъектам Российской Федерации действующим законодательством, могут осуществляться как самим органом управления образованием, так и отдельным специализированным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

4. Объединения юридических лиц, общественные и государственно-общественные объединения, осуществляющие деятельность в области образования.

Данные объединения в системе образования создаются федеральными органами исполнительной власти и осуществляют свою деятельность в соответствии с положениями, утверждаемыми этими органами власти.

В состав государственно-общественных объединений на добровольных началах входят научно-педагогические и другие работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и иных организаций, действующих в системе образования. Могут привлекаться иностранные граждане.

Образование - это важный процесс, во время которого человек получает знания, учится взаимодействовать, приобщается к культуре и перенимает ценности общества.

Образование во все времена занимало важное место в общественной жизни. Можно привести достаточно важных аргументов, подчеркивающих роль образования в жизни человека:

1. Обучение, особенно высшее образование, помогает построить успешную карьеру и достичь профессиональных высот.

2. Образованный человек уверен в себе и своих силах, умеет ставить цели, достигать их и решать жизненные задачи.

3. Обучение формирует такие личные качества человека, как самодисциплинированность, воспитанность, уравновешенность, гибкость взглядов, любознательность, общительность и целеустремленность.

4. Постоянное обучение - это ключ к насыщенной и яркой жизни.

Роль образования в современном обществе крайне высока. Ведь мир постоянно сталкивается с глобальными проблемами, среди которых аномальное потепление, постоянный рост населения, обеспечение высоких социальных условий жизни и другие. Многие учёные и эксперты сходятся во мнении, что справиться с этими вопросами можно с помощью образования. Проявление роли образования в жизни современного общества выражается в выполнении трёх функций:

I. Экономической. Необходимо сформировать общественные группы, в которых люди получают современные и эффективные знания и смогут применить их в работе, улучшая экономические показатели страны и мирового сообщества.

II. Социальной. Через обучение человек получает социальные навыки и учится взаимодействовать с людьми.

III. Культурной. Одна из важнейших ролей образования в обществе - это передавать культурные ценности, воспитывать личность человека и раскрывать его творческие способности.

Поскольку роль образования в жизни человека и общества постоянно возрастает, меняются основные тренды и векторы его развития. На сегодняшний момент в образовательном процессе наметились основные направления:

- Образование становится массовым и демократическим.

- Растёт продолжительность обучения. Знания становятся сложнее, а требования к профессиональным навыкам выше.

- Образование становится более гуманным. Сегодня в центре внимания не учебная программа, а личность самих учащихся.

- Увеличивается количество гуманитарных дисциплин - социологии, политологии, экономики, правоведения.

- Образование приобретает интернациональный характер. Это значит, что образовательные системы разных стран разрабатывают единые модели (Болонский процесс).

- Образование становится технологическим.

Образование в России вошло в состав основных приоритетов общества и государства. В нашем государстве основные векторы развития в этой области определяются Федеральным Законом РФ «Об образовании», Федеральной программой развития образования в России и другими официальными документами.

Роль образования тесно связана с переходом России к демократическому обществу, к правовому государству, рыночной экономике, задачами преодоления отставания России от мировых тенденций экономического и общественного развития. Российская система образования в настоящее время способна конкурировать с системами образования передовых стран.

Подытожив роль и задачи образования в современном российском обществе, можно сказать, основа многогранного российского образования - это воспитание уверенных в себе людей, которые способны эффективно справляться с вызовами времени.

Анкетирование «Роль образования для современной молодежи» у разных возрастных категорий современной молодежи.

С целью подтверждения или опровержения гипотезы научно-исследовательской работы мною было проведено анкетирование разных возрастных категорий современной молодежи о роли образования.

Для более полного раскрытия темы научно-исследовательской работы и подтверждения или опровержения гипотезы исследования, мною было проведено анкетирование разных возрастных категорий современной молодежи о роли образования в их жизни.

Каждому участнику опроса, через социальные мессенджеры, была предложена анонимная анкета - Google Форма: «Роль образования для современной молодежи», состоящая из 10 вопросов.

Критериями включения в исследование были:

- респонденты, учащиеся в 9-11-х классах, 1-х курсов СПО/ВУЗ;
- согласие на участие в исследовании.

В анкетировании приняло участие 247 респондентов.

Из 247 опрашиваемых: 73 юноши – 29,6 %, 174 девушки – 70,4 %.

Возрастная структура опрашиваемых составила: 14-15 лет– 19,4% (48 человек); 16-17 лет – 41,7% (103 человек); 18 лет – 38,9% (96 человек).

На вопрос: «В каком звене учебного заведения Вы обучаетесь в настоящее время?», ответы распределились следующим образом:

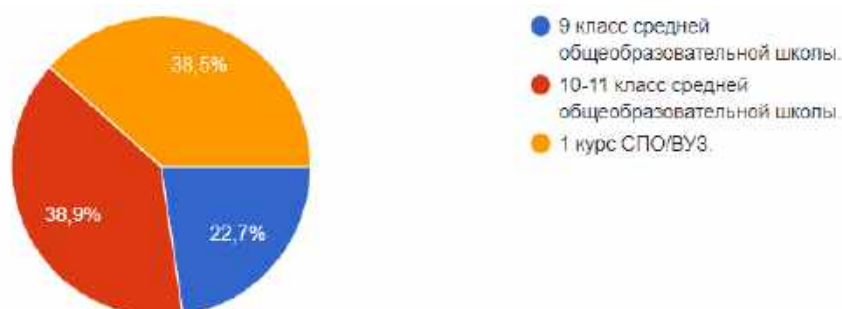


Рисунок 1. В каком звене учебного заведения Вы обучаетесь в настоящее время?

Данные диаграммы указывают, что большинство опрошиваемых обучаются в 10-11 классах (38,9%) и на 1 курсе СПО/ВУЗ (38,5%).

75,7% (187 человек) респондентов осознанно получают образование. 21, 5% (53 человека) особой осознанности и стремления получить образование не имеют, к своему образованию относятся нейтрально. 2,8% (7 человек) принужденно получают образование, получение образования не приоритетно для них.

Респондентам был задан вопрос: «Что даёт Вам образование, которое сейчас получаете?». 67,6% (167 человек) считают, что образование дает возможность получить профессию, в которой планируют добиться успеха. 50,6% (125 человек) опрошиваемых ответили, образование помогает им раскрыть потенциал, учиться чему-то новому, быть грамотным и нравственным человеком. 19,4% (48 человек) указали, образование, которое они получают, дает не особо много, поскольку есть другие увлечения, в которых развиваются самостоятельно. 3,6% (9 человек) участвующих в анкетировании утверждают, что образование не дает ничего, этот процесс пустая трата времени и сил. И 0,4% (по 1 человеку) не знают для чего получают образование.

71,7% (177 человек) участвующих в моем исследовании планируют дальнейшее обучение/получение образования, после окончания учебного заведения, в котором сейчас обучаются. 21,5% (53 человека) еще не планировали дальнейшее обучение. 6,1% (15 человек) указали, образования, которое они получают в настоящий момент им будет достаточно. 0,4% (1 человек) не уверен в продолжении своего образования, 0,4% (1 человек) будет продолжать обучение, но пока не определился в каком направлении. Данные представлены в Диаграмме 2.



Диаграмма 2. Планируете ли Вы дальнейшее обучение/получение образования, после окончания учебного заведения, в котором сейчас обучаетесь?

Респондентам было предложено, оценить по пятибалльной шкале: какую роль играет образование в их жизни, ответы распределились следующим образом – 41,7% (103 человека) оценили роль образования на 4 балла, 39,3% (97 человек) – на 5 баллов, 14,2% (35 человек) – на 3 балла, 3,2% (8 человек) – на 2 балла, 1,6% (4 человека) – 1 балл. Данные представлены в Диаграмме 3.

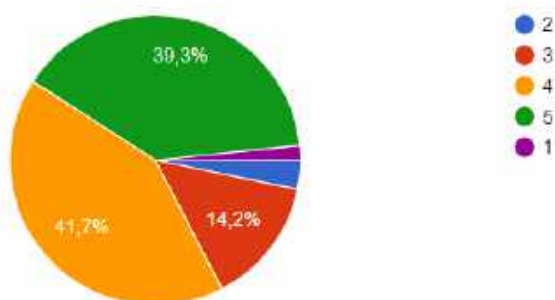


Диаграмма 3. Оцените по пятибалльной шкале: какую роль играет образование в Вашей жизни?

На следующий вопрос моей анкеты: «Что для Вас значит «получить хорошее образование»? самыми частыми по популярности вариантами ответа были: стать компетентным, высококвалифицированным специалистом в какой-либо профессиональной области 65,6% (162 человека); получить престижную, высокооплачиваемую профессию 48,6% (120 человек); получить высшее образование 40,9% (101 человек); закончить учебное заведение на «хорошо» и «отлично» 33,6% (83 человека). 6,5% (16 человек) респондентов считают, что «хорошее образование» - это образование, полученное за границей. 0,4% (1 человек) указали варианты: получать много денег (долларов); работать на себя и для себя; получить знания для предпринимательской деятельности.

Участвующим в анкетировании был задан вопрос: «Как Вы считаете, необходим ли диплом университета/института/академии для успешного трудоустройства на современном рынке труда?». Большинство опрошенных ответили: 61,1% (151 человек) да, конечно; 33,2% (82 человека) считают, что для успешного трудоустройства диплом о высшем образовании не обязателен; 0,4% (1 человек) указали варианты: «от части нет, потому что диплом об окончании учебного заведения будут просить далеко не всегда»; «зависит от случая и положения в обществе».

54,7% (135 человек) респондентов считают, что залогом успешной жизни, является получение образования, а 45,3% (112 человек) не согласны с данным утверждением. Данные представлены в Диаграмме 4.

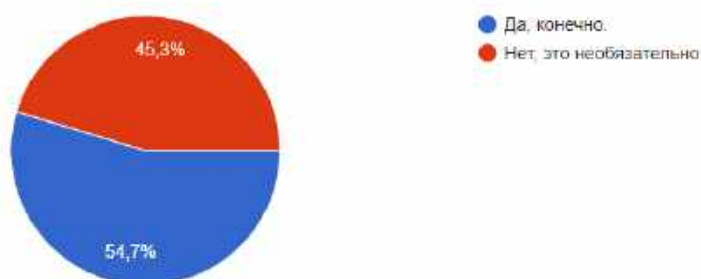


Диаграмма 4. Считаете ли Вы, что залогом успешной жизни, является получение образования?

На вопрос: «Как Вы считаете, заработная плата и уровень образования взаимосвязаны?» ответы распределились следующим образом: 56,5% (140 человек) считают,

что заработная плата и уровень образования взаимосвязаны; 39,9% (99 человек) утверждают, что эти элементы невзаимосвязанные; 1,2% (3 человека) указали «не всегда» и 0,4% (1 человек) ответили: «когда ты образован, ты знаешь, что и как надо делать, тем самым ты можешь увеличить свою продуктивность, что должно приводить к росту ЗП»; «в разных ситуациях по разному»; «скорее да, чем нет».

Ответы на последний вопрос моего анкетирования: «Считаете ли Вы, что наличие высшего образования, является обязательным для современного человека?» были следующие: большая часть респондентов 55,2% (137 человек) не считают, что высшее образование обязательно для современного человека; 40,7% (101 человек) респондентов имеют противоположное мнение, и 0,4% (по 1 человеку) указали: «смотря по ситуации»; «не всегда, хорошие деньги можно получать, даже не окончив 9 класс»; «я считаю, что любое образование должно быть добровольным»; «каждому своё, где-то возможно нужно, а где-то и без него можно обойтись».

Исходя из моего исследования, можно сказать, что большая часть респондентов, участвующих в анкетировании, обучаются в 9-11 классах общеобразовательных учреждений. Они осознанно стремятся получить свое образование, которое дает им возможность получить профессию, в которой планируют добиться успеха, быть грамотным и нравственным человеком. Ребята планируют дальнейшее обучение, после окончания учебного заведения, в котором сейчас обучаются. Роль образования в их жизни оценивают на 5 и 4 балла. Получить «хорошее образование» для отвечающих, это стать компетентным, высококвалифицированным специалистом в какой-либо профессиональной области, получить престижную, высокооплачиваемую профессию, получить высшее образование, закончить учебное заведение на «хорошо» и «отлично». Считают, что для успешного трудоустройства на современном рынке труда необходим ли диплом университета/института/академии, залогом успешной жизни, является получение образования, уровень заработной платы и уровень образования напрямую взаимосвязаны. Но, к сожалению, большинство респондентов не видят наличие высшего образования, обязательным для современного человека.

Научно-исследовательская работа была посвящена изучению роли и значимости образования для современной молодежи. Материалы работы позволяют сделать ряд выводов.

Во-первых, изучила литературу, Интернет-ресурсы по теме работы.

Во-вторых, были рассмотрены основные нормативно-правовые акты, регламентирующие образовательную деятельность в Российской Федерации.

В-третьих, в ходе работы я выяснила, что Образование – это процесс и результат усвоения человеком систематизированных знаний, навыков и умений, развитие ума и чувства, формирование мировоззрения и познавательных процессов.

В-четвертых, с целью подтверждения или опровержения гипотезы проектирования мною был проведен анализ статистических данных, отражающих уровень образования населения России и анкетирование разных возрастных категорий современной молодежи о роли образования.

Для более полного раскрытия темы работы, мною было проведено анкетирование современной молодежи о роли образования в их жизни. Была предложена анонимная анкета - Google Форма: «Роль образования для современной молодежи», состоящая из 10 вопросов.

В анкетировании приняло участие 247 респондентов, относящихся к разным возрастным категориям современной молодежи.

Поставленная цель достигнута, гипотеза исследования: образование играет важную и возрастающую роль для современной молодежи полностью доказана.

В современном обществе образование является важнейшим средством достижения успеха и символом социальной позиции человека. Расширение круга высокообразованных людей, оказывают воздействие на социальную мобильность в обществе, делают его более открытым и совершенным.

Библиографический список

1. Орехов В.Д. Прогнозирование развития человечества с учетом фактора знания: Моногр. – Жуковский: МИМ ЛИНК, 2015. – 210 с. <http://world-evolution.ru/monografiya/>
2. Основные результаты международного исследования PISA-2012. Российская академия образования. http://www.rtc-edu.ru/sites/default/files/files/news/PISA%202012_results.pdf.
3. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/12136> - Все об образовании.
4. <https://ktonanovenkogo.ru/voprosy-i-otvety/obrazovanie-chto-eto-takoe-ego-funkcii-vidy-urovni-stupeni.html> - Функции образования его виды и ступени.
5. <http://www.edu.ru/> -Федеральный портал Российского образования.
6. Перфилова И.С. Роль образования в жизни современного человека.
7. Головача Е. И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности / Психология личности в трудах отечественных психологов. СПб., 2005. - 266-267 с.
8. Сушко В. Добровольский Ю.А. Высшее образование как фактор, влияющий на выбор жизненной стратегии современной молодежи / Экономика, социология и право, 2017. - 92 с.
9. Хижкина Н. А. Влияние семьи на формирование ценностных ориентаций подростков. / Вестник Тамбовского университета. Серия: гуманитарные науки. 2005, № 10. - 142 с.

Пайтуева Татьяна Баировна
пгт. Селенгинск ГАПОУ "Байкальский базовый медицинский колледж
Министерства здравоохранения Республики Бурятия"
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс, 633 группа.
Научный руководитель - преподаватель хирургии Кибалина Н.Г.
tpaytueva@bk.ru

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ

Введение

Медицина-это наука и практика ухода за пациентом, управления диагностикой, прогнозом, профилактикой, лечением, паллиативным лечением его травмы или заболевания и укрепления его здоровья.

Медицина охватывает различные методы здравоохранения, разработанные для поддержания и восстановления здоровья путем профилактики и лечения заболеваний. Проблема формирования здоровья студенческой молодежи, а также способов его сохранения и укрепления относится к числу недостаточно разработанных.

Высокая цена здоровья занимает самую верхнюю позицию в иерархии человеческих потребностей. Это обусловлено тем, что реализовать свой интеллектуальный, нравственный, физический и репродуктивный потенциал может только здоровый человек. Каждому индивиду присуще желание быть здоровым и сильным, сохранять как можно дольше активность и достичь плодотворного долголетия. Отсюда право человека на здоровье - одно из неотъемлемых.

Согласно формулировке ВОЗ, «здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков».

Однако определение понятия здоровья, данное экспертами ВОЗ, не раскрывает его комплексность. С точки зрения целевой функции здоровья, В.П. Казначеев дает следующее определение данного понятия:

«Здоровье — это процесс сохранения и развития биологических, психических, физиологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни». Исходя из этого, целью здоровья является «обеспечение максимальной продолжительности активной жизни».

Студенческая молодежь — это категория граждан, здоровье которой неразрывно связана с понятием «риск». Проблемы социальной обусловленности ухудшения индивидуального здоровья студенческой молодежи являются традиционной темой для обсуждения в рамках социологической науки.

Содержание

Здоровье студенческой молодежи все более осознается как первостепенная задача государства, общества и всех его социальных институтов.

Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием учебы в ВУЗе. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, кризис нравственных ценностей, неуверенность в своем будущем, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций. В своей работе Попова А.В. и Шнейдер О.С. отмечают, что стремление к достижению здоровья за счет какого-либо одного средства принципиально неправильно, поскольку не охватывает всего многообразия взаимосвязей функциональных систем, формирующих организм человека, и связей самого человека с природой - всего того, что в конечном итоге определяет гармоничность его жизнедеятельности и здоровья.

По прогнозам ряда исследователей, число студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, т.е. категории студентов с отклонениями в состоянии здоровья, может достигнуть 50 % от общего количества. В соответствии с факторной моделью здоровья нового поколения на долю образа жизни приходится 50-55%, на экологическое состояние среды - 18-20%, роль наследственности оценивается в 15-20%,

здравоохранения - в 10-15%. Этим обусловлена необходимость изучения образа жизни студентов.

Здоровый образ жизни

Здоровый образ жизни студенчества является важнейшим социальным фактором, влияющий на основные сферы жизнедеятельности общества.

Образовательные учреждения призваны формировать прочную жизненную установку на здоровье и здоровый образ жизни на различных этапах развития. Данная установка является ведущей в системе воспитания студентов в ВУЗе.

Основными аспектами здорового образа жизни студенческой молодежи являются режим труда и отдыха, двигательная активность, личная гигиена, неприятие вредных привычек, рациональное питание, экологически грамотное поведение, профилактическое мышление и др.

Здоровый образ жизни влияет на формирование социальной микросреды, в условиях которой возникают реальные предпосылки для высокой творческой самоотдачи, работоспособности, трудовой, учебной и общественной активности, психологического комфорта, наиболее полно раскрывается психофизиологический потенциал личности, актуализируется процесс ее самосовершенствования. В условиях здорового образа жизни ответственность за здоровье формируется у студента как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни.

Риски

Понятие «риск» впервые было определено еще в словаре В.И. Даля, где рассматривается путем анализа глагола «рисковать». В данной трактовке первое значение термина характеризует активное, сознательное действие человека с надеждой на удачу в условиях неопределенности итога действий. Вторая трактовка показывает, во-первых, что результатом действия может быть также неудача, и, во-вторых, какая именно неудача. В первом случае акцентируется вероятность неуспеха (степень риска), во втором подчеркивается содержание возможных отрицательных последствий действия (в чем состоит риск).

По определению К.А. Гаврилова риск - это решение (действие), следствием которого может быть некоторое ожидаемое негативное последствие, существенное с точки зрения действующего субъекта (влияющее на осуществление действия).

В качестве исходного тезиса принимается связь риска с действием и действующим субъектом: риск существует лишь при наличии субъекта и возможности действия.

Подходы к классификации социального риска многочисленны и разнообразны. Так, М.Уайтхед и Дж. Далгрэн представляют социальные риски здоровья в виде «слоев» влияния, начиная от индивидуального и заканчивая уровнем общества в целом. Центром такой структуры является человек с его неизменными характеристиками, такими как пол, возраст, наследственные факторы. Далее идут 4 слоя: первый - это особенности характера и образ жизни, второй - отношения между людьми, третий - условия жизни и работы (включает в себя факторы инфраструктуры) и четвертый - общие социально-экономические условия, уровень культуры, окружающая среда и т.п.

Известный отечественный специалист в области социальной гигиены и общественного здоровья Ю.П. Лисицын, утверждая, что здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы, относит к таковым деятельность служб здравоохранения и образ жизни, причем образ жизни полагается им фактором наиболее значимым, оказывающим влияние на здоровье человека на 50%. Фактор образа жизни Ю.П. Лисицын представляет как производственную, общественно-политическую, внеуродовую и медицинскую активность человека.

Н.Л. Русинова группирует социальные риски здоровья в три категории: социально-структурные, социально-психологические, поведенческие. В числе социально-структурных факторов отмечаются пол, возраст, образование, материальное положение, семейное положение, наличие детей в семье. Группа социально-психологических факторов включает в себя стрессовые события жизни, хронические стрессоры, связанные с различными жизненными обстоятельствами, личностные психологические ресурсы. Среди поведенческих факторов изучаются превентивная физическая активность, курение, потребление алкоголя, правильность питания. В данном исследовании демонстрируется самооценка здоровья респондентами по трем составляющим: общая самооценка, оценка физического самочувствия и психического здоровья.

Особое внимание уделяется проблеме гендерных различий в самооценке своего здоровья. Во-первых, как часть общества, оно подвержено влиянию его объективных условий, т.е. внешних по отношению к нему угроз социального риска. Находясь в самом начале жизненного пути, молодые люди больше рискуют остаться без образования, не найти работы, не создать семьи, подвергнуться маргинализации. Во-вторых, социальное взросление отражается в приобретении и изменениях собственного социального статуса в ходе интеграции молодежи в структуру общества, а также в характере ее идентификаций с различными социальными группами. Выбор идентификационных образцов и стратегий поведения составляет существо внутреннего или субъективного риска, который является неотъемлемой частью выбора самостоятельного жизненного пути, а также локомотивом самореализации и социального продвижения. В-третьих, источником социального риска становится такое свойство, как ее имманентное стремление к новому, неизведанному и меньшая рефлексия по поводу возможных последствий от соприкосновения с неопределенностью. При этом смелость и легкость, с которой молодые люди идут на риск, редко уравнивается, сколь-нибудь строгой оценкой вероятности выигрыша и проигрыша. Вот почему в среде студенчества так распространен немотивированный риск, а опасность ошибки так велика».

Факторы риска

Особую медико-социальную значимость в ухудшении состояния здоровья населения имеет проблема алкоголизации. По оценкам некоторых экспертов реальное число больных «бытовым» алкоголизмом составляет от 5 до 29 млн. человек, при этом высокими темпами растет число женщин фертильного возраста и молодежи, злоупотребляющих алкоголем. В России уровень потребления алкогольных напитков на душу населения в последние годы значительно возрос и составляет от 15 до 18 литров за счет неучтенного алкоголя, при этом критическим для безопасности и здоровья нации считается уровень 8 литров. Среди стран с наибольшим уровнем потребления алкоголя Россия выделяется максимальным уровнем алкогольной смертности. С приемом алкоголя сопряжено рискованное поведение населения

и потеря человеческих ресурсов, обусловленная высоким уровнем суицидальной активности населения, смертельных механических травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения. Доля лиц молодого возраста умерших в результате острого отравления алкоголем в последние годы составляет почти 20 %, при этом реальные «скрытые» потери населения, сопряженные с приемом алкоголя, намного выше. Алкоголизация населения влияет не только на формирование потерь от острых отравлений алкоголем и внешних причин, но и от соматической патологии, на фоне употребления этилового алкоголя. Среди лиц молодого возраста, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, более 50 % на момент наступления смерти находились в состоянии алкогольного опьянения.

Одним из важнейших факторов, определяющих образ и качество жизни человека, является психологический климат в семье, который способствует формированию и сохранению здоровья членов семьи. К обратным явлениям приводят «дисфункции семьи», что чаще наступает в семьях медико-социального риска (неполные, малоимущие, многодетные, юные) и социопатических семьях (родители-наркоманы, пьющие, правонарушители, с девиантным поведением, жестоким обращением). Многочисленными исследованиями установлено, что воспитание в сложной или многодетной семье является мощным негативным фактором, влияющим на здоровье подрастающего поколения. Здоровье отдельных членов семьи во многом определяется семейно-бытовыми условиями, уровнем взаимоотношений членов семьи, состоянием здоровья родителей, наличием у них вредных привычек. Так состояние здоровья детей хуже из семей, сформированных юными женщинами, первородящими матерями в возрасте старше 30 лет, в многодетных семьях, что объясняется неблагоприятным воздействием неудовлетворительных материально-жилищных условий жизни, наличием вредных привычек, низкой медицинской активностью матерей.

Психологический климат в семье определяет устойчивость внутрисемейных отношений, стабильность брака, оказывает решительное влияние на развитие, всех членов семьи и является важным фактором эффективности функций жизнедеятельности семьи, состояния её здоровья в целом. Для благоприятного психологического климата характерны чувство защищённости и эмоциональной удовлетворённости. Такой климат способствует снятию стрессовых состояний, повышению оценки собственной социальной значимости и реализации личностного потенциала каждого члена семьи. При неблагоприятном психологическом климате в семье ее члены испытывают тревожность, эмоциональный дискомфорт, отчуждение, это ведет к психической напряжённости и повышению уровня тревожности. Неблагоприятный семейный климат, порождаемый чрезмерной занятостью родителей, отсутствие возможности для удовлетворения потребностей и интересов детей, по мнению Н.М. Римашевской, является пусковым фактором в формировании психологического и психического неблагополучия в юношеском возрасте.

Обобщая вышесказанное, можно констатировать, что на формирование здоровья подрастающего контингента оказывает влияние комплекс факторов, характеризующих образ и условия жизнедеятельности индивида в семье и в процессе достижения социальной зрелости. К сожалению некоторые из данных факторов (низкие материальные возможности семьи) являются управляемыми только в рамках социально-экономических мер на уровне государства. Тем не менее, такие факторы как пищевое поведение, соблюдение режима труда и отдыха, медицинская активность, здоровье разрушительное поведение являются управляемыми и дают эффект снижения хронической патологии почти в 2 раза.

Необходимым условием для этого является пропаганда, направленная на формирование осознанной мотивации к ведению здорового образа жизни молодежью и укреплению духовно-нравственных основ жизнедеятельности российского общества.

Заключение

Социальными факторами риска следует считать все условия, порождаемые совместной деятельностью людей как членов общества и повышающие вероятность наступления некоего негативного события. Социальные факторы риска могут проявляться на различных уровнях (в соответствии с уровнями существования социального). Само по себе вузовское образование должно являться центром управления здоровьем студентов. На сегодняшний день реалии таковы, что в современном вузовском образовании существует множество факторов риска, влияющих на здоровье студенческой молодежи (компьютеризация, интенсификация обучения, снижение двигательной активности). По сути все это способствует гиподинамии, ослаблению мышечной системы организма студентов, а он рассчитан на значительные двигательные объемы, в которых испытывает большой дефицит.

Поэтому низкая продуктивность студенческой молодежи в образовательном процессе свидетельствует о неблагоприятных воздействиях факторов риска на формирование здоровья студентов и обуславливает необходимость разработки и реализации комплексных подходов по формированию здоровья и здорового образа жизни.

Исходя из фактов о месте молодежи в социальной структуре и различных факторов, влияющих на данную группу, можно оценить степень включенности молодежи в социальную жизнь. Стоит отметить, что современный мир находится на этапе активной информатизации, происходит разделение по сферам знания, и далеко не все члены общества оказываются востребованы в формируемой социальной пирамиде, особенно легко проследить «невостребованность» молодежи. Она наиболее четко выражена в молодежной безработице и сложностях получения желаемого рабочего места, типа и учреждения образования, что часто затруднено вступительными конкурсами или более высокой оплатой в университетах, чем для мало престижных специальностей. Несомненно, есть специальности, где требуются исключительно молодые люди, но заранее предполагается, что молодой человек – в большинстве случаев студент – не задержится долго на данной вакансии, в таких местах работ обычно наблюдается высокая текучесть кадров. Что касается институтов государства и власти, молодежь проявляет свою инициативу в данном аспекте лишь в том случае, если эти институты непосредственно касаются их получаемой специальности. Институт семьи для молодежи представляет в настоящее время все меньшую ценность, что зачастую вызвано нестабильной социально-экономической ситуацией в стране. Из этого всего достаточно легко сделать вывод о том, что об активной включенности молодежи в социальную жизнь не может быть речи, поскольку некоторые социальные институты напрямую отвергают востребованность молодежи, а другие в настоящее время не имеют для них ценности. Максимум включенности молодежи в социальную жизнь можно наблюдать разве что по их взаимодействию с малыми социальными группами и собственными неформальными группировками. То есть, несмотря на всю открытость и

амбициозность молодежи в РФ, на данную социальную группу давит большое количество внешних факторов, не позволяющих им реализоваться в полной мере.

Библиографический список

1. Самарин А.В. Влияние факторов риска на формирование здоровья студенческой молодежи // Современные проблемы науки и образования.
2. Тер-Геворкова, Н. К. Социальное здоровье современной молодежи российского общества / Н. К. Тер-Геворкова. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2019. – № 12 (250). – С. 237-241. – URL: <https://moluch.ru/archive/250/57339/> (дата обращения: 30.01.2023).
3. Бормотов И. В. Влияние социальных факторов на состояние системы ценностей современной российской молодежи // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 2386–2390.

Михайлова Дарья, Гончарук Петр
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научные руководители – преподаватели гуманитарных дисциплин
Л.А. Ишуткина, О.В. Чижова
E-mail: bmk.06@mail.ru

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

Социально-экономический заказ общества на подготовку специалистов, обладающих не только умениями и навыками оказания квалифицированной медицинской помощи, но и моральными, этическими и нравственными основами, выдвигает новые требования к медицинскому образованию.

Особенно актуальным представляется, на наш взгляд, формирование профессиональной направленности студентов медиков как интегративного качества личности будущего специалиста. Эти качества характеризуются устойчивым интересом к будущей профессии, и включают широкий спектр знаний по проблемам этики, деонтологии, и других специальных дисциплин.

Профессиональное самоопределение личности происходит под влиянием различных факторов, одним из основополагающих факторов в этом процессе является влияние семьи, её профессиональная история, традиции, социальные установки.

Начиная свой профессиональный путь, каждый человек сверяется с тем образом, который он наблюдал в течение жизни, поэтому, где еще, как не в семье, данный образ формируется достаточно ясно и полноценно. Если члены семьи занимаются одной и той же профессией, то здесь уместно говорить о таком понятии, как преемственность. Понятие преемственность необходимо рассматривать как передачу социальных и культурных ценностей от поколения к поколению и усвоение этих ценностей каждым новым поколением как значимых для своего становления и развития.

Преемственность становится профессиональной тогда, когда объектом передачи из поколения в поколение становятся профессия и определенные профессиональные ценности, посредством многопоколенной профессиональной преемственности образуется такой феномен, как профессиональные династии.

Феномен профессиональных династий обуславливается, в первую очередь, семейными отношениями, ведь профессиональная преемственность в семье возникает посредством того, что близкие родственники помогают выбрать сферу трудовой деятельности, профессию, место приложения труда, своим активным участием и влиянием, в некоем роде, определяют скорость трудового старта и направление трудовой деятельности.

Профессиональные династии — это локализованная в производственной и социально-экономической сфере социальная группа, характеризующаяся кровнородственными отношениями, в которой несколько поколений осуществляют свою профессиональную деятельность в одной сфере. Феномен профессиональной династии следует понимать, как обусловленный семейными отношениями процесс профессиональной социализации личности, в семейной группе, где особое место занимает ценность труда и отношение к профессии, а также как семейную группу, члены которой из поколения в поколение работают в одной профессиональной сфере.

Профессиональные династии как правило формируются за счет влияния семейного климата, то есть за счет усвоения норм и традиций, которые существуют в родительской семье.

Члены той или иной профессиональной династии одновременно с усвоением общественных норм и правил усваивают особенности и характерные черты профессиональной деятельности родителей, посредством коммуникаций в семье посещают места работы отца или матери, знакомятся с трудовой атмосферой, благодаря чему трудовая адаптация протекает эффективнее и проще. Также возникающие профессиональные династии характеризуются сформировавшимся комплексом условий рынка труда или престижностью той или иной профессии в обществе.

Цель нашего исследования: выяснить, влияет ли семья на профессиональное самоопределение личности студента Биробиджанского медицинского колледжа.

Задачи исследования:

1. Определить отношение студента к понятию трудовая династия.
2. Выяснить, есть ли у студентов нашего колледжа в семье трудовые медицинские династии и повлияла ли семья на выбор их профессии.

Объект исследования: профессиональные династии.

Предмет исследования: влияние семьи на профессиональное самоопределение студента БМК.

Гипотеза: мы считаем, что семья, в которой складываются династии влияет на выбор профессиональной деятельности молодого человека.

Было проведено исследование среди студентов нашего колледжа. В опросе приняло участие 207 студентов 1-4 курсов.

Опрос дал следующие результаты:

Что такое трудовая династия по вашему мнению?

Несмотря на то, что точного определения трудовой династии как статуса не существует, все респонденты, правильно понимают, что это члены одной семьи и их близкие родственники, работающие в одной профессиональной сфере, что в трудовых династиях

профессиональные навыки, особенности и специфика определённого вида работ передаются от родителей детям и усваиваются с детства. Это позволяет от поколения к поколению развивать и углублять профессиональные навыки, оттачивать мастерство. Кроме того, принадлежность к трудовой династии повышает у ее представителей профессиональную ответственность.

На вопрос, что является с вашей точки зрения самым большим плюсом профессиональных династий большинство респондентов ответили, что это возможность передачи профессионального опыта (83,4%) и сохранение традиций профессии (34,4%) и семейных ценностей (32,5%) (Рисунок 1).



Рисунок 1. Плюсы профессиональных династий

Это указывает на то, что работа в одной сфере способствует сплочению семьи: родственникам всегда есть, о чем поговорить, что обсудить, профессия связывает их на всю жизнь, и отношения между поколениями в таких семьях очень близкие.

Кроме того, многое из того, о чем другие молодые специалисты узнают лишь спустя годы собственной практики, представители медицинской династии будут знать уже на студенческой скамье.

Родственники могут оказывать поддержку при трудоустройстве и в осуществлении трудовой деятельности. Часто такие специалисты быстрее вливаются в коллектив, быстрее осваивают свою профессию и оказываются более готовыми к работе в морально-психологическом плане.

Семья постоянно претерпевает трансформации в общественном сознании и исторических реалиях, вследствие чего изменяются и профессиональные предпочтения различных поколений, поэтому большой интерес представляет изучение профессиональных предпочтений различных поколений.

Вопрос о профессиональной занятости старшего поколения семей студентов БМК показал, что в занятости старшего поколения (матерей, отцов, бабушек и дедушек студентов) преобладают такие сферы, как медицинские работники, рабочие профессии, государственные служащие, учителя и военные (Рисунок 2).



Рисунок 2. Профессиональная занятость старшего поколения

Мы видим, что ведущей является медицинская отрасль. Из 207 опрошенных 101 студент имеет в старшем поколении медицинского работника.

На вопрос «Есть ли (были ли) медицинские работники среди других ваших родственников?» 129 студентов ответили положительно, что составляет 62% (Рисунок 3).



Рисунок 3. Наличие медицинских работников среди других родственников

Тем, кто ответил положительно, было предложено указать этих родных. Среди них: тети, дяди, братья, сестры (Рисунок 4). Здесь хочется отметить, что медицинская профессия наиболее распространена по женской линии.

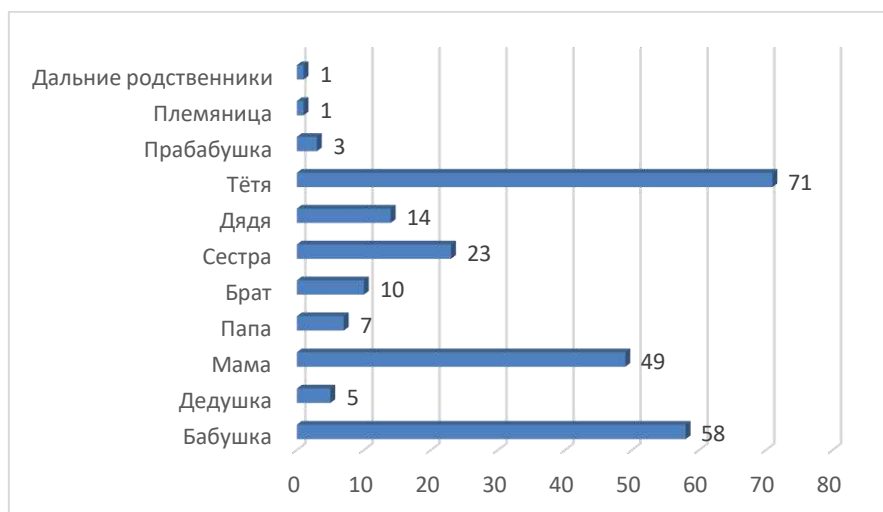


Рисунок 4. Родные в медицинской профессии

Следующей задачей исследования являлось определить, распространен ли такой феномен, как профессиональные династии среди студентов нашего колледжа, какие это династии и есть ли среди них медицинские. Для этого студентам был задан вопрос «Есть ли в Вашей семье или у близких родственников профессиональные династии (профессии, встречающиеся из поколения в поколение)» (Рисунок 5).

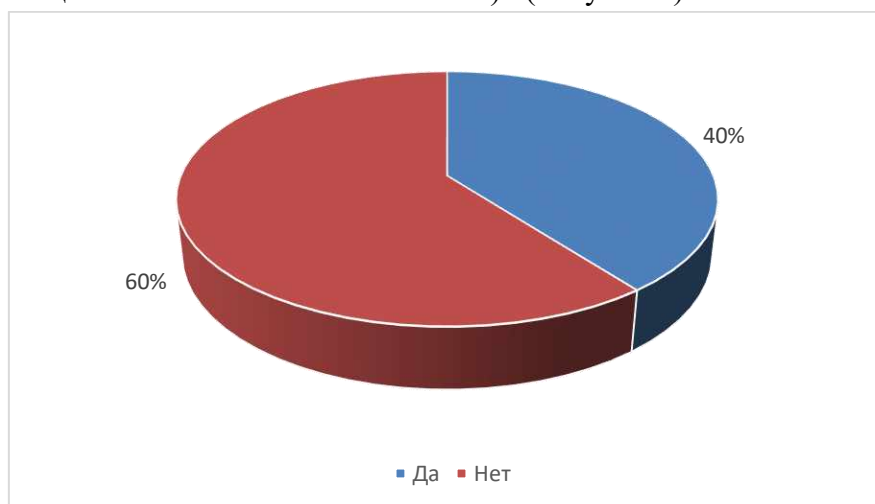


Рисунок 5. Наличие трудовых династий в семьях студентов

Положительный ответ в этом вопросе дали 82 человека, что составляет 39,6 % из всех опрошенных, то есть трудовые династии в семьях наших студентов присутствуют. Для того, чтобы определить, какие именно профессии составляют ту или иную династию студентам было предложено назвать семейные профессии (Рисунок 6).

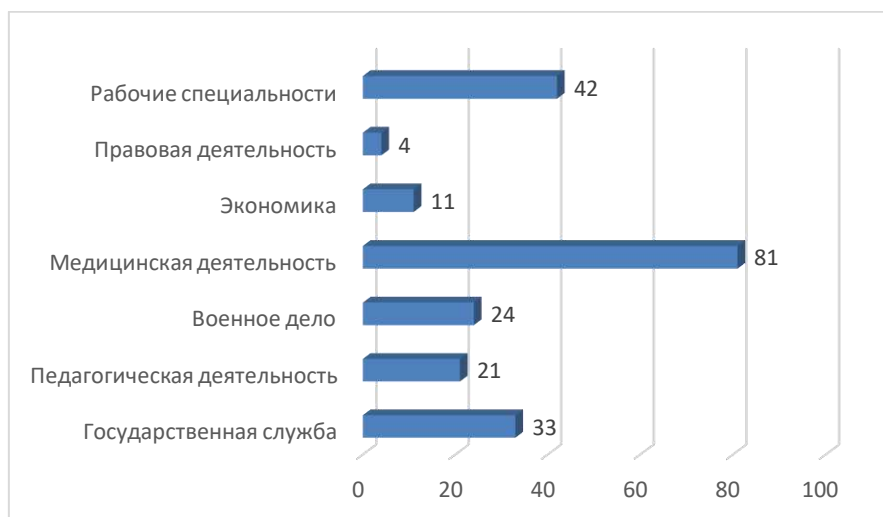


Рисунок 6. Виды трудовых династий среди респондентов

Самыми распространенными династическими профессиями среди семей наших студентов стали медицинские работники, рабочие специальности, государственная служба, учителя и военные, среди них лидирует медицинская деятельность. Можно сделать вывод, что медицинские династии в семьях наших студентов присутствуют.

Анализируя результаты опроса о количестве членов семьи, работающих или работавших в медицине по каждой учебной группе отдельно, мы выяснили, что есть студенты, в чьих семьях по четыре, пять и даже шесть членов семьи медицинские работники. Так в группе 10 СД есть студентка, династия которой состоит из бабушки, мамы, дяди, тети, брата и сестры, старшее поколение которой врачи. В группе 20 СД династия из бабушки, дедушки, мамы, папы и брата, среди которых врачи, фельдшера и медицинские сестры. Получив такие данные, наша группа приняла решение в следующем учебном году продолжить исследование на эту тему, и подробно изучить эти династии.

Группа	Количество членов семьи, работающих (работавших) в медицине					
	1	2	3	4	5	6
10 СД	6	6	3			1
11 СД	6	1	1			
20 СД	2				1	
21 СД	9	2	1	1		
30 СД	11	1	1			
31 СД	9	4	1			
12 ЛД	7	2	1			
13 ЛД	11	2	2	1		
22 ЛД	9		2	1		
23 ЛД	9	3	3			
32 ЛД	4	1				
33 ЛД	9	1	1			
42 ЛД	1					
43 ЛД	5	1		1		

Планирование своего будущего всегда происходит в контексте представлений, установок и ценностей семьи и близкого окружения. Повлияла ли семья на профессиональный выбор наших студентов? Чтобы показать степень профессиональной преемственности в семьях наших студентов мы задали вопрос «Какую профессию ваши родители считают(ли) самой лучшей для вас?» (Рисунок 7).

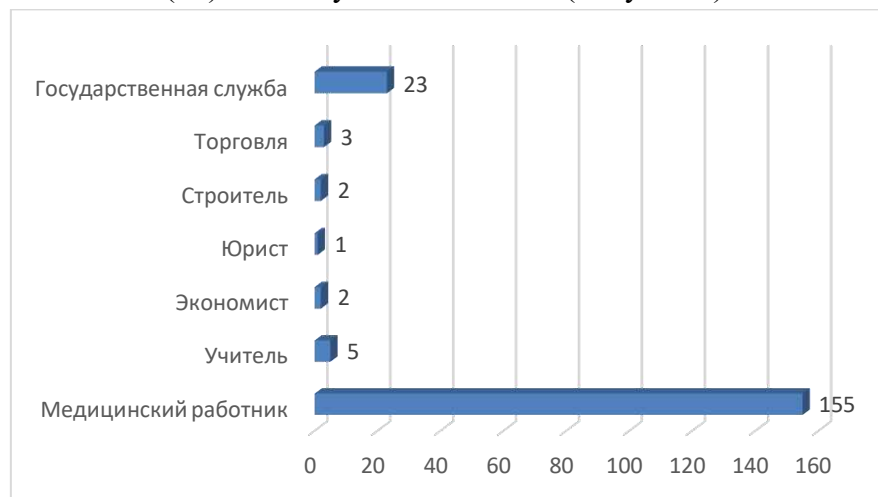


Рисунок 7. Уровень профессиональной преемственности

На графике видно, что в 155 семьях студентов нашего колледжа, что составляет 74,9% всех опрошенных, родители считают лучшей для своих детей профессию медицинского работника. Мы думаем, что это обусловлено не только профессиональной преемственностью, но и довольно высоким престижем данной профессии, а также востребованностью на рынке труда, которая обусловлена социально-политической ситуацией в данный период времени.

Анализируя вопрос о том, от кого исходило желание выбора профессии медицинского работника можно сказать, что практически все студенты решение о поступлении в наш колледж принимали самостоятельно (78,3% опрошенных). Дети, родившиеся в семье медиков, видят, какая важна и благородная профессия у их родителей и решают продолжить династию, основываясь на своих убеждениях. Даже если никто специально детей не готовит к продолжению дела родителей и не склоняет к определенному выбору, дети в любом случае растут в специфической среде среди профессиональных книг, разговоров, привычек.

Бывает и так, что родители сознательно подталкивают детей к пути, по которому идут они сами. И в этом нет ничего плохого. Ведь родители хотят помочь ребенку, дать ему знания, поддержать его на жизненной дороге. А где, как не в своей профессии, они смогут оказать максимальную помощь и поддержку, подсказать что-то или посоветовать. Мы видим, что 21,7% (45) студентов, пришли к нам учиться по совету родителей или родственников (Рисунок 8).

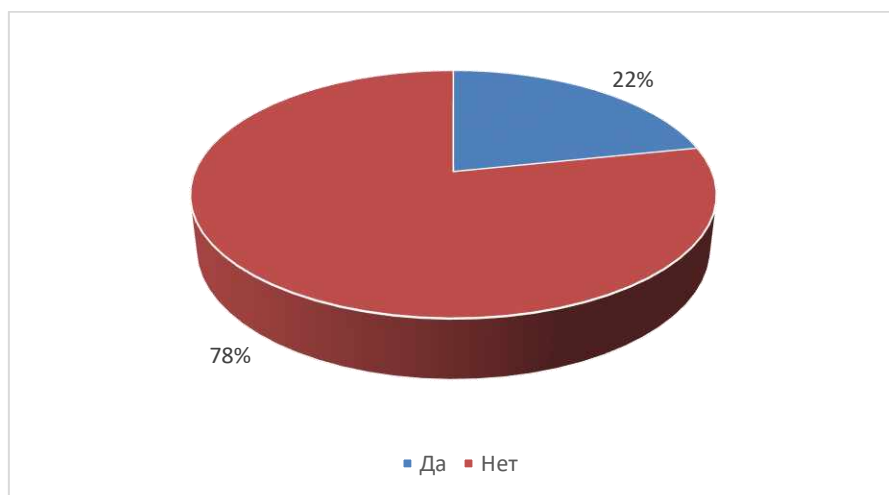


Рисунок 8. Ваш выбор профессии медицинского работника исходил из желания родителей, родственников?

Отвечая на вопрос о преимуществах профессии медицинского работника, студенты говорят о возможности самореализоваться, иметь стабильный заработок, возможность поднять свой социальный статус. Для некоторых студентов это социальный долг, обязанность перед обществом (Рисунок 9).



Рисунок 9. Преимущества профессии медицинского работника

Хотели бы наши студенты, чтобы их дети выбрали медицинскую профессию? Если нет, то почему? 51% опрошенных студентов не знают или не хотят, чтобы их дети пошли по их стопам. Они считают эту профессию очень ответственной и считают, что дети должны сами выбирать свой путь в жизни. (Рисунок 10, 11).

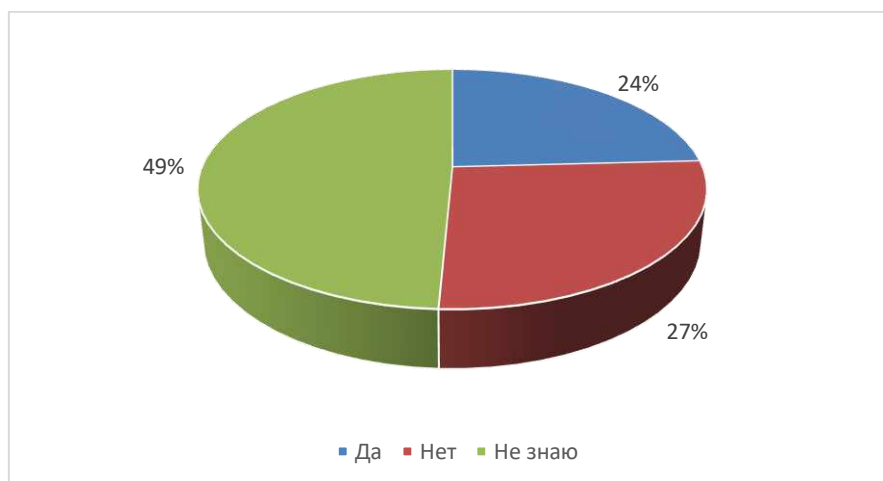


Рисунок 10. Хотели бы вы, чтобы Ваши дети выбрали медицинскую профессию?

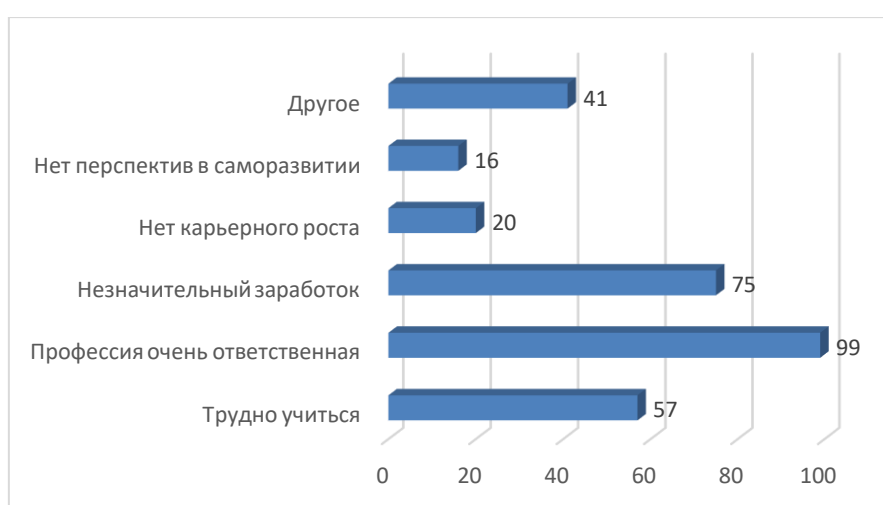


Рисунок 11. Если нет, то почему?

На основе полученных в ходе исследования результатов можно сделать следующие выводы:

Профессиональная преемственность в семьях наших студентов достаточно высокая, студенты в большей степени, не смотря на сложность этой профессии хотят повторить профессиональный выбор своих родителей, и практически все студенты решение о поступлении в наш колледж принимали самостоятельно.

Можно предположить, что данный факт обуславливается тем, что профессии, выбранные старшим поколением, являются достаточно распространенными и актуальными во все времена и довольно высокий престиж данной профессии обусловлен социально-политической ситуацией на рынке труда в данный период времени.

Но мы видим, что студенты из медицинских династий при поступлении в профильное образовательное учреждение чаще, чем их сокурсники из немедицинских семей, ориентируются на своё личное желание, следовательно, они более осознанно делают выбор в пользу данной профессии. Это связано с тем, что династийные студенты-медики имеют возможность с детства видеть и оценить всю специфику этой деятельности, её профессиональные издержки, и неосознанно для них самих это влияет на их профессиональную ориентацию.

Библиографический список

1. Калашникова К.А. Анализ функционального назначения феномена династичности в медицинской среде / К.А. Калашникова // Материалы IV Всероссийского социологического конгресса «Социология в системе научного управления обществом». Секция 39. Социология здоровья и медицины [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://all-russia-sc.ru>.
2. Посухова О. Ю. Профессиональная династия как результат семейных стратегий: инерция или преемственность? // Власть. — 2013. — № 12. — С. 100–103. 4 ВЦИОМ [Электронный ресурс]: Официальный сайт всероссийского центра изучения общественного мнения. — Режим доступа: <http://wciom.ru/>
3. Янгальшева Г.Х. Влияние семьи как социального фактора на профессиональное самоопределение молодежи / Г.Х. Янгальшева // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/>

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ КАК ОСНОВА ДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД

Окладникова Елизавета Константиновна
пгт. Селенгинск, ГАПОУ «Байкальский базовый медицинский колледж
Министерства здравоохранения Республики Бурятия»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс, 141 группа.
Научный руководитель – преподаватель профессионального цикла Иванова О.Б.
selenmed@yandex.ru

БЕСКОРЫСТНОЕ СЛУЖЕНИЕ ЛЮДЯМ

Актуальность. Помните, как все начиналось? Сначала были одинокие пациенты в крупных городах, которые привезли заразу из зарубежных поездок. Следом стали заполняться койки в инфекционных отделениях. Медицинские учреждения срочно эвакуировали и переделывали под обсерваторы. Легкие белые халаты сменили на непроницаемые чумные комбинезоны. Лица спрятали под тугими очками и неудобными респираторами. Ковидные палаты окрестили «красными зонами».

В одночасье больничные коридоры стали линией фронта необъявленной войны с неизвестным противником.

А в нашем сознании впервые за долгое время случился переворот. Мы поняли, что настоящие герои — это не «пустышки» из социальных сетей, не прожигатели жизни на яхтах и спортивных кортах, не дельцы и не рвачи, а люди в белых комбинезонах. Люди, готовые прийти к нам на помощь в самую тяжелую минуту, когда невыносимо больно, тяжело и страшно.

Но, к сожалению, сотни из них отдали жизнь, пытаясь спасти чужую...



Десятого февраля 2022 года на 70 году ушла из жизни замечательный человек, врач-акушер-гинеколог - Викторова Татьяна Леонидовна.

Вся ее жизнь – бескорыстное служение людям. Забота о людях, улучшение их здоровья были главными в ее жизни и в ее работе. Отзывчивая, чуткая, с чувством юмора, специалист высочайшего класса.

Викторова Татьяна Леонидовна родилась 5 июня 1952 года в городе Улан-Удэ в семье рабочих. Её мама, Безбородова Елена Ивановна, была председателем

сельсовета, а отец, Безбородов Леонид Прокопьевич, работал кочегаром паровоза на железной дороге. В семье Безбородовых было четверо детей: Виталий, Татьяна, Георгий и Александр. Татьяна, как единственная дочь, получала много любви и ласки, ее воспитывали ответственным, добрым человеком, способным дарить радость и безвозмездно помогать людям.

Она с малых лет хотела стать врачом, и, окончив школу, она поступила в Якутский медицинский институт, тем самым исполнив свою детскую мечту. Татьяна Леонидовна была поглощена медициной. Она старалась получать максимум знаний от учебы и везде достигать высоких результатов. Спустя 6 лет упорной учебы, 22 июня 1976 года Татьяна получила красный диплом по специальности акушер-гинеколог.

После окончания Якутского государственного медицинского университета в 1976 году и интернатуры в 1977 году приехала работать и в течение 45 лет неизменно трудилась в Кабанском районе.

С августа 1977 года начала свою деятельность врачом-акушером-гинекологом. С февраля 1992 в течение 13 лет занимала должность заведующего гинекологическим отделением. С апреля 2005 в течение 3 лет руководила Кабанским филиалом



Фонда обязательного медицинского страхования. С августа 2008 на протяжении 14 лет в тяжелых условиях кадрового дефицита врачей-гинекологов работала в Каменской участковой больнице, никогда не отказывала в помощи пациентам всего района.

Она обладала необычной трудоспособностью и природным талантом. Знания и опыт позволили Татьяне Леонидовне успешно реализовывать и развивать многие направления акушерско-гинекологической помощи, будучи районным акушером-гинекологом. Жители Кабанского района знали Татьяну Леонидовну как человека с активной жизненной позицией, она была

депутатом районного Совета в течение двух созывов, членом общественного Совета Администрации МО «Кабанский район» среди своих земляков и коллег в республике она пользовалась заслуженным авторитетом.

Татьяна Леонидовна была образцом высокой самоорганизации, интеллигентности, образованности и профессионализма, учила этому и других. За высокий профессионализм, добросовестность и ответственное исполнение своих обязанностей награждена и отмечена

высокими званиями: почетное звание «Заслуженный врач Республики Бурятия», медаль «За заслуги перед здравоохранением Республики Бурятия», почетная грамота Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Ветеран труда.

Татьяна Леонидовна всегда была отзывчивой, чуткой, неравнодушной к чужим проблемам, она несла радость и положительную энергию каждому, кто имел счастье с ней



общаться и работать. Безгранично преданная своей профессии медика Татьяна Леонидовна была удивительным человеком - милосердным и мудрым, щедрым и дружелюбным. Она всегда с улыбкой встречала новый день,

никогда не жаловалась на трудности и очень любила свою семью, свою работу и своих коллег.

В Каменской поликлинике поместили мемориальную доску в честь врача Татьяны Леонидовны Викторовой.

Татьяна Леонидовна стала работать в Каменской больнице акушером – гинекологом. Каким чутким, знающим доктором она была, помнят многие её пациентки. Тёплые слова на открытии мемориальной доски говорили коллеги по работе, медицинские сёстры Ларионова О.В, Елезова Г.М, врач Калашникова Е.К.

Главный врач Кабанской ЦРБ Михаил Батуев вспомнил, как ему работалось с Татьяной Леонидовной в районном Совете депутатов. У депутата Викторовой была принципиальная позиция. Она смело стучалась во все двери, отстаивала интересы жителей поселка, Каменской больницы в самые трудные годы её существования.

Доброе слово о докторе сказал глава района Алексей Сокольников. Каменчане поддерживали и сочувствовали родственникам, отмечали, какой заботливой Татьяна Леонидовна была женой, мамой, бабушкой.

Когда после всех слов с доски было снято покрывало, стало видно фотографию. На ней Татьяна Леонидовна в белом халате, с стетофонендоскопом на шее. Такая, какой её помнят. Только взгляд непривычно серьёзен. В жизни она была оптимисткой, улыбкивой и доброй.

«Погибла при исполнении профессионального долга в борьбе с пандемией коронавирусной инфекции» ... Светлая память светлому человеку.

Библиографический список



1. Районная газета «Байкальские огни» № 14 07.04. 2022г.

2. Каменская участковая больница - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Кабанская центральная районная больница» (xn----7sbaabcd0dldotfm4b2fxe3b.xn--p1ai)

3. Викторова Татьяна Леонидовна - Энциклопедия кандидатов (golosinfo.org)

Емельянова Ксения Максимовна
г.Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
31.02.05 Стоматология ортопедическая, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Богомолова С.С.
E-mail: svetik301172@mail.ru

ЧИТА – ГОРОД ТРУДОВОЙ ДОБЛЕСТИ

Великая Отечественная война 1941–1945 гг. стала особым, трагическим и героическим периодом в истории нашего края. На территории города не велись военные действия, однако читинцы внесли значительный вклад в достижение победы, обеспечив бесперебойное производство военной и гражданской продукции на промышленных предприятиях, располагавшихся на территории города, и проявив при этом массовый трудовой героизм и самоотверженность [1].

Актуальность данной работы обуславливается тем, что проблема патриотического воспитания в последнее время стала одной из актуальнейших. Вместе с тем она обретает новые характеристики и соответственно новые подходы к её решению.

Название «Город трудовой доблести» было присвоено городу Чита 9 сентября 2021 года. Оказалось, что многие из нас очень мало знакомы с этой темой. Тогда я и задумалась: важно ли вообще знать героическую историю своего города? И почему городам присваивают такие звания?

Объект исследования: Студенты ГПОУ «Читинский медицинский колледж, отделения «Стоматология ортопедическая».

Предмет исследования: Отношение студентов ГПОУ «Читинский медицинский колледж, отделения «Стоматология ортопедическая» к героической истории г.Читы.

Цель данной работы: выявить отношение студентов Читинского медицинского колледжа к истории города Чита, а также присвоению нашему городу звания «Город трудовой доблести».

Задачи: 1. Изучить источники по данной теме;

2. Установить отношение студентов ГПОУ «ЧМК» к идее присвоения звания Город трудовой доблести, к историческим событиям нашего города;

3. Сделать выводы и провести в группе классный час на тему: Чита – город трудовой доблести.

Чита — первый город Дальнего Востока, выступивший с идеей о присвоении звания «Города трудовой доблести». Историки, общественники, политологи, работники музеев и государственного архива провели большую работу по сбору подтверждающих право Читы на звание документов.

В годы войны в Чите работали 13 эвакогоспиталей и действовал окружной военный госпиталь. Излечение в них прошли тысячи бойцов и командиров Красной Армии (Рис. 1,2). На деньги медиков города и области строилась эскадрилья санитарных самолётов "Медработник Забайкалья" (Рис.3), за что была объявлена

благодарность
Верховного
Главкомандующего.



Рис. 1, 2. Выздоровливающие раненные одного из эвакогоспиталей. Чита. Фото из фондов Забайкальского краеведческого музея им. А.К. Кузнецова.



Значительным был вклад читинцев в постройку танковой колонны "Комсомолец Забайкалья" (Рис. 4). Колонна приняла участие в Курской битве – одном из важных сражений Великой Отечественной войны.

Рис. 3. Санитарный самолёт "Медработник Забайкалья".



Фото с сайта «Военный альбом»

Памятник на перекрестке улиц Горького и Бабушкина в Чите – танк Т-34 (Рис. 5) установлен 29 октября 1967 года и имеет надпись: «Самоотверженному труду Забайкальской молодежи, памяти тех, кто сражался на боевых машинах танковой колонны
Рис. 4. Танк «Комсомолец Забайкалья».

<http://waralbum.ru>

«Комсомолец Забайкалья». На передней части корпуса есть табличка «Танк подготовлен воинской частью 75094». Установка танка - важный этап сохранения

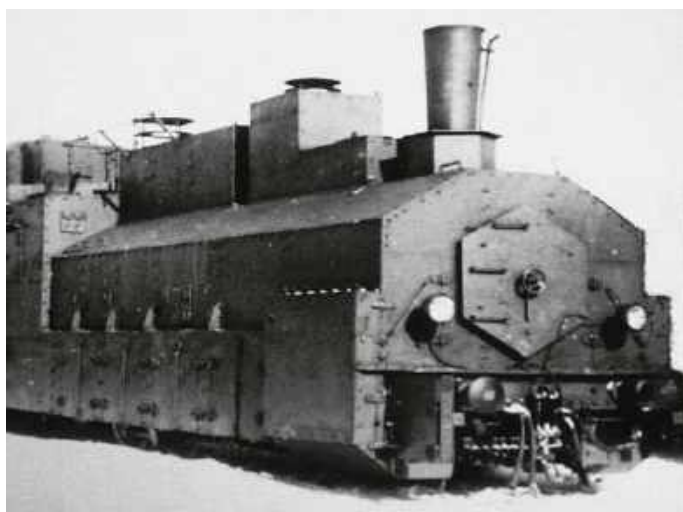
исторической правды о наших земляках, трудившихся в тылу и для последующих поколений [2].



Памятник на перекрестке улиц Горького и Бабушкина в Чите – танк Т-34.

Весомый вклад в Победу внесли работники Читинского паровозоремонтного завода. В 1942 году ими был изготовлен бронепоезд "Комсомолец", предназначенный для боевых действий в полосе железной дороги (Рис. 7). Кроме того, в годы войны рабочие завода освоили выпуск ранцевых огнеметов Ключева-Сергеева (РОКС-3), которые применялись во время Сталинградской битвы (Рис.8). За успехи в перевозках военных и народно-хозяйственных грузов

Рис. 6. Полушубки военного образца 1941 года.



Читинский овчино-шубный завод с июля 1941 года работал исключительно для нужд фронта – работники завода шили полушубки военного образца (Рис. 6) и существенно повысили производительность труда.

Рис. 5.



коллективу дороги в 1944 году дважды присуждалось переходящее Красное знамя Народного комиссариата путей сообщения (НКПС), а в 1945 году - дважды переходящее Красное знамя Государственного комитета обороны и столько же раз - знамя НКПС [1].

С целью выявления отношения студентов ГПОУ «ЧМК» к истории нашего города, а также присвоению нашему городу Рис. 7. Бронепоезд «Комсомолец». звания «Город трудовой доблести», было проведено анкетирование среди студентов I, II и III курсов отделения Стоматология ортопедическая в количестве 78 человек.

В результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Исторические места нашего города посещали 58 респондентов – 74% , не посещали никогда 20 человек – 26%.
2. 50% опрошенных – 39 человек, не знает (РОКС-3).
3. 71 респондент - 91% затрудняются ответить, за какие заслуги и когда было присвоено данное звание.
4. Основная часть опрошенных 47 человек - 60% считает, что город Чита достоин звания «Город трудовой доблести».
5. Многих студентов - 43 человека - 55% заинтересовала эта тема.

Таким образом, было выявлено, что большинство опрошенных студентов интересуется история нашей малой Родины, но далеко не все вникали в её подробности. В результате сделанных выводов мы решили провести в группах классный час на эту тему. А также организовать посещение музеев и исторических мест города Читы.

Изучая новый для меня материал, я поняла, что горжусь нашим городом Чита, нашей историей.

Библиографический список

- 1) Забайкальцы на фронтах Второй мировой войны: сборник статей/ Забайкальский государственный университет; ответственный редактор Е. В. Дроботушенко. – Чита: ЗабГУ, 2020. – 100 с.
- 2) <https://mir24.tv/articles/16475050/goroda-trudovoi-doblesti-chita>.



Рис. 8. Огнемёт Ключева-Сергеева

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ

Суворов Виктор Константинович,
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело», 3 курс
Научный руководитель - преподаватель ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
Щербакова Л.Е.,
liudmilascherbacova@mail.ru

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИИ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ

Анонс: В работе рассматривается дополнительная информация о развитие волонтерского движения, разъясняется понятие волонтер, исследуются причины вступления в волонтерские движения студентов медиков.

Мы живем в мире социальных инициатив и проектов. Сейчас уже не модно быть эгоистом и жить только для себя, актуальнее — участвовать в общественно полезных движениях, помогать тем, кто в этом нуждается. Людей, которые бесплатно работают на благо общества, называют волонтерами. Быть волонтером сложно, но интересно, это возрождение традиций милосердия и оказание помощи практическому здравоохранению.

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что в современных условиях волонтерство является одной из основных форм проявления социальной активности граждан во всем мире. Научно-исследовательская работа содержит теоретический материал, основана на литературных источниках и статистических данных, при выполнении изучены отечественные и зарубежные источники, а также использована информация интернет и официальных сайтов.

Объектом исследования является студенческое сообщество Камчатского медицинского колледжа очной формы обучения 1-4 курсов.

Предметом исследования является социальная активность студентов в волонтерской деятельности.

Цель исследование практическое изучение причин участия студентов в развитии волонтерской деятельности

В соответствии с целью в исследовании ставились следующие **задачи**:

1. Изучить литературные источники об участии в волонтерском движении.
2. Уточнить сущность понятия «волонтерское движение» и определить его возможности, цели и задачи.
3. Составить и провести опрос о мотивации участия в развития волонтерства.

Теоретическая база исследования является Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Камчатского края Камчатский медицинский колледж.

Методы исследования – теоретические (обобщение, сравнительный анализ, изучение и анализ научной литературы) и эмпирические (наблюдение, расчёты, опрос).

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы в организации волонтерской деятельности студентов других колледжей и техникумов, а также среди медицинских работников как амбулаторной, так и стационарной сети.

В основной части расписывается понятие «волонтерская организация», волонтер. Выделяются цели и задачи волонтерского движения.

Направления волонтерской помощи в оказании поддержки сферы здравоохранения в решении социально значимых проблем по таким приоритетным направлениям как:

1. Волонтерская помощь в медицинских организациях.
2. Санитарно-профилактическое просвещение.
3. Обучение первой помощи и сопровождение мероприятий.
4. Пропагандой здорового образа жизни.
5. Популяризация донорства.
6. Психологическая помощь населению.

Практическая часть исследовательской работы заключается в рассмотрении и изучении анализ регламентирующих нормативно - правовыми актами. Волонтерство становится новым трендом современной Российской реальности. Оно формирует у участников позитивные жизненные ценности и ответственность за свою страну, повышает доверие между государством и обществом, рождает чувство сопричастности. Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики» – ключевой общественный ресурсный центр медицинского волонтерства. Своей деятельностью волонтеры-медики повышают уровень медицинской грамотности населения и вносят вклад в формирование здоровья нации.

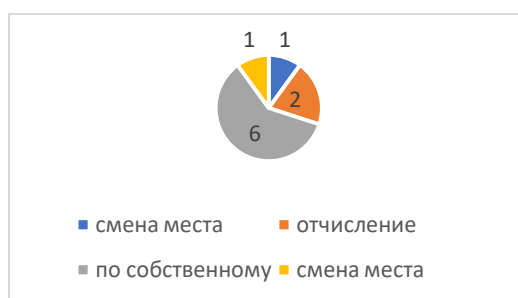
В целях осуществления совместной деятельности по развитию медицинского добровольчества и организации системной работы в рамках федерального и регионального плана ВОД «Волонтеры – медики» в феврале 2022 года на базе ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» был создан отряд «МОЛОДЕЖЬ». Отряд официально прошел регистрацию в местном отделении волонтеры-медики под руководством регионального координатора ВОД Камчатского края «Волонтеры – медики» Серовой С.Н.

Приказом по «КМедК» было назначено ответственное лицо из сотрудников образовательной организации для координации деятельности волонтеров образовательной организации для организации отряда из числа студентов – медиков.

Мной сделан статистический анализ результатов в сравнении по Камчатскому краю и ГБПОУ КК «КМедК» за 2022 год. Общее количество волонтеров медиков по Камчатскому краю 291 человек (100%), а в «КМедК» 38 человек, что составляет 13% от общего числа по краю. За год было проведено 50 добрых дел по Камчатскому краю, а в отряде «КМедК» – 15 мероприятий, что составляет 30 %. Количество отработанных часов – 6349 по Краю, а волонтерами «КМедК» - 93 часа (10%). Проведя статистику, делаю выводы о значении каждого отряда волонтерского движения не смотря на маленькие показатели работы по сравнению с Камчатским краем.



По мимо сравнения, был проведен анализ движения в отряде и выделены причины смены численности отряда. В начале 2022 года в отряде было 38 человек (100%). К концу года выбыло 10 человек (26%), а прибыло 12 (32%). И того на начало 2023 года состоит 40 (105%) человек, что превышает изначальную численность студентов, желающих заниматься волонтерской деятельностью. Так же были прослежены причины убытия из отряда. Смена места жительства - 1 (3%) человек, отчислены из колледжа за неуспеваемость 2 (5%) человек, по собственному желанию 6 (15%) человек, сменили волонтерское движение 1 (3%) человека.



Далее мной был проведен социологическое исследование в виде опроса, посвященное изучению мотивов, по которым студенты занимаются волонтерской деятельностью. В исследовании приняли участие 40 студентов с 1 по 4 курс по специальности: «Сестринское дело» и «Лечебное дело».

По результатам этого исследования были выделены следующие группы мотивов: внешняя мотивация - 5 человек (16%) действовали за компанию, и внутренняя мотивация – 28 человек (84%) респондентов выразили желание быть социально полезными.

У каждого был свой мотив, так 6 человек (19%) желали способствовать положительным изменениям в обществе, 3 человека (10%) изъявили реализовать собственную инициативу, 3 человека (10%) найти единомышленников, 10 человек (25%) проявить себя и реализоваться как личность, 5 человек (15%) интересно и с пользой провести досуг, 1 человек (5%) помогая другим, решить собственные проблемы.

Анализ проведенного статистического и эмпирического метода исследования показал, что для разных групп молодежи мотивы занятия волонтерской деятельностью, в которых сочетаются стремлением оказать всю возможную помощь тем, кто столкнулся с трудностями, проявить милосердие, заботу о них. Помогая другим людям, часть волонтеров - медиков ориентирована на развитие качеств, которые позволят в будущем заняться

управленческой деятельностью, продвигаться по карьерной лестнице, осуществлять эффективную коммуникацию с разными людьми, влиять на их сознание и поведение.

В связи с этим важной задачей при работе с волонтерами является фиксация мотивов их готовности взаимодействовать с теми, кто оказался в сложной жизненной ситуации. Следует акцентировать внимание на то, что волонтеры способствуют развитию таких личностных качеств, как совесть, чувство долга, ответственность, побуждающие использовать знания, умения для улучшения жизни других людей. Волонтер получает возможность более полно проявить свои способности в интересах больших групп людей, нуждающихся в разных видах материальной и иной поддержки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом на мой взгляд волонтерство – это путь к самодисциплине, самоорганизации, самоуправлению, саморазвитию и самовыражению.

Анализируя результаты проделанной работы, можно констатировать тот факт, что развитие волонтерского движения в Камчатском медицинском колледже – пример движения к успеху, качеству и профессионализму будущих специалистов с медицинским образованием. Именно волонтерское объединение, как один из ресурсов воспитательной среды, создает многомерную образовательную и социокультурную среду развития и профессионального становления будущих медицинских работников, способствуя развитию профессиональных и личностных качеств студентов, компетентных в избранной профессии.

Создание позитивного имиджа волонтера, как успешного молодого гражданина нуждается в мощной пропаганде, поддержке СМИ, в первую очередь, контролируемых государством. А также в содействии системы школьного и профессионального образования в виде поощрения.

Библиографический список

1. Алексеева Г. Г. Методологические подходы к исследованию волонтерства // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. № 8 (52). С. 31–34.
2. Волонтерский менеджмент: пособие для сотрудников и молодежных лидеров БОКК / сост. В. Колбанов. – М.: Политиздат, 2010. – 74 с.
3. Имаева Л. М. Волонтерская деятельность как фактор накопления и реализации социального капитала // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. № 10-1 (37). С. 164–166.
4. Коган Е. А., Квон Д. А. Изучение мотивов волонтерской деятельности среди студенческой молодежи // Перспективы науки и образования. 2019. № 4 (40). С. 116–125.
5. Сокол В.А., Походенко В.П. Волонтерство как ресурс личностно-профессионального развития будущих медицинских работников // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 10. – С. 297-301;
6. Певная М. В. Волонтерство как социальный феномен: управленческий аспект: дис. ... д-ра соц. наук. Екатеринбург, 2016. 368 с.

Лебедева Александра Владимировна,
Курмазова Антонина Витальевна,
г. Петровск-Забайкальский, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Николаева О.В.
E-mail: asya.aleksand.lebedeva@mail.ru,
tosya.kurmazova@bk.ru

ВОЛОНТЕРСТВО КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОЛОДЁЖИ

Волонтерская деятельность – одна из распространенных форм социальной активности молодежи, это добровольчество (осуществление благотворительной деятельности в форме бескорыстного труда, которое содействует подготовке молодежи к жизни в условиях меняющегося мира, формированию личности, способной приспосабливаться к социально-экономическим изменениям, устойчивой к воздействию негативных факторов внешней среды).

В современном российском обществе активно развивается волонтерская деятельность, являющаяся значимой сферой социального влияния и защиты прав личности, развития инициативы и активной гражданской позиции населения. В связи с этим, 2018 г. был объявлен Президентом Российской Федерации «Годом добровольца и волонтера».

В феврале 2018 г. Владимиром Владимировичем Путиным был подписан Закон о статусе волонтерских организаций, в котором устанавливается паритетность понятий «волонтерство» и «добровольчество», четко зафиксировано нормативно-правовое положение волонтерских организаций, руководителей волонтерской деятельности и волонтеров, а также дифференцированы полномочия органов власти в сфере поддержки и развития волонтерских организаций на основе утвержденных регламентов взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти регионов, органов местного самоуправления, подведомственных им государственных и муниципальных учреждений и других организаций с волонтерскими объединениями.

Основными этапами волонтерства выступают: выявление нуждающихся групп населения, непосредственное оказание помощи, взаимодействие с государственными и муниципальными учреждениями и общественными организациями, работающими с различными категориями населения, участие в общественных проектах, программах как своего субъекта, так и за его пределами.

Актуальность темы обусловлена тем, что в современных условиях, волонтерство является одной из основных форм проявления социальной активности граждан во всем мире.

Важнейшей задачей современного российского общества является воспитание здоровой, высокообразованной, патриотично настроенной, хорошо физически и культурно развитой, социально ответственной, нацеленной на повышение благополучия своей Родины молодежи. В связи с этим деятельность государства должна быть направлена в сторону создания условий для разностороннего развития своих молодых граждан, а также их неравнодушного отношения к социальной действительности с помощью вовлечения в общественно полезную занятость.

Одним из наиболее эффективных способов достижения этих целей признается популяризация в молодежной среде идей добровольчества и государственная поддержка отечественного волонтерского движения, которое способствует не только совершенствованию личности молодого человека, но и социально-экономическому развитию страны в целом.

На сегодняшний день волонтерская деятельность представляет собой довольно распространенную мировую практику. Однако в России ее возможности стали активно осваиваться обществом лишь недавно.

На сегодняшний день в России, добровольческая работа, помощь людям не считается нормой обыденной жизни, но, тем не менее, мы можем говорить, что в данное время волонтерство набирает силы. Всё больше говорят о волонтерстве, всё больше открываются благотворительных фондов и создаются волонтерские организации, в большинстве случаев молодёжь, приходят в эти движения и фонды.

Гипотеза: волонтерское студенческое движение может быть рассмотрено как механизм активизации и социализации молодёжи.

Целью исследования, является изучение степени активности волонтерской деятельности студентов и их дальнейшее вовлечение в ряды волонтеров.

Исходя из цели, необходимо решить следующие задачи:

1. Обосновать место и роль истории волонтерского движения в России.
2. Исследовать волонтерское движение в настоящее время.
3. Изучить качества, которыми обладает волонтер.
4. Рассказать об истории возникновения историю волонтерского движения Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» в городе Петровск-Забайкальский.
5. Показать работу волонтерского отряда «Здоровое поколение».

Объект проведения исследования: студенческая молодёжь в возрасте 15-21 года.

Предмет исследования: волонтерская активность молодого поколения.

Метод исследования: сбор, обобщение, систематизация и анализ полученной информации.

История волонтерского движения в России

Если не я, то кто?

(Девиз российских добровольцев)

Во всех странах волонтерское движение имеет глубокие корни. Не является исключением и Россия.

Можно сказать, что волонтерство на Руси началось с принятием христианства, вскоре после 988 года. Добровольцы приходили и приходят потрудиться в монастыри во славу Божию. Еще при Ярославе Мудром существовали сиротские училища, которые содержались за счет милостыни, собиравшейся с соседних деревень.

История волонтерства в допетровской России неразрывно связана с принципами христианской добродетели. Как в мирное, так и в военное время Церковь вдохновляла народ на бескорыстное служение, помощь и поддержку ближнего. Ярчайший пример — подвиг

Минина и Пожарского, добровольческая деятельность которых остановила тяжелейшую польскую интервенцию в тот момент, когда на краю гибели была вся Россия.

Дальнейшее развитие волонтерства в России тесно связано, с так называемым, «хождением в народ». Известный в XIX веке портрет кающегося дворянина, который шел в народ – одно из наиболее ярких проявлений волонтерства в России. Такими были первые деревенские врачи, учителя.

Первые «человеколюбивые общества» под внимательным присмотром императора в России были созданы еще в XVIII веке. В XIX веке возникли первые «некоммерческие общественные организации» – земства. Деятельность земств – весьма знаменательная веха истории волонтерства в нашей стране.

Одна из самых ярких страниц истории волонтерства нашей страны, и, в частности, волонтерства в Москве, связана с русско-турецкой войной. В конце 1870-х годов монахини московской Свято-Никольской обители стали первыми в мире сестрами милосердия, которые добровольно отправились на фронт для оказания помощи раненым бойцам.

К началу Первой мировой войны это добровольческое движение распространилось среди женщин-волонтеров и за рубежом (Красный Крест).

Волонтерство в России было не только организованным. Всегда находились энтузиасты, готовые помочь угнетенным и обездоленным, ведь это – в самом характере русского человека. Особенно трепетное отношение у многих было к заключенным. Большинство христоролюбивых русских людей считало своей обязанностью по праздникам, а порой и в будни, навещать «сидельцев», одаривать их деньгами и едой, ухаживать за ними.

После октября 1917 года волонтерство в России приобрело «добровольно-принудительный» характер. Инициативу полностью взяло в свои руки государство. Последняя негосударственная волонтерская организация, российский филиал Международного Красного креста, была закрыта в 1930-е годы.

В советском союзе социалистических республик слово «волонтер» употреблялось довольно редко. Ему предпочитали слова «доброволец» и «ополченец». Это вовсе не значит, что добровольчества в советском союзе социалистических республик не существовало.

Образ комсомольца-добровольца, сражавшегося в рядах Красной Армии, восстанавливавшего разрушенное войнами народное хозяйство, ехавшего покорять целину, оставил глубокий след в сознании русских людей.

Добровольческие отряды наравне с Красной Армией били фашистов в годы Великой Отечественной войны. Особо следует сказать о женщинах, которые добровольно уходя на фронт, не только возрождали традицию сестер милосердия, но и сражались наравне с мужчинами. Например, пронзительная повесть Бориса Васильева «А зори здесь тихие».

Все люди, старшего поколения, воспитаны на книге Аркадия Гайдара «Тимур и его команда». С именем Тимур мы связываем деятельность тимуровских команд, которая приняла массовый характер в послевоенные годы. Многие школы и пионерские дружины гордо носили имя Аркадия Гайдара. Пионеры стремились быть похожими на Тимура и его команду.

В начале 90-х годов XX века добровольчество в нашей стране постепенно начинает возрождаться, на каждом шагу сталкиваясь с множеством проблем. Одна из них – разобщенность и безынициативность молодежи.

После развала Совета Советских Социалистических Республик были разрушены основы коллективизма и взаимовыручки, доверия и милосердия. Низкий уровень жизни, порой граничащий с нищетой. Это и всеобщее недоверие, особенно среди тех, кому волонтеры оказывали поддержку, ведь проявление бескорыстия многих настораживало.

К середине 2000-х годов положение меняется в лучшую сторону. Стали появляться первые волонтерские ассоциации. Какие-то из них смогли заработать некий общественный капитал и выйти на новый уровень организации — региональный или даже федеральный. Количество участников различных волонтерских проектов понемногу увеличивается.

С 2010 года о поддержке волонтерских проектов официально объявило правительство.

В Забайкальском крае волонтерская деятельность активно поддерживается органами власти, в частности Администрацией Губернатора Забайкальского края и Министерством Образования, Науки и Молодежной Политики Забайкальского края. Проводится содействие в реализации проектов и программ, нацеленных на повышение уровня социальной, экологической, медицинской и других сфер жизнедеятельности общества.

Волонтерская деятельность в Забайкальском крае представлена множеством объединений, ассоциаций и отрядов, таких как Открытая Ассоциация волонтерских отрядов «ГородОК», Забайкальское региональное отделение Всероссийского общественного движения «Волонтеры Победы», «Союз добровольцев России» - Забайкалье, Волонтерский корпус «Молодежного Центра «Искра», СВО «Капитал», СПО «Ойкос» ЗабГУ, СВО «Вдохновение», СВО «Шаг навстречу», СВО «Солнце», «Серебряные волонтеры», Волонтерский отряд «Правнуки Победы». Отряд создан 1 октября 2020 года. Руководитель Селезнев Владислав Дмитриевич, студент лечебного факультета. Цель работы: Формирование духовно-нравственных ценностей в молодежной культуре, направленных на формирование гражданственности и патриотизма, воспитание любви к Родине.

Волонтерский отряд «Среда обитания». Дата основания май 2021, руководитель - Миллер Таисия студентка лечебного факультета. Целью отряда является добровольческое движение и привлечение молодежи к социально полезной деятельности. Основные направления работы отряда: формирование гигиенических навыков и установок на бережение здоровья у дошкольников; формирование гигиенических навыков и установок на бережение здоровья у школьников; профориентационная работа со школьниками.

Волонтерский отряд «Молодёжка ОНФ». В Читинской Государственной Медицинской Академии создан в 2019 году. Координатором является Валентина Цыдыпова, студентка педиатрического факультета. Отряд реализует деятельность в следующих направлениях: пропаганда здорового образа жизни среди молодежи города и края, работа с различными категориями населения, организация и проведение молодежных мероприятий и акций.

В ноябре 2017 года, указом президента Российской Федерации, был учрежден день добровольца (волонтера) - 5 декабря.

Сегодня добровольцем быть престижно. Это подтверждает то, что огромное количество молодежи изъявило работать волонтерами на Олимпийских играх в «Сочи – 2014». В подготовке Игр и их проведении приняли участие 25 тысяч волонтеров Оргкомитета «Сочи 2014». Кроме того, более 3 тысячи городских волонтеров, подготовленных городом Сочи, работали на городских объектах и площадках.

10 декабря 2017 года в России официально открылись волонтерские центры чемпионата мира по футболу. В них подготовили волонтеров к чемпионату мира — 2018. По всей России для Чемпионата мира нужны порядка 40 тысяч волонтеров, а в Нижнем Новгороде было подготовлено примерно 1,5 тысячи. Заявок на участие в центре ожидали около 8-10 тысяч.

В настоящее время российских волонтеров объединяют такие крупные организации, как Ассоциация волонтерских центров (с 2014 года; на постоянной основе работают более 200 тыс. волонтеров), "Волонтеры Победы" (с 2015 года; 159 тыс.), "Волонтеры-медики" (с 2013 года; 12,5 тыс.), Союз волонтерских организаций и движений (с 2009 года; более 7 тыс.) и другие.

На сегодняшний день в России нет единого федерального нормативного акта, который регулировал бы деятельность волонтеров.

Правовая основа заложена отдельными положениями ряда федеральных законов: "О благотворительной деятельности и благотворительных организациях" (1995), "Об общественных объединениях" (1995), "О некоммерческих организациях" (1996), "О добровольной пожарной охране" (2007), "О физической культуре и спорте" (2007), "Об организации и о проведении XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в городе Сочи, развитии города Сочи как горноклиматического курорта и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" (2007) и др. Во многих субъектах Российской Федерации действуют региональные акты, регламентирующие волонтерскую деятельность. Например, в Санкт-Петербурге, Республике Татарстан, Белгородской, Воронежской, Самарской областях и др.

В июне 2013 года на рассмотрение Госдумы Российской Федерации вносился законопроект "О добровольчестве (волонтерстве)", однако он не был принят.

В декабре 2016 года президент Российской Федерации Владимир Путин заявил в послании Федеральному собранию о необходимости "снять все барьеры для развития волонтерства".

В июле 2017 года после встречи с представителями социально ориентированных, благотворительных организаций и волонтерского движения глава государства поручил правительству подготовить законопроект по регулированию отношений в сфере волонтерской деятельности.

14 ноября правительство Российской Федерации внесло в Госдуму проект федерального закона "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)", разработанный Минэкономразвития России.

Самыми популярными в России являются такие направления волонтерства, как социальное (порядка 22,5%), событийное (18,5%), культурное (15,6%), военно-патриотическое (15,2%), экологическое (12,5%).

Добровольцы оказывают помощь ветеранам, инвалидам и тяжело больным, воспитанникам детских домов, пожилым одиноким людям. Сопровождают народные шествия "Бессмертный полк", участвуют в благоустройстве Аллей Славы и воинских захоронений, в проведении экологических акций и субботников, мероприятиях по сохранению и защите памятников истории и культуры.

Волонтерское движение привлекает людей: автономностью; добровольным вступлением/выходом из организации; возможностью участвовать в социально - значимой и полезной деятельности, в защите гражданских, социальных, экономических прав и свобод

человека; а самое главное – волонтером может стать каждый, независимо от материального положения, возраста, должности, образования и социального статуса.

По оценкам экспертов, около 4.000.000 людей в России являются добровольцами. К данной категории причисляются даже доноры крови. Исходя из того, что добровольчество в России не имеет государственной поддержки, такое большое количество человек говорит о том, что люди понимают какое значение имеет волонтерская деятельность в современных условиях.

Медицинское добровольчество (волонтерство) – добровольческая (волонтерская) деятельность в сфере здравоохранения, признанная повысить качество жизни граждан на профилактическом лечебном и реабилитационном этапах, а также оказывать информационную, консультационную, просветительскую поддержку населению и деятельность, направленная на организацию дополнительной помощи в осуществлении медицинской деятельности и уходе. Содействие развитию и распространению добровольческой (волонтерской) деятельности отнесено к числу приоритетных направлений социальной и молодежной политики.

Базовая подготовка добровольцев (волонтеров) по направлению «Содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний» позволяет системно осуществлять данную деятельность среди граждан разных возрастных групп, увеличивая, таким образом, охват граждан профилактической информации и привлекая к здоровому образу жизни.

Качества необходимые волонтеру

Социальная активность.

Этим качеством обладает каждый, у кого есть желание стать волонтером. Важно помнить, что благотворительность – это всегда добровольное занятие, им не занимаются «потому что попросили». Именно желание изменить мир вокруг себя, направить ситуацию в новое русло, сознательное отношение к окружающим формируют добровольца.

Коммуникативность.

Практически невозможно быть добровольцем без развитых навыков общения. Именно посредством коммуникации между добровольцем и тем, кому нужна помощь, создается и крепнет дружба, вера в лучшее, и, что самое важное – надежда. Умение поговорить, ободрить человека словами поддержки – это уже значительный вклад и помощь.

Инициативность.

Волонтеру придется столкнуться с многочисленными трудностями в работе, стресс неизбежен. В критический момент нужно взять инициативу на себя; не ждать чуда, а рассчитывать на собственные силы и ресурсы.

Гибкость.

Для добровольца хорошим навыком станет умение быстро адаптироваться к среде и внешним изменениям, совершенствоваться и меняться. Нужно уметь налаживать контакт с самыми разными людьми, ведь модель общения со взрослым человеком отличается от поведенческого подхода к ребенку. Важно быть гибким и уметь «подстраиваться» под обстоятельства – в хорошем смысле.

Обучаемость.

В наше время обучиться азам той или иной работы совсем нетрудно. Например, людей любой специальности, пола, возраста, социального статуса могут обучить на волонтеров в сфере здравоохранения; достаточно пройти курсы в соответствующих организациях. Помогать приютам для животных тоже может любой человек: администрация всегда готова в краткие сроки обучить новых сотрудников. Здесь необходимо желание и умение учиться, быстро усваивать новую информацию, систематизировать свои знания.

Альтруизм.

Без альтруизма не существует волонтерства. Это качество позволяет ставить благо и интересы других людей выше своих собственных. Доброволец ни в коем случае не должен жалеть времени и других ресурсов, которые он затрачивает на посещение детских домов, помощь пожилым и людям с ограниченными возможностями. Альтруизм – это бескорыстная забота о благополучии других людей.

Толерантность и терпимость.

Волонтеру придется столкнуться с множеством мнений. Необходимо уметь признавать ценности и взгляды других людей, принимать разные точки зрения, быть готовым понять человека, даже если его взгляды разительно отличаются от взглядов добровольца.

Эмпатия.

Эмпатия – это осознанное сопереживание эмоциональному состоянию других людей. Это умение отождествлять себя с человеком, которому нужна помощь, смотреть на ситуацию глазами этого человека. Волонтер должен уметь в равной степени войти в положение ребенка и пожилого человека, понять, что чувствует и переживает больной, – словом, быть эмоционально восприимчивым.

Ответственность.

Внутренняя дисциплина, ответственность за свои действия и пунктуальность необходимы для качественной и эффективной работы в любой сфере, и волонтерство – не исключение. Часто доброволец отвечает не только за себя, но и за других людей. Поэтому важно быть собранным, уметь взять себя в руки, вовремя сконцентрироваться над выполнением задач.

Умение абстрагироваться.

Самое важное качество волонтера, способное предотвратить эмоциональное выгорание и пагубное влияние постоянных стрессов – это умение отдыхать и абстрагироваться. Каждый день добровольцам приходится сталкиваться с проблемами, работать над тяжелыми задачами, находить выход из беспросветных ситуаций.

Негативные факторы накапливаются и постепенно разрушают эмоциональное благополучие, что напрямую влияет на состояние здоровья волонтера. В таких условиях, просто необходимо уметь отделять свои проблемы от чужих, спокойно и объективно оценивать собственные умения и ресурсы. Главное – не стесняться просить о помощи товарищей и близких людей.

История волонтерского движения Петровск – Забайкальского филиала государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж»

Согласно сохранившимся архивным данным Петровск-Забайкальский медицинский колледж (ранее, училище) ведёт свою деятельность с 1962 года.

С 1996 года директором Петровск – Забайкальского медицинского училища является Спасский Олег Вениаминович. Имея опыт работы организатора в практическом здравоохранении, Олег Вениаминович является инициатором внедрения передового опыта, расширения образовательных услуг, взаимодействия с лечебно-профилактическим учреждением в вопросах подготовки специалистов.

Добрые дела волонтеров колледжа знают далеко за пределами города, так как они неоднократно участвовали в краевом слёте волонтерских отрядов.

Участники отряда постоянно с 2009 года принимали участие в гражданском форуме «Забайкальцы -Забайкалью», несколько раз становились обладателями грантов, с помощью которых были реализованы проекты отряда «Здоровая семья начинается с меня», «Твой выбор».

Волонтеры отряда имеют почётные грамоты межрайонного отдела наркоконтроля по Петровск - Забайкальскому, Красночикойскому и Хилокскому районам, краевого управления наркоконтроля по Забайкальскому краю.

Будущие фельдшера, медицинские сёстры, не только получают профессионально необходимые знания на учебных занятиях, но и участвуют в студенческих научно – практических конференциях, «круглых столах», для работы в которых привлекаются практикующие специалисты. А полученные знания закрепляют, участвуя в просветительской работе среди населения, в детских и молодёжных аудиториях.

На средства гранта, полученного на молодёжном форуме «Селигер 2010» был проведён первый слёт волонтерских отрядов города Петровска-Забайкальского.

Ежегодно проводится слёт волонтерских отрядов, осуществляющих деятельность по направлению «Содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний отряда».

Работа волонтерского отряда «Здоровое поколение»

01 сентября 2020 года, на базе Петровск - Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж», организован волонтерский отряд «Здоровое поколение», руководитель Николаева Ольга Владимировна. Отряд основан на принципах добровольного членства студентов колледжа.

Целью отряда является пропаганда Здорового образа жизни.

Студенты – волонтеры, ежегодно проходят обучение на базе Краевого центра медицинской профилактики город Чита.

Обучение проводится в виде лекций, тренингов, экскурсий, интерактивных занятий. В начале и конце программы проводится анкетирование, направленное на выявление уровня знаний о мерах профилактики заболеваний, методах сохранения здоровья. По окончании программы подготовки вручается удостоверение (сертификат) волонтера.

Волонтерский отряд принимает активное участие в различных акциях городского, Регионального, Всероссийского и Международного уровня.

Работа проводится совместно с Администрацией городского округа «Город Петровск-Забайкальский», межрайонным отделом наркоконтроля по Петровск - Забайкальскому, Красночикойскому и Хилокскому району, специалистами комитета образования, центральной районной больницы, Дворцом культуры и спорта, отдел по делам несовершеннолетних, Управлением Федеральной службы исполнения наказаний, общественной организацией поддержки детей – инвалидов «Синяя птица», городской библиотечной системой.

Волонтеры выступают с тематическими программами в школах города и района, направленными на профилактику табакокурения, алкоголизации, наркомании, ВИЧ – инфекции и многое другое.

Волонтерский отряд принимает участие в различных акциях:

29 сентября 2020 года - участие во Всероссийской акции «День сердца». На протяжении трёх дней студенты работали во взрослой поликлинике ГУЗ «Петровск – Забайкальская ЦРБ» по измерению артериального давления, распространения наглядного материала.

2 октября 2020 года участие в городской акции «COVID – 19». По территории города Петровск – Забайкальский, с жителями города проводили информационную по данному заболеванию.

8 октября 2020 года распространение наглядного материала жителям города по профилактике «ОРВИ. Грипп».

28 октября 2020 года распространение наглядного материала жителям города по «Всемирному дню борьбы с инсультом».

20 ноября 2020 года распространение наглядного материала «Курение».

5 февраля 2021 года Всемирный день «Онкозаболеваний». Распространение наглядного материала по «Онкозаболеваниям» среди населения.

7 февраля 2021 года IV благотворительный проект «Во имя жизни» в рамках Всемирного дня борьбы против рака организованного комитетом культуры и спорта города Петровск – Забайкальского.

8 февраля 2021 года флешмоб «Розовая лента» - против рака молочной железы.

24 марта 2021 года акция «Белая ромашка» в рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом.

Март – апрель 2021 года – участие в «Едином дне профилактики». Волонтерский отряд проводил беседы с подрастающим поколением в учебных заведениях города Петровск – Забайкальского совместно с инструктором по гигиеническому воспитанию по профилактике вредных привычек.

22 апреля 2021 года участие в работе выездной профилактической информационно – диагностической межведомственной акции «Будь здоров!» для населения города Петровск – Забайкальский и Петровск – Забайкальского района. Проведение зарядки в Муниципальном образовательном учреждении средней общеобразовательной школе №1 и в Муниципальном образовательном учреждении Гимназии №1.

28 апреля 2021 года межведомственное мероприятие «Единый день профилактики в районе». Классный час на тему: «Профилактика курения», «Профилактика алкоголизма»,

«Здоровый образ жизни» в селе Пески совместно с сотрудниками полиции и с подразделением по делам несовершеннолетних.

29 апреля 2021 года распространение наглядного материала в рамках Европейской недели иммунизации. Совместная акция волонтеров с сотрудниками дорожной патрульной службы «Понимай знаки однозначно, ради моей безопасности!».

9 мая 2021 года распространение приглашений на вакцинацию против COVID – 19 во время городского мероприятия посвященного празднованию Дня Победы.

13 мая 2021 года Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией. День открытых дверей в ГУЗ «Петровск – Забайкальская ЦРБ». Работа с населением города.

14 мая 2021 года распространение наглядного материала в рамках Всемирного Дня борьбы с артериальной гипертонией.

17 мая 2021 года - совместная акция с сотрудниками дорожной патрульной службы по безопасному дорожному движению на дорогах.

19 мая 2021 года совместная городская акция с сотрудниками дорожной патрульной службы по безопасности движения велосипедистов.

27 мая 2021 года общегородское голосование по благоустройству города.

28 мая 2021 года участие в онлайн – флешмобе «За здоровое Забайкалье».

31 мая 2021 года Всемирный день без табачного дыма. Акция «Меняем сигарету на конфету».

31 мая 2021 года Флэш-моб «Всемирный день без табачного дыма».

12 июня 2021 года празднование Дня города, Дня России. Распространение наглядного материала для населения «Стоп наркотики», «Профилактика COVID – 19», профилактика хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Участие в работе диагностической площадки.

17 июня 2021 года распространение наглядного материала в рамках акции «Узнай своё артериальное давление».

8 сентября 2021 года распространение памяток среди населения города Петровск – Забайкальского по «Профилактике острой респираторной вирусной инфекции и гриппа».

10 сентября 2021 года совместная акция с сотрудниками дорожно – постовой службы для населения города Петровск – Забайкальского в рамках Всероссийского Дня трезвости.

12 сентября 2021 года оказание помощи жительнице города Петровск – Забайкальского, пострадавшей от пожара.

14 сентября 2021 года проведение лекции о необходимости вакцинации против гриппа и COVID – 19, совместно с руководителем волонтерского отряда, среди студентов и педагогических работников Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский политехнический колледж».

18 сентября 2021 года участие в благотворительном концерте при дворце культуры и спорта города Петровск – Забайкальского «Серёжке на новые ножки».

22 сентября 2021 года проведение лекции в гимназии №1 среди учеников 7 «А» класса «О вреде телефонов и компьютеров на психику подростков».

23 сентября 2021 года День открытых дверей во взрослой поликлинике центральной районной больницы города Петровск – Забайкальского.

1 октября 2021 года проведение практического занятия среди студентов Петровск – Забайкальского филиала государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский политехнический колледж», по оказанию «Неотложной помощи».

13 октября 2021 года распространение памяток «Узнай свой ВИЧ – статус». Приглашение население города на анонимное тестирование на ВИЧ.

15 октября 2021 года Всероссийская акция «Стоп – СПИД». Проведение лекции «ВИЧ – инфекция» для первого курса Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» групп: СДн 21-01 и СДн 21-02

Проведение лекции «Основные принципы питания» в Петровск – Забайкальском филиале Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский политехнический колледж».

17 октября 2021 года студенты Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» волонтерского отряда «Здоровое поколение» оказали помощь пенсионерке в расколке дров.

21 октября 2021 года рассылка по социальным сетям «Йод – дефицитные состояния».

22 октября 2021 года городская акция «Айболит победит злой COVID». Совместная акция с сотрудниками Дворца культуры и спорта города Петровск – Забайкальского.

Волонтеры, одетые в костюмы персонажей мультипликационных героев, провели подомовой обход и посетили ближайшие магазины, с призывом жителей города прививаться, раздавали информационные листовки, проводили беседы с жителями о важности вакцинации.

15 ноября 2021 года распространение наглядного материала «Профилактика сахарного диабета».

17 ноября 2021 года распространение наглядного материала «Профилактика хронической обструктивной болезни легких, табакокурение».

23 ноября 2021 года III городская акция «Айболит победит злой COVID»

26 ноября 2021 года классный час на тему «ВИЧ – инфекция» в группах 2 курса Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж».

29 ноября 2021 года проведение лекции Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» по профилактике ВИЧ – инфекции, в группах ЛД 19 – 01, СДн 19 – 01, ЛД 21 – 01, СДн 20 – 01, ЛД 20 – 01.

30 ноября 2021 года городская IV акция «Айболит победит злой COVID».

1 декабря 2021 года городская акция, совместно с сотрудниками дорожной патрульной службы «Пристегнись».

2 декабря 2021 года городская акция совместно с сотрудниками дорожной патрульной службы «Дети – пассажиры», «Дети и светоотражающие элементы».

5 декабря 2021 года торжественное мероприятие, посвященного дню Добровольца в России.

11 декабря 2021 года участие в открытии городской Ёлки.

17 декабря 2021 год городской форум Добровольцев.

29 января 2022 года VI городская акция «Айболит победит злой COVID»

11 февраля 2022 года VIII городская акция «Айболит победит злой COVID»

22 февраля 2022 года совместная акция сотрудников дорожной патрульной службы и волонтеров посвященная празднованию 23 февраля. В честь предстоящего праздника поздравляли водителей и напоминали соблюдать правила дорожного движения, дарили памятные наклейки и буклеты на самые разные темы и правил дорожного движения.

1 марта 2022 года городской автопробег «Забайкальские дороги», посвященного 14 – летию образованию Забайкальского края. Студенты поздравляли жителей города поздравительными открытками с символикой Забайкальского края.

2 марта 2022 года совместная городская акция сотрудников дорожной патрульной службы и волонтеров. Проводилась профилактическая работа с населением города на тему «Светоотражающие ленты», горожане получали памятки по безопасному движению на дорогах.

16 марта 2022 года городская акция «Азбука дороги» проводилась с сотрудниками дорожной патрульной службой. С водителями на дорогах города проводилась профилактическая беседа о том, что скоро начнутся каникулы, и необходимо быть предельно осторожными на автодорогах. Необходимо обеспечить безопасность детей во время каникул. Сотрудники дорожной патрульной службы напоминали водителям о правилах перевоза детей в автомобилях, то есть в транспортном средстве должно быть детское кресло. Автовладельцы, после проведенной беседы, получали памятки.

24 марта 2022 года акция «Белая ромашка» в рамках борьбы с туберкулёзом. Студенты-волонтеры проводили профилактическую беседу среди населения города Петровск – Забайкальский по профилактике борьбы с туберкулёза. Символом борьбы с туберкулёзом является белая ромашка, поэтому студенты раздавали белые ромашки на листьях которых были написаны рекомендации по здоровому образу жизни, а так же памятки по профилактике туберкулёза. Приглашали жителей своевременно проходить флюорографическое обследование.

29 марта 2022 обучение навыкам сердечно-лёгочной реанимации школьников Муниципального общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы №2. Студенты волонтерского отряда обучают школьников из разных классов навыкам сердечно-лёгочной реанимации.

30 марта 2022 городская акция «Пешеход, будь внимателен!» совместно с сотрудниками дорожной патрульной службы. С жителями города проводилась профилактическая беседа о правилах дорожного движения, так же, о том, что проезжую часть необходимо переходить только по нерегулируемому пешеходному переходу, то есть в строго установленном месте. Отдельно проводилась беседа с детским населением, о правилах поведения вблизи проезжей части. После беседы распространяли наглядный материал о правилах дорожного движения.

6 апреля 2022 года краевая межведомственная акция для населения Забайкальского края, приуроченная к Всемирному дню Здоровья и Всероссийской акции «10000 шагов к жизни». Тиражирование и распространение среди населения наглядных материалов по здоровому образу жизни. Студенты - волонтеры, распространяли наглядные материалы по социальным сетям.

7 апреля 2022 года Краевая межведомственная акция для населения Забайкальского края, приуроченная к Всемирному дню Здоровья и Всероссийской акции «10000 шагов к

жизни». Тиражирование и распространение среди населения наглядных материалов по здоровому образу жизни.

Студенты-волонтеры, распространяли наглядные материалы по социальным сетям. Проведение массовой утренней зарядки среди студентов Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж».

8 апреля 2022 года Краевая межведомственная акция для населения Забайкальского края, приуроченная к Всемирному дню Здоровья и Всероссийской акции «10000 шагов к жизни».

Проведение информационно- диагностической площадки для посетителей взрослой поликлиники Государственного учреждения здравоохранения «Петровск – Забайкальская центральная районная больница»: измерение веса, роста, индекса массы тела, артериального давления, определение уровня глюкозы в крови, пульсоксиметрия, определение сердечно - сосудистого риска, выдача паспорта здоровья и тематических памяток.

22 апреля 2022 года проведение классных часов в рамках Единого дня профилактики. Волонтеры проводили классный час в 9-10 классах, на тему «Половое воспитание», «Профилактика курения», «Профилактика алкоголизма», «Личная гигиена». Беседы проводились отдельно с девочками и мальчиками в общеобразовательных школах города.

6 мая 2022 года в преддверии дня Великой Победы руководитель школьного музея, учитель истории и обществознания Муниципального общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы №2, руководитель волонтерского отряда «Здоровое поколение» Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» Николаева Ольга Владимировна вместе с учащимися школы, студентами и активистами волонтерского отряда провели совместную акцию по уборке и обновлению могилы двум погибшим медицинским сёстрам.

В ходе акции ребята провели покраску, побелку памятника и убрали прошлогоднюю сухую траву. В конце акции на могилу были возложены цветы в знак огромного уважения за тяжелейший труд в годы Великой Отечественной войны.

18 мая 2022 года голосование за территорию города «Казематская площадь». Около месяца шло голосование за благоустройство территории. До 30 мая надо было набрать 2200 голосов.

Активное участие в сборе голосов среди коллектива и студентов Петровск – Забайкальского филиала Читинского медицинского колледжа, Государственное учреждение здравоохранения «Петровск – Забайкальской центральной районной больницы» принимала студентка волонтер и преподаватель Николаева Ольга Владимировна.

18 мая 2022 года Всемирный день без табачного дыма. Распространение наглядного материала среди жителей города по профилактике курения. О вреде пассивного и активного курения.

19 мая 2022 года стратегическая сессия «Карьерная навигация». В Государственном профессиональном образовательном учреждении «Читинский медицинский колледж» города Чита, состоялась стратегическая сессия «Карьерная навигация», на которой был затронут вопрос кадрового дефицита в системе здравоохранения региона.

По итогам стратегической сессии команды сформировали перечень проблем и пути их решения. В будущем он может использоваться при построении кадровой политики в системе здравоохранения всего нашего региона. От Петровск – Забайкальского филиала Читинского медицинского колледжа на стратегической сессии работали Спасский Олег Вениаминович заведующий филиалом, студенты волонтерского отряда «Здоровое поколение»

19 мая 2022 года флешмоб «Победи никотиновый вред – скажи сигаретам – НЕТ». Проводился флешмоб на территории Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж», в котором приняли участие студенты волонтеры.

31 мая 2022 года Всемирный день против курения. Акция «Я за некурящую Россию. А ты?». В акции приняли участие преподаватели и студенты Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж». Среди студентов и преподавателей были проведены лекции по профилактике курения.

1 июня 2022 года на территории города Петровск – Забайкальский, проводилась совместная акция с сотрудниками дорожной патрульной службы и волонтеров отряда «Здоровое поколение» со студентами филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж».

В целях стабилизации дорожно – транспортной обстановки, снижение числа дорожных транспортных происшествий, связанных с наездом на пешеходов, профилактики нарушений правил дорожного движения водителями в части не представления преимущества пешехода, на территории города Петровск – Забайкальского проводилась акция «Пешеход».

С водителями и пешеходами проводилась профилактическая беседа, в которой волонтеры рассказывали пешеходам, что они должны двигаться по тротуарам, а при отсутствии - по обочинам. Переходить дорогу пешеходы должны только по пешеходным переходам, а при их отсутствии – на перекрестках по линии тротуаров или обочин.

12 июня 20222 года День города. День России. В честь празднования Дня города, на стадионе «Труд», работала группа студентов отряда «Здоровое поколение», совместно с медицинскими работниками Государственного учреждения здравоохранения «Петровск – Забайкальской центральной районной больницы».

Студенты измеряли артериальное давление, кровь на глюкозу, рост, вес, распространяли наглядные материалы по здоровому образу жизни. Проводили профилактические беседы по здоровому образу жизни, по питанию с горожанами города.

8 сентября 2022 года благоустройство детской площадки. Волонтерский отряд «Здоровое поколение» Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж» проводят не только работу среди населения по профилактике заболеваний, и пропаганде здорового образа жизни, а так же оказывают помощь населению в благоустройстве территории города.

С большим энтузиазмом молодые люди оказали помощь благоустройстве детской площадки «Весёлый дворик на Ангарской» - занимались ограждением территории, и в то же время проводили профилактическую беседу с населением по профилактике гриппа и необходимости иммунизации против гриппа и COVID – 19.

11 сентября 2022 года Всероссийский День трезвости. В этот день волонтеры распространяли буклеты, памятки для населения города Петровск – Забайкальского по профилактике алкоголизма, проводили беседы о вреде алкоголизма.

13 сентября 2022 года акция «Трезвый водитель». На площади имени Ленина, сотрудники дорожной патрульной службы останавливали автомобили, чтобы напомнить водителям, как важно садиться за руль трезвым, а студенты волонтерского отряда вручали памятки – напоминание о вреде алкоголя.

14 сентября 2022 года классный час «Что такое вейп, и чем он вреден». В Муниципальном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школы №1 города Петровск – Забайкальского, были проведены классные часы в 7 – 8 классах студентами волонтерского отряда «Здоровое поколение».

С 19 по 22 сентября 2022 года краевая профилактическая акция «Здоровое сердце» в рамках Всемирного дня сердца 2022 года. Студенты – волонтеры в фойе второго этажа взрослой поликлиники измеряли артериальное давление, проводили профилактическую беседу с пациентами, распространяли памятки и буклеты.

Целью данной акции, является привлечение внимания общества к вопросам сохранения здоровья и необходимости проведения профилактики сердечно – сосудистых заболеваний.

1 октября 2022 года День открытых дверей. Акция приурочена к Всемирному дню сердца (29 сентября) и Всероссийскому дню ходьбы (1 – 2 октября) и прошла под слоганом – «Пространство, которое нас окружает должно быть дружественным здоровью».

Студенты волонтерского отряда «Здоровое поколение», проводили измерение артериального давления, роста, веса, уровня глюкозы в крови, подсчитывали индекс массы тела, а так же распространяли наглядный материал среди пациентов.

7 октября 2022 года классный час «Знать, чтобы жить!». Данное мероприятие проводили студенты волонтерского отряда «Здоровое поколение», совместно с инструктором по гигиеническому воспитанию среди студентов первого курса Петровск – Забайкальского филиала Государственного профессионального образовательного учреждения «Читинский медицинский колледж».

10 октября 2022 года классный час «Знать, чтобы жить!». Волонтеры проводили классный час в 10 классе Муниципального общеобразовательного учреждения Гимназии №1 в городе Петровск – Забайкальский. Данная акция проводится в целях здорового образа жизни и повышения информированности молодежи по проблемам вируса иммунодефицита человека и синдрома приобретённого иммунодефицита, путях заражения, факторов их передачи и профилактики заражения вирусом иммунодефицита человека.

11 октября 2022 года классный час «Вся правда об электронных сигаретах» в Муниципальном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школы №6. Волонтеры рассказали ребятам об электронных сигаретах. Которые наносят непоправимый вред здоровью, а именно, задачи производительных сигарет является создать иллюзию удовольствия, а для этого используется те же химические соединения, которые искусственно добавляют и в обычные сигареты. В заключении классного часа, ребята сделали вывод о том, что курение вредит здоровью, последствия курения проявляются позже!

Конференция «Дарящие надежду». Конференция проводилась с московским фондом «Дарящие надежду» по урокам добра. Рассказывали о том, как проводятся занятия с детьми по экологическому просвещению, помощь бездомным животным.

15 октября 2022 года Всемирный день борьбы с раком молочной железы. Студенты - волонтеры распространяли наглядные материалы среди жителей города с правилами самообследования и мерами профилактики.

28 декабря 2022 года совместная акция «Праздничный патруль» с сотрудниками дорожной патрульной службы и волонтеров. Были розданы памятки автолюбителям и проводили профилактическую беседу о необходимости соблюдения мер безопасности, а так же напоминали о «трезвом водителе», соблюдений скоростного режима.

Заключение

В ходе работы мы убедились, что добровольчество в нашем обществе очень значимо. Распространение волонтерского движения среди студентов – активный процесс, который будет развиваться в будущем времени.

Участвуя волонтером в каком – либо проекте, студенты, в первую очередь, повышают уровень своей компетентности, реализуют свои способности и чувствуют личную значимость. Действуя в своих интересах, они в то же время помогают окружающим и воздействуют на те объекты, с которыми работают.

Волонтерство – хороший способ попробовать свои силы в разных сферах, получить новые знания, навыки, научиться работать в команде, брать на себя ответственность за реализацию проекта.

Работая волонтерами, в первую очередь, студенты, активно взаимодействуют друг с другом, а так же с представителями колледжа, партнерами, с населением города.

На основании выше изложенного можем сделать вывод, что занятие волонтерской деятельностью является важным аспектом в становлении личности и, несомненно, играет большую роль в развитии социальной активности.

Это способ участия молодого поколения в решении актуальных проблем государства, способ сделать нашу жизнь ярче и полезнее!

Библиографический список

1. С.В. Есина Научно-исследовательская работа по теме "Волонтерство, как форма социальной активности молодежи". 2014 г
2. Т.А. Шишкина «Волонтерская деятельность в Забайкальском крае». Забайкальский государственный университет. 2020 г
3. М.В. Певная «Роль и значение волонтерства в воспитательной деятельности и образовательном процессе», 2012 г
4. Е.Е. Макарова «Некоторые аспекты волонтерского движения», 2013 г
5. <http://chmk-chita.ru/filialy/petrovsk-zabajkalskij-filial/istoriya/>
6. <https://tass.ru/info/5870697>
7. <https://dobroblog.info/handbook/article/kakiye-kachestva-neobkhodimy-volonteru->