Специалист здравоохранения

Научно-практический журнал

№ 7, 2016

март-апрель 2016, № 7

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бубликова И.В., главный специалист по сестринскому делу **Северо-Западного региона**

Жирков А.М., д.м.н., профессор, Директор МК СПбГУ

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры сестринского дела и социальной работы СЗ ГМУ им. Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, преподаватель директор АНО «НИАГара», выпускающий редактор

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федерального округу ПИ № ТУ 78-01371

Учредитель:
АНО «Независимое информационное агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

ISSN 2413-6271

Открыта подписка на II полугодие 2016 г. (через редакцию)
Стоимость подписки (№№ 9-11) – 799 руб.

АНО «НИАГара»
ИНН / КПП 7813305724 / 781301001,
ОГРН 1047855064256
Р/с 40703810305000000019 в Филиале «СДМ-БАНК» (ПАО) в г.СПб
(197187, г. СПб, ул. Ленина. Д.14 литера А)
К/с 30101810000000000878;
БИК 044030878
Тел. +79213708822; +79500218010

ПОДПИСКА НА I-е ПОЛУГОДИЕ 2017г. – через ПОЧТУ РОССИИ
Стоимость подписки – 1899 руб.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЖУРНАЛ ПРОХОДИТ ПРОЦЕДУРУ ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ

На первой странице обложки – участники апрельского семинара в Санкт-Петербурге, посвященного международному Дню медицинской сестры

ISSN 2413-6271
Март-апрель 2016, № 7

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

СОДЕРЖАНИЕ

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ЕЩЕ РАЗ О ТОМ, ЗАЧЕМ ЭТО НУЖНО **4**

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Менщикова А.В., Полюкова М.В. Роль медицинской сестры в сохранении репродуктивного здоровья студеток.....5

ОПЫТ

Практическому здравоохранению нужны такие системы нормирования труда медсестер, в основу которых будет положена оценка тяжести состояния больных и его нуждаемость в сестринском уходе.....12

ОБРАЗОВАНИЕ СПО

Бернатович О.А. Технология преподавания профессиональных модулей с учетом индивидуальных особенностей восприятия информации.....15

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

Ожирение.....20

Алкоголизм 23

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Проблемы мотивации и приверженности ВААРТ.....27

Оппортунистические инфекции продолжают оставаться проблемой.....31

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 34

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ЕЩЕ РАЗ О ТОМ, ЗАЧЕМ ЭТО НУЖНО

В теории управления есть такое понятие как уравнение перемены. Суть его заключается в том, что любое новшество будет принято при условии наличия трех компонентов, а именно, знание первых шагов, недовольство ситуацией и видение будущего. Если один из этих компонентов по той или иной причине выпадает, рекомендуется отложить внедрение какой-либо инновации до лучших времен. В контексте данной статьи сестринские исследования будут связаны с видением перспективного будущего сестринской профессии.

О ВИДЕНИИ БУДУЩЕГО ПРОФЕССИИ

Анализ ситуации показывает определенную закономерность в выборе видения сестринской профессии: если в конце 19 века видение роли сестры милосердия недвусмысленно отражено в словах Н.И.Пирогова, который отмечал, что сестры - не слепые исполнительницы приказов, и требовал, особенно от молодых врачей «исполнения опыта сестер» и полагаться на их «знание личности больного, приобретенное постоянным уходом за ним…», то в 20 веке это видение существенно регрессировало и виделось в подготовке медсестры для выполнения разных вспомогательных медицинских функций, назначаемых врачом, обладающей точно выработанными техническими навыками и являющейся помощником врача, работающего под его наблюдением и по его указаниям.

О том, к чему привело такое видение будущего профессии в советский период, мы узнали в начале 90-х годов, когда заговорили о непрестижности профессии и усугубляющемся кадровом дефиците… Стоит ли здесь удивляться такому итогу, ведь анализ перемен, которые произошли в профессии за период с 1919г. по 1989г. показал, что они касались только сроков и профилей подготовки учащихся, требований к уровню их базового образования и незначительных изменений в наборе учебных дисциплин. В очередной раз хочется озвучить слова выдающейся исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл о том, что многих проблем, стоящих перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы в течение последних сорока лет сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука. Нежелание признать, что медицинская сестра занимает равноправное по отношению к врачу положение, привело к тому, что сестринский уход не получил такого развития, как врачебная практика.

21 век принес иное, инновационное видение роли медицинской сестры (не без участия наших зарубежных коллег!), которая сегодня должна быть не просто квалифицированным, а высококвалифицированным специалистом. В чем отличие квалифицированного специалиста от высококвалифицированного? Сегодня особо подчёркивается одно - в способности к самостоятельному принятию решения в пределах своей компетенции. Умение самостоятельно принимать решения зависит от определенных навыков мышления, а именно логического, аналитического и критического. Именно в этом контексте особое значение приобретает развитие научно--исследовательской и инновационной деятельности сестринского персонала и

овладение навыками разработки академических работ (курсовых, выпускных квалификационных), потому что именно такая деятельность способствует развитию выше озвученных интеллектуальных навыков.

Исторически впервые важность развития научных исследований в сестринском деле была отражена в Отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации, утвержденной приказом Минздрава от 9 января 2001г. № 4. В продолжение реформ на III Всероссийском съезде средних медицинских работников (Екатеринбург, 15-16 октября 2009г.) был принят новый стратегический документ – Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы. Важными задачами стратегии стали увеличение доли прикладных исследований, направленных на совершенствование системы оказания сестринской помощи и, что особенно важно, развитие научно-исследовательской и инновационной деятельности сестринского персонала и его участие в проведении комплексных научно-исследовательских работ, направленных на развитие здравоохранения региона и страны. Таким образом, квалифицированные специалисты сестринского дела в условиях современного развития системы медицинской помощи населению должны выполнять совершенно новые функции, связанные либо с проведением в процессе трудовой деятельности прикладных исследований в рамках своей компетентности, либо с участием в исследованиях, инициируемых специалистами.

Проблема в виде вопроса «В рамках какой дисциплины изучать вопросы исследовательской деятельности?» возникает в первую очередь перед системой СПО (при этом система ДПО не может оставаться в стороне, дабы идти в ногу со временем!), на уровне которого и должны формироваться базовые исследовательские компетенции. На законодательном уровне ответом на вопрос стал государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования, в котором появилась новая для медицинских колледжей форма итоговой аттестации – написание выпускной квалификационной работы, а Федеральным законом Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» установлено, что «образовательные программы самостоятельно разрабатываются и утверждаются организацией, осуществляющей образовательную деятельность…» (п. 5 ст. 12). Таким образом, все образовательные учреждения получили право на инициативу и творческий подход к разработке составляющих основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) по специальностям среднего профессионального образования (СПО). Появление в программе некоторых образовательных учреждений такой дисциплины как Методология исследовательской деятельности можно рассматривать как заявку на активное участие в реализации стратегии Программы развития сестринского дела (2010-2020гг.)

ВОЗВРАЩАЯСЬ К ВИДЕНИЮ…

Трудности еще будут, однако следует помнить, почему мы все должны быть в этом заинтересованы: едва ли можно гарантировать 100% участие медицинских сестер в исследовательской деятельности, однако, изучение дисциплины и участие в связанной с ней деятельности, гарантированно способствует развитию интеллектуального потенциала профессии, а значит появляется шанс вернуть пироговское видение профессии: медсестры – не слепые исполнительницы приказов и должны занимать равноправное по отношению к врачу положение.

Цуцунава М.Р.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК

А.В.Менщикова, М.В. Полюкова

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов. Говоря о демографической ситуации в Российской Федерации, с начала 90-х гг. Россия вступила в период длительной депопуляции, характеризуемой ежегодной естественной убылью населения. Для решения этой проблемы в 2007г. была принята «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», одной из основных задач в которой стало укрепление репродуктивного здоровья населения. В результате в демографическом положении страны были достигнуты позитивные изменения. В 2012 году впервые за 20 лет коэффициент рождаемости сравнялся с коэффициентом смертности (и стал равен 13,3 - на 1000 чел. населения)*, а с 2013 года начался естественный прирост населения. Значительную роль в положительных изменениях сыграли программы, направленные в т.ч. на сохранение репродуктивного здоровья граждан.**

На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает состояние соматического здоровья. В последние десятилетия наблюдается стабильное ухудшение состояния здоровья детей. Согласно проведенным исследованиям, на сегодняшний день число выпускниц школ, имеющих хронические заболевания, составляет 75-80%. В Санкт-Петербурге по результатам диспансеризации 2011г. к I группе здоровья отнесены всего 5% подростков.

За последние 20 лет частота воспалительных заболеваний органов малого таза у девушек-подростков выросла в 7 раз, у женщин – почти в 2 раза. По данным профилактических осмотров 2011г. гинекологические заболевания выявлены у каждой шестой девочки-подростка. Большую тревогу вызывает высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

Очень серьезной остается проблема абортов, в том числе у несовершеннолетних. Хотя в последние годы происходит заметное снижение количества прерываний беременности, все-таки показатель этот по сравнению с другими странами очень высок

Высокий уровень общей и гинекологической заболеваемости определяет высокий процент осложнений беременности и родов. Процент нормальных родов равен примерно 30%, следовательно, имеется много проблем с состоянием здоровья новорожденных детей. Согласно данным статистики, в последние годы рождаются больными или заболевают около 35% новорожденных. Сохраняется высокий уровень материнской и младенческой смертности.

По статистике, бесплодных пар в России 17,5%, в некоторых регионах до 20-24%,

и число случаев бесплодия неуклонно растет из года в год. Между тем известно, что при частоте бесплодных браков 15% и выше проблема бесплодия приобретает государственное значение

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучение репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения студенток, а также профилактической работы медицинской сестры для сохранения репродуктивного здоровья

ИСХОДЯ ИЗ ЦЕЛЕЙ, БЫЛИ ПОСТАВЛЕНЫ ЗАДАЧИ:

1. Изучить и проанализировать литературные данные по проблемам репродуктивного здоровья современных студенток
2. Описать роль медицинской сестры в профилактике нарушений репродуктивной сферы
3. Изучить и оценить данные общего и гинекологического анамнеза респонденток, а также особенности их репродуктивного поведения
4. Определить уровень медицинской грамотности, степень информированности и интереса респонденток к своему здоровью
5. Разработать в качестве образца буклет, как средство санитарно-просветительской работы, с целью повышения медицинской грамотности и медицинской активности студенток.

Объект исследования - процесс участия медицинской сестры в сохранении репродуктивного здоровья студенток. *Предмет исследования* – данные общего и гинекологического анамнеза, особенности сексуального поведения и степень информированности и интереса к своему здоровью

Всего было опрошено 120 девушек, являющихся студентками трех учебных заведений:

- ✓ Медицинского училища Института сестринского образования Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова – 67 студенток;
- ✓ Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова – 27 студенток;
- ✓ Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова – 26 студенток.

Анонимное анкетирование проводилось по специально разработанной анкете, которая включала в себя 45 вопросов и несколько блоков. Первый блок вопросов позволяет представить общую характеристику респонденток: возраст, место учебы, условия проживания, особенности питания и отдыха, наличие вредных привычек, семейное положение. Второй блок посвящен данным гинекологического анамнеза респондентки и ее матери, а также особенностям сексуального поведения и использованию контрацепции. Были включены вопросы, касающиеся отношения анкетируемой к нежелательной беременности и абортам, к ИППП, а также выясняющие степень интереса девушки к состоянию своего гинекологического здоровья и уровень ее информированности по вопросам и способам решения проблем репродуктивного здоровья. Часть вопросов были направлены на выяснение степени участия медицинских работников, в том числе медицинских сестер, в половом просвещении участниц опроса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подавляющее большинство (69%) опрошенных студенток относятся к возрастной категории 17-20 лет, большая часть респонденток (64%) живут в отдельной квартире, 58%

питаются 3-4 раза/день, половина (50%) спит 6-7 час/день; 58% опрошенных предпочитают пассивный отдых.

По возрасту респондентки распределились следующим образом: 69% - 17-20 лет, 18% - 21-24 лет, каждая десятая (10%) – 25-29 лет, лишь 3% - 30-35 летние.

12% студенток замужем, столько же (12%) совместно проживают с партнером. В неполной семье воспитывались 29% студенток.

В среднем во всей группе опрошенных употребляют алкоголь 64%, курят 17% студенток, однажды употребляли наркотики 12% опрошенных, а еще 8% девушек не стали отвечать на вопрос об употреблении наркотиков.

Половой жизнью живут больше половины (54%) респонденток, при этом лишь каждая пятая (20%)студентка начала вести половую жизнь в 18 лет, а более половины (54%) - в 14-17 лет. При этом 73% девушек считают, что ранее начало половой жизни имеет негативные последствия. Другие же (15%) думают, что негативных последствий нет, а 11% не знают, какие негативные последствия могут быть.

**Отмечено, что подавляющее большинство сексуально активных девушек (71%) воспитывались в неполных семьях.* *

Четверть (25%) сексуально-активных студенток указали, что имели 4 и более половых партнеров. Количество половых партнеров увеличивается с возрастом (на наличие 4 и более партнеров указали всего 15% - 17-20-летних и 58% - 25-29-летних респонденток, живущих половой жизнью).

Причиной начала половой жизни для двух третей (66%) сексуально-активных девушек послужила «влюбленность», для 14% - «любопытство», 9% студенток затруднились ответить на этот вопрос, 6% в качестве причины указали «принуждение».

Из живущих половой жизнью подавляющее большинство (92%) студенток используют контрацепцию. В основном используются презервативы (63%) и ненадежные методы: прерванный половой акт (43%) и календарный метод (8%). Гормональную контрацепцию применяют 17% студенток. В качестве источника информации треть студенток (32%) указали специальную медицинскую литературу, интернет и врача. Медицинскую сестру в качестве источника информации указали 5% опрошенных. Всего треть (35%) сексуально-активных девушек перед применением контрацепции советовались (с врачом). С медсестрами не советовался никто.

12,5% студенток указали на 29 беременностей, в том числе две текущие. Из закончившихся беременностей 48% закончились родами, 33% абортами, 19% самопроизвольными выкидышами. Студентки, имевшие аборты в качестве контрацепции указали ненадежные методы - прерванный половой акт (67%) и календарный метод (33%). Роды с осложнениями были в 15% случаев, кесарево сечение – в 8%.

Распространенность заболеваний половой сферы выглядит следующим образом: 56% опрошенных не отметили у себя никаких заболеваний. При этом, обследования выявили: нарушения менструального цикла (НМЦ) - 24% (признаки альгодисменореи – у 38% опрошенных); воспалительные заболевания (23%), опухоли (10%), ИППП (6%).

Наблюдается четкая зависимость информированности студенток о своих заболеваниях от возраста – ответили на вопрос о заболеваниях всего 30% студенток возрастной категории 17-20 лет, 62% опрошенных возрастной категории 21-24 лет, 92% студенток возрастной категории 25-29 лет и 100% студенток 30-35 лет. 55% девушек, указавших собственные гинекологические заболевания в анамнезе, отметили имевшиеся нарушения репродуктивной сферы у матери.

Чуть больше половины студенток (54%) обращались к гинекологу в течение последнего года, 13% студенток к гинекологу не обращались никогда в жизни. Среди студенток ИСО каждая пятая девушка (19%) ни разу не посещала гинеколога. С большинством студенток (72%) беседы о репродуктивном здоровье и половом воспитании про водились медсестры школ, молодежных консультаций, поликлиник, подростковых кабинетов, т.е. самых разных участков амбулаторно-поликлинической помощи.

Большинство опрошенных (63-78%) студенток считают себя достаточно информированными по различным вопросам, касающимся репродуктивной сферы. По вопросам бесплодия считают себя достаточно информированными треть респонденток (33%). При этом 38% студенток медицинских образовательных учреждений испытали трудности при ответе на вопросы о продолжительности менструации и менструального цикла. 11% студенток вообще не смогли ответить на эти вопросы.

52% опрошенных используют ненадежные методы контрацепции, всего пятая часть опрошенных (20%) дала полный правильный ответ на вопрос об осложнениях абортов. 15% девушек считают, что ранее начало половой жизни не имеет негативных последствий, 11% не знают, о каких последствиях идет речь. Учитывая, что с подавляющим большинством студенток проводились санитарно-просветительские беседы, можно сделать вывод о низкой эффективности, проведенной с ними профилактической работы.

ВЫВОДЫ

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Эмоциональное выгорание как потеря интереса к актуальной деятельности известна человечеству с момента, когда появились возможность ее выбора и рефлексия относительно уровня удовлетворенности ею. Так, известна история о Римском императоре Диоклетиане, который после 20 лет успешного расширения империи, подавления восстаний и окультуривания варваров плюнул на все и уехал в деревню заниматься любимым делом — ведением домашнего хозяйства. Последующие 16 с лишним столетий неблагодарные потомки считали древнего римлянина заурядным сумасшедшим, и только недавно, в 1974 г., психиатры поставили ему точный диагноз — император «сгорел» на работе.

Американский психиатр Х. Дж. Фрейденбергер дал этому диагнозу название «burnout» — выгорание — и характеристики ухудшения психического и физического самочувствия в результате истощения энергии в процессе перегрузки проблемами других людей. Позднее, в 1976 г., социальный психолог К. Маслак дополнила физическое и эмоциональное истощение развитием отрицательной самооценки, отрицательным отношением к работе, утратой понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам.

Расширение симптомов позволило говорить о синдроме эмоционального выгорания (далее СЭВ). Именно на ее определение, что СЭВ — это синдром эмоционального и физического истощения, вызывающий деформацию самооценки, отрицательно сказывающийся на отношении к работе, снижающий понимание и сочувствие к клиентам, чаще всего ссылаются исследователи проблемы выгорания. Сокращенно СЭВ, по К. Маслак, включает в себя три основных составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

Источник: Вестник ПСТГУ

Таким образом, у студенток наблюдается большая потребность в том, чтобы медицинские работники, и, в первую очередь, медицинские сестры, повышали уровень их медицинской грамотности, интереса к собственному здоровью, способствовали сохранению и улучшению их репродуктивного здоровья. В силу различных обстоятельств в настоящее время врачи в основном заняты диагностикой и лечением заболеваний, на профилактическую работу у них нет ни времени, ни сил. Население крайне безответственно относится к своему здоровью. В такой ситуации именно медицинские сестры могут и должны взять на себя основные функции по распространению медицинских знаний, обучению девушек здоровому образу жизни, как неотъемлемому условию репродуктивного здоровья, а также консультативную помощь по вопросам контрацепции, планирования семьи и безопасного материнства.

Медицинским сестрам следует информировать девушек о влиянии на репродуктивное здоровье различных повреждающих факторов, в т.ч. переохлаждений, об инфекциях, передаваемых половым путем и вреде абортов, необходимо информировать студенток о пользе профилактических медицинских осмотров, направлять для их прохождения. Весьма важны меры по предупреждению осложнений беременности и родов, в связи с чем нужно настоятельно рекомендовать девушкам обследоваться на ИППП до наступления беременности. Необходима ранняя постановка на учет беременных, выявление и устранение факторов риска, для чего необходимо проводить патронажи.

Средства санитарно-просветительской работы разнообразны - это и проведение консультаций и бесед, с последующей раздачей памяток и буклетов, видеопрезентации, видеофильмы, санитарно-просветительские газеты и плакаты. Девушкам можно и нужно раздавать менструальные календари. Можно проводить образовательные кампании с участием СМИ, педагогов учебных заведений. Для контроля эффективности профилактической работы нужно периодически проводить опросы девушек с целью выявления уровня их медицинской грамотности и медицинской активности. Следует активно сотрудничать с клиниками, дружественными молодежи (КДМ), распространяя среди девушек информацию о проводимой там работе, акциях, направленных на сохранение репродуктивного здоровья.

Нам представляется, что грамотность медицинской сестры, постоянное повышение уровня собственных знаний, деликатность и тактичность, а также небезразличие к состоянию репродуктивного здоровья девушек – залог эффективности профилактических программ, залог будущего здоровья нации.

В случае возникновения проблем большинство студенток (75,8%) обратились бы в женскую консультацию, 22,5% - в молодежную консультацию либо городской консультационно-диагностический центр (ГКДЦ) «Ювента».

Рекомендации:

- Медицинские сестры должны формировать у студенток здоровый образ жизни, как неотъемлемое условие репродуктивного здоровья.
- Необходимо активно информировать студенток о влиянии на репродуктивную сферу различных повреждающих факторов (ИППП, абортов), формировать ответственное сексуальное поведение. Для этого можно использовать различные средства санитарно-просветительской работы – видео-презентации, видеоролики, бюллетени, газеты и брошюры. Можно проводить образовательные кампании с привлечением СМИ. В Приложении пред-

ставлен разработанный нами вариант буклета, как средство санитарно-профилактической работы, который можно распространять среди студенток.

- Для оценки уровня медицинской грамотности девушек, их отношения к своему здоровью нужно устраивать периодические опросы.
- Медицинская сестра может консультировать студенток по вопросам использования контрацепции, дополняя консультацию памяткой, буклетом. Для подбора оптимального метода контрацепции следует направлять студенток в молодежные консультации, центры планирования семьи.
- Девушкам можно раздавать так называемые «менструальные календари», бесплатно распространяемые производителями контрацептивных средств.
- Информированность студенток о состоянии своего здоровья зависит от регулярно проводимых профилактических медицинских осмотров. Медицинские сестры должны информировать девушек о пользе прохождения таких осмотров, направлять их для прохождения медосмотра.
- Необходимо информировать девушек о необходимости обследования на ИППП и соответствующего лечения, особенно до наступления у них беременности.
- Активно сотрудничать с клиниками, дружественными к молодежи, распространяя среди студенток информацию о проводимых там акциях, направленных на сохранение репродуктивного здоровья.
- Разработать и проводить с медицинскими сестрами специальные занятия (посвященные методам психологического воздействия, особенностям работы с различными возрастными и социальными группами, овладению искусством убеждения и т.п.), которые позволят более эффективно проводить профилактическую работу.
- Разместить информацию о службах, оказывающих экстренную помощь в случае возникновения проблем с репродуктивным здоровьем, а также любых психологических проблем в любом учебном заведении следует
- Направлять студенток медицинских учебных заведений для прохождения учебной практики в другие учебные заведения с целью проведения профилактической работы (беседы, «школа здоровья» и т.п.). Такая практика, несомненно, будет полезна как слушателям, так и будущим медицинским работникам.

ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ НУЖНА ТАКАЯ СИСТЕМА НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДСЕСТЕР, В ОСНОВУ КОТОРОЙ БУДЕТ ПОЛОЖЕНА ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО И ЕГО НУЖДАЕМОСТЬ В СЕСТРИНСКОМ УХОДЕ

В решении задач улучшения качества сестринского ухода нужны новые, экономически обоснованные подходы, способные обеспечить необходимый объем и качество сестринских услуг при минимальном уровне затрат. В основу предлагаемой системы нормирования труда медсестер положена оценка потребностей пациентов в сестринском уходе, а не количество коек, что позволит значительно уменьшить разницу между нуждаемостью пациентов в сестринском уходе и актуально получаемым объемом помощи. Параллельно с модификацией системы нормирования труда медицинских сестер должна осуществляться реформа организации труда этой категории персонала после основательного изучения вопроса использования рабочего времени и квалификаций медицинских сестер. Нельзя решить вопрос нехватки персонала только путем добавления штатных должностей или их перераспределения. Нужно одновременно изучить структуру рабочего времени медицинских сестер, организацию их труда и внести изменения, которые позволят более эффективно использовать труд медицинской сестры.

ПОЧЕМУ ПРИ ХОРОШЕМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ОЩУЩАЕТ НЕХВАТКУ ПЕРСОНАЛА. ОПЫТ БЕЛАРУСИ

- ✓ **Анализ численности медперсонала в Европе проводится согласно рекомендациям ВОЗ на 1000 населения;**
- ✓ **В странах Европы численность медицинских сестер анализируется как численность персонала отдельной категории;**
- ✓ **Показатель отношения числа медицинских сестер к числу врачей для стран центральной и восточной Европы в Европе равен 2,2.**

Сравнительный анализ численности медперсонала показал, что показатель отношения числа медицинских сестер к общей численности населения Беларуси больше среднеевропейского показателя для стран центральной и восточной Европы. Так, на 1000 населения Беларуси приходится 8,8 медсестер, тогда как среднеевропейский показатель для стран центральной и восточной Европы – 5,2. Показатель отношения числа медицинских сестер к числу врачей на

Беларуси равен 2,4, что на 0,2 выше среднеевропейского показателя для стран центральной и восточной Европы (2,2).

Почему при хорошем обеспечении сестринскими кадрами практическое здравоохранение Беларуси, особенно стационары, ощущают нехватку персонала?

Прежде всего, это является результатом плохой организации труда и неэффективного использования квалификации медицинских сестер. Однако, не только. Источником данной проблемы является устаревшая система нормирования труда медсестер, которая не учитывает числа больных, степени их тяжести, а самое главное – потребностей пациентов в сестринском уходе. От степени удовлетворения потребностей больных, их сатисфакции зависит оценка качества медпомощи в целом.

Согласно ВОЗ, наиболее полезным и точным для оценки сестринского обслуживания в больнице, является другой показатель - показатель номинального рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки и показатель отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки для каждого исследуемого отделения, так как он учитывает степень занятости, рабочие часы и дни, свободные от работы.

В ходе исследования изучались следующие вопросы:

- ✓ количество больных, пролеченных в исследуемом отделении за год;
- ✓ количество развернутых коек в отделении;
- ✓ количество должностей медицинских сестер, согласно штатному расписанию;
- ✓ численность медсестер в отделении;
- ✓ годовой бюджет рабочего времени (номинальное рабочее время);
- ✓ неотработанное рабочее время (больничный лист, декретный отпуск и т.п.);
- ✓ отработанное рабочее время (фактическое);
- ✓ количество, степень тяжести и нуждаемость больных в сестринской помощи (ожидаемая сестринская помощь).

Пациент 1 категории в польских больницах нуждается в 38 минутах рабочего времени медицинских сестер в течение суток, пациент 2 категории – в 95 минутах, а пациент 3 категории – в 159 минутах сестринского ухода.

Как показало исследование, средний показатель номинального рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки, для всех исследуемых отделений составил 111,1 минут (1,85 ч), а отработанного рабочего времени – 91,8 минут (1,53 ч). Меньше всего номинального и отработанного медсестрами рабочего времени приходилось на одного больного в течение суток в отделении травматологии и ортопедии – 90,3 мин. (1,51 ч) и 73,3 мин. (1,22 ч) соответственно. В гематологических отделениях эти показатели были наибольшие среди всех исследуемых отделений: номинальное время – 150,7 мин. (2,51ч.), отработанное время – 126,7 мин.(2,11 ч).

Бесспорно утверждение, что представленные показатели, описывающие существующие различия в фактически оказываемой сестринской помощи и учитывающие только количество больных, не могут лечь в основу системы нормирования труда медицинских сестер, так как пациент пациенту рознь. Практическому здравоохранению нужна такая система нормирования труда медсестер, в основу которой будет положена оценка тяжести состояния больного и его нуждаемость в сестринском уходе.

Исходя из вышеуказанного, была рассчитана потребность в сестринской помощи в каждом исследуемом отделении. Оценка проводилась по таким критериям как: режим двигательной активности, степень самостоятельности больного в выполнении им санитарно-гигиенических процедур, питание, степень самостоятельности больного в физиологических отправлениях, мониторинг состояния пациента, участие в его лечении, нуждаемость больного в психоэмоциональной поддержке и обучении его самоуходу и профилактике заболеваний. Каждый пациент был классифицирован согласно представленных критериям к одной из трех групп. Кроме того, были использованы наработки А. Ксыкевич-Дороты, которая с помощью хронометражных измерений временных затрат на выполнение определенных процедур с учетом среднего количества этих процедур, выполняемых в течение суток, подсчитала, что пациент 1 категории в польских больницах нуждается в 38 минутах рабочего времени медицинских сестер в течение суток, пациент 2 категории – в 95 минутах, а пациент 3 категории – в 159 минутах сестринского ухода.

Показатели нуждаемости пациентов в сестринском уходе превышают показатели, оценивающие фактически оказываемую сестринскую помощь. Кроме того, показатели нуждаемости в сестринском уходе даже в отделениях одного и того же профиля различаются. И в этом нет ничего удивительного. Ежедневно изменяется число и степень тяжести находящихся на лечении больных в различных отделениях больниц. Важная роль в этой ситуации должна

НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Нормирование труда среднего медицинского персонала является актуальной проблемой отечественного здравоохранения. Повышение качества сестринской помощи зависит от эффективной организации работы сестринских служб: рациональной расстановки кадров, распределения функции между средним и младшим медперсоналом, планирования работы, снижения непроизводственных затрат рабочего времени. Цель исследования: изучение затрат рабочего времени медицинской сестры хирургического отделения стационара. Материал и методы. Проведен контент-анализ должностных инструкций палатных медицинских сестер хирургического отделения. Исследование проводилось за 8-часовую рабочую смену в течение 10-ти рабочих дней. В исследовании приняли участие 12 палатных медицинских сестер (заполнено 96 хронометражных карта).

Результаты и выводы. Основная деятельность палатной медицинской сестры составляет 53,6% рабочего времени, в том числе наблюдение за физиологическим самочувствием пациента (22,9%), работа с лекарственными препаратами (7,3%), сопровождение пациента на исследования и консультации врачей-специалистов (5,2%), участие во врачебном обходе (4,9%), выполнение назначений врача (4,2%), организация ухода за пациентом (3,6%), общение с пациентами (2,3%), забора биологического материала на исследования (2,1%) и проведение санитарно-просветительской работы (1,1%). Остальные виды деятельности составляют следующие временные затраты: вспомогательная деятельность – 21,9%, работа с документацией – 15,4%, личное необходимое время – 4,7%, служебные разговоры – 4,4% рабочего времени.

Источник: Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)

принадлежать главным и старшим медсестрам, которые должны регулировать количество приходящих на работу медсестер, в зависимости от числа и потребностей в уходе больных, находящихся на лечении. Тем самым графики работы медсестер должны быть гибкими, что в значительной степени позволит более рационально использовать имеющиеся сестринские ресурсы.

Среди зарубежных исследователей, занимающихся вопросами нормирования труда медицинских сестер, существует единомыслие, что число штатных должностей в отделениях стационара должно регулироваться изменяющимися потребностями пациентов в сестринском уходе. Эксперты ВОЗ рекомендуют руководителям здравоохранения разработать программы минимум и максимум (указав минимальное и максимальное число должностей медицинских сестер). Тогда как практическое здравоохранение, согласно концепции Надлера, само отрегулирует число приходящих ежедневно на работу медицинских сестер, которое будет в границах минимум-максимум.

Источник: Журнал ГрГМУ

www.amspiter.ru

В АПРЕЛЕ, УЖЕ ПО ТРАДИЦИИ, В ПРЕДДВЕРИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ДНЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, ПРОШЛИ СЕМИНАРЫ И КОНФЕРЕНЦИИ, ОРГАНИЗОВАННЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГА. В РАМКАХ ЭТИХ МЕРОПРИЯТИЙ СВОИМ ОПЫТОМ ПОДЕЛИЛИСЬ, В ЧАСТНОСТИ:

Сухова Т. В., главная медсестра ГБУЗ «КНПЦСВМП(О)» (Перечень медицинской документации ЛПУ»)

Лазаренко Г. С., главная мед. сестра «ФГБУ НИИДИ ФМБА России, г. СПб» («Современные информационные технологии в развитии сестринских служб»)

Емельянова М. Ю., палатная медсестра неврологического отделения №1 («Организация работы и анализ деятельности мед. сестер неврологического отделения для больных с ОНМК»)

Окунева И. Ю., ст. медсестра отделения физических методов лечения отдела восстановительной медицины «ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России» («Сестринский процесс в стационарной медицинской реабилитации и восстановительном лечении»)

Горячева М. А., ст. медсестра отделения неотложной кардиологии №2 («Направление работы школы здоровья в ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»)

Щербань К. Ю., медицинский брат палаты реанимации и интенсивной терапии 3 кардиологического отделения СПБ ГБУЗ «Городская Покровская больница» («Особенности подготовки пациента при проведении коронарографии и стентирования»)

Лунина А. Ю., ст. медсестра отделения анестезиологии и реанимации №4 («Профилактика гнойно-септических осложнений в отделениях реанимации и интенсивной терапии»)

Горюнова И. С., ст. медсестра отделения неврологии №1 «ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» («Инсульты»).

ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МОДУЛЕЙ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ

Бернатович О.А.

На смену традиционным способам передачи информации приходят новые способы с применением современных средств наглядности, компьютерных программ обучения, интерактивное обучение, при этом меняется взаимодействие преподавателя и студентов. Знание доминирующего канала восприятия информации студентов позволит подобрать и организовать наиболее эффективные методики при изучении профессиональных модулей.

The traditional ways of transforming information have been replaced by the new ones with using modern means of presentation, software training, interactive learning, thus changing the teacher-student interaction. Knowing a channel of the student perception being dominant is believed to let us choose and to use the most effective methods when teaching vocational modules.

Ключевые слова: тип восприятия информации, ведущая система восприятия, профессиональные модули.

С введением нового образовательного стандарта возрастает потребность улучшения качества профессиональной подготовки специалистов медицинской сферы, и прежде всего на уровне среднего профессионального образования.

Сейчас происходит становление новой системы образования, которое сопровождается изменениями в педагогической теории и практике образовательного процесса. На смену традиционным способам передачи информации приходят новые способы с применением современных средств наглядности, компьютерных программ обучения, интерактивное обучение, при этом меняется взаимодействие преподавателя и студентов. Необходимо создание такой системы образовательного процесса, при которой студент становиться субъектом образовательной деятельности с учетом индивидуальных особенностей студента.

Бернатович О.А.
г. Екатеринбург, Свердловский областной медицинский колледж

Студенты получают информацию через сенсорные каналы: слухового, зрительного, тактильного; каждый канал занимает определенное по значимости место в общей системе восприятия. Под значимостью подразумевается важность, объем и качество информации. В силу

различных причин у каждого человека формируются доминирующие каналы восприятия информации. Знание доминирующего канала восприятия информации студентов позволит подобрать и организовать наиболее эффективные методики при изучении профессиональных модулей.

Современные подходы к обучению по профессиональным модулям в медицинском колледже организованы на взаимодействии учебного, лечебного и научного процессов, единство и органичность теории с практикой предусматривает индивидуализацию и практическую направленность обучения.

Использование новых технологий организации обучения с учетом доминирующей системы восприятия информации позволит приблизить учебную деятельность к профессиональной.

Цель исследования: разработать способы обучения студентов с учетом выявленного доминирующего типа восприятия информации.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Выявить доминирующие каналы восприятия информации у студентов
3. Предложить технологии преподавания профессиональных модулей с учетом типа восприятия информации.

Гипотеза: внедрение методик преподавания профессиональных модулей с учетом доминирующих каналов восприятия информации позволит улучшить качество преподавания и рост качественных показателей обученности студентов.

Объект исследования: студенты 2 и 3 курсов Свердловского областного медицинского колледжа специальность 34.02.02. Акушерское дело.

Предмет исследования: изучение доминирующих каналов восприятия информации студентов.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли добровольное участие 45 студентов 2-3 курса Акушерского дела. Средний возраст участников составил 18,5±2,1 год. Уровень образования: на базе 9 классов – 32 чел. (71%), на базе 11 классов – 13 чел. (29%).

Для определения типа восприятия были использованы 2 метода: тест на определение репрезентативной системы и методика исследования ведущего канала восприятия. Итоговое тестирование по усвоению новой информации после проведенных лекций по двум методикам: классическая лекция и лекция-визуализация. Для обработки полученных данных использовалась статистическая программа Gretl.

Результаты и их обсуждение

Информацию человек получает через 5 сенсорных каналов: зрительный, слуховой, тактильный, обонятельный и вкусовой. В свою очередь, каждый канал занимает определенное место по значимости в общей системе восприятия. Под воздействием различных причин и факторов у человека формируются доминирующие системы восприятия информации. Учеными доказано, что крайне редко попадается чистый тип восприятия информации, чаще двойной, смешанный, в котором преобладает какой-то один.

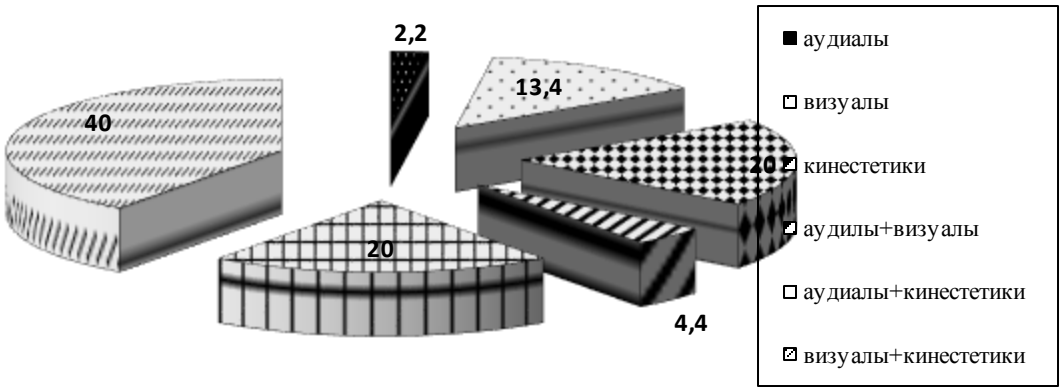

Рис. 1. Типы восприятия информации студентов

Как мы видим, «чистых» типов восприятия информации (аудиалы, визуалы и кинестетики) достаточно мало – всего 35,6%, причем из них 20,0% – это кинестетики. Из смешанных типов восприятия преобладает визуалы+кинестетик – 40%.

В рамках проведения теоретических лекций по модулю МДК 02.01. Соматические заболевания, отравления и беременность были прочитаны лекции двух видов – классическая лекция и лекция-визуализация. После каждой лекции было проведено тестирование. Данные представлены на коробчатой диаграмме (рис. 2).

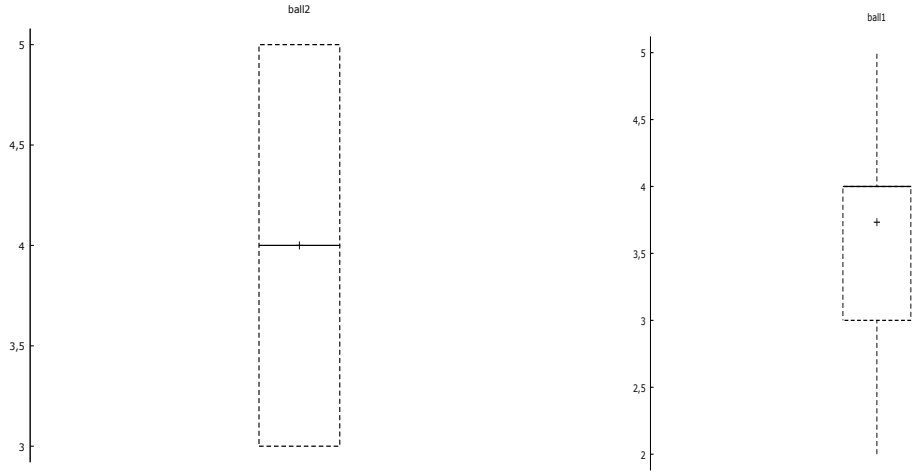

Рис. 2. Оценка знаний после прочитанных лекций

Отчетливо видно, что после классической лекции средний балл составил 3,73±0,83, после лекции-визуализации – 4,0±0,73, при этом во втором случае отсутствуют неудовлетворительные оценки.

Студенты во время лекций не только воспринимают новую информацию, но еще они ее обрабатывают, хранят и повторно используют, обращаясь уже не к органам чувств, а к памяти о воспринятом. За функционирование этого

«участка» отвечает ведущая система. Ведущая система – это модальность мышления, в которой человек преимущественно обрабатывает и хранит информацию.

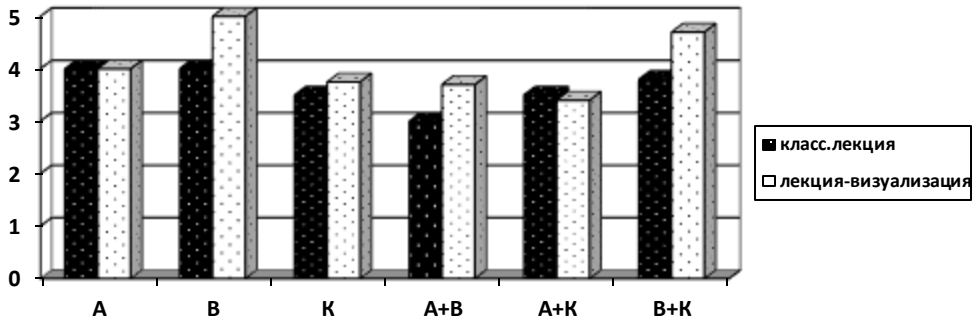

Рис. 3. Ведущая система и уровень усвоения информации

Проанализировав связь между ведущей системы и средним баллом, мы получили следующие данные:

На представленной диаграмме отчетливо видно, что у студентов, имеющих визульную составляющую типа восприятия (57,85%), уровень усвоения нового материала значительно выше при включении визуализирующих компонентов в лекцию. Корреляционная связь между типом восприятия информации и уровнем усвоения нового материала положительная, слабая (p=0,059).

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что проблема обучения с учетом личностно-ориентированных особенностей студентов при обучении на профессиональных модулях актуальна. Необходимы дальнейшие теоретические и практические разработки при организации учебного процесса со студентами медицинского колледжа с учетом личностных особенностей восприятия информации студентами.

Успешность обучения во многом зависят от преподавателя, от его умения сочетать профессиональные знания со знаниями педагогики и психологии, учета психофизиологических закономерностей восприятия информации студентами. Владея ими, преподаватель сможет организовать познавательную деятельность студентов по оптимальному варианту. К.Д. Ушинский говорил о том, что «если вы хотите, чтобы дитя усвоило что-нибудь прочно, то заставьте участвовать: ... зрение, ... голосовой орган, ... слух, ... мускульное чувство руки, ... призовите к участию осязание, обоняние и вкус ... При таком дружном содействии всех этапов в акте усвоения вы победите самую ленивую память».

Литература

- Зимняя И.А. Педагогическая психология. Учебник для вузов. – М.: Издательская корпорация «Логос», 2004. – 384 с.
- Педагогическая психология: Учеб. для студ. высш учеб заведений / Под ред. Н.В. Клюевой. – М: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 400 с.
- Педагогическая психология: Учебное пособие для студентов вузов. – СПб: Издательство Питер, 2011. – 414 с.

- Первушина Н.А. Эффективность применения визуальных средств обучения: определение границ // Высшее образование России. – 2013. –№ 2. – С. 119-124

ЭТО НАСТОРАЖИВАЕТ…

ЧЕТВЕРТОЕ ЗЛО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фальсификация лекарств считается четвертым злом здравоохранения после малярии, СПИДа и курения. Смертность от побочных реакций лекарств входит в первую пятерку причин наравне с сердечно-сосудистыми, онкологическими, бронхолегочными заболеваниями и травматизмом. Понятие фальсифицированных ЛС дано в п. 37 ст. 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ (ред. от 22 октября 2014 года) «Об обращении лекарственных средств», согласно которому – это лекарственное средство, сопровождаемое ложной информацией о его составе и (или) производителе. В этом же пункте дано определение недоброкачественного ЛС (лекарственное средство, не соответствующее требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия требованиям нормативной документации или нормативного документа) и контрафактного ЛС (лекарственное средство, находящееся в обороте с нарушением гражданского законодательства).

Эксперты подразделяют поддельные лекарства на три группы :

1) препараты-пустышки, наиболее безопасные для человека, так как не содержат какого-либо активного вещества;

2) препараты-имитаторы: в них основное активное вещество заменено дешевым аналогом. Это самая опасная подделка, которая вполне может привести к смерти пациента. К этой же группе относят лекарства, в которых активного вещества меньше, чем в оригинале, а также препараты-копии, внешне повторяющие продукцию других производителей;

3) **лекарственные препараты с истекшим сроком годности и переклеенными ярлыками.**

В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» обращение включает разработку, доклинические исследования, клинические исследования, экспертизу, государственную регистрацию, стандартизацию, контроль качества, производство, изготовление, хранение, перевозку, ввоз и вывоз, рекламу, отпуск, реализацию, передачу, применение, уничтожение лекарственных средств. Специальных норм об ответственности за подделку лекарств в уголовном законодательстве РФ нет, а общие предусмотрены ст. 238 УК РФ, по которой преследуются производство, хранение, перевозка или сбыт товаров и продукции, не отвечающих требованиям безопасности. Из этого следует, что фальсифицированный лекарственный препарат, несущий смертельную опасность, приравнен к любому другому товару, подпадающему под определение данной статьи.

Источник: «Символ науки»

ОЖИРЕНИЕ

ПРОГРАММИРОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА

Ожирение является результатом хронического несоответствия между поступлением и расходом энергии в организме человека. Хотя положительный энергетический баланс и считается одним из основных механизмов избыточной прибавки массы тела, причины этого нарушения неясны. Большинство людей набирают максимальную массу тела к 40–45 годам, но тенденция к последующему накоплению жировой ткани может сохраняться до 55–60 лет у мужчин и до 65–74 лет у женщин.

В настоящее время общепризнанным является тот факт, что фактором, способствующим развитию ожирения, является недостаточное употребление овощей и фруктов в комплексе с избыточным употреблением мяса и энергоемкой рафинированной пищи (богатой жирами и легкоусвояемыми углеводами). Изменениям пищевого поведения и генетической предрасположенности к ожирению в последние годы было посвящено много работ. Однако все чаще встает вопрос о программировании энергетического баланса. Высказываются предположения, что факторы, действующие внутриутробно и в начале жизни, могут в дальнейшем влиять на развитие ожирения. Как показало одно из исследований, у существенного процента людей, страдающих ожирением, наблюдается выраженная дезадаптация ряда копинг-стратегий. Особенные трудности наблюдаются в планировании решения своей проблемы.

- ✓ **Факторы, действующие внутриутробно и в начале жизни, могут в дальнейшем влиять на развитие ожирения**
- ✓ **Ожирение чаще встречается у тех, чьи матери голодали в первые месяцы беременности, и реже у тех чьи матери недостаточно питались в последнем триместре или вскоре после рождения ребенка**

ОЖИРЕНИЕ И КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА

Кишечная микрофлора крайне важна для поддержания нормальной пищеварительной и иммунной функции; она участвует в обеспечении развития и функционирования кишечника, обновления эпителия, формировании иммунного ответа, моторики желудочно-кишечного тракта и в метаболизме лекарственных препаратов. Кроме того, кишечная микрофлора выполняет важные метаболические функции, такие как разрушение пищевых токсинов и канцерогенов, синтез микронутриентов, ферментативное переваривание компонентов пищи, участие во всасывании определенных электролитов и микроэлементов, влияние на рост и дифференциацию энтероцитов и колоноци-

- ✓ **Лица с ожирением и нормальной массой тела могут иметь различную кишечную микрофлору**

тов посредством синтеза короткоцепочечных жирных кислот. Наконец, нормальная микрофлора предотвращает колонизацию кишечника патогенными бактериями, такими как кишечная палочка, клостридии, сальмонеллы и шигеллы.

Недавние исследования показали, что триллионы бактерий, в норме обитающие в желудочно-кишечном тракте человека, оказывают влияние на усвоение питательных веществ и регуляцию энергетического баланса; в дальнейшем было предположено, что лица с ожирением и нормальной массой тела могут иметь различную кишечную микрофлору. В целом ряде исследований были получены данные о различиях в составе кишечной микрофлоры в зависимости от массы тела. Было показано, что в кишечнике людей с ожирением находится меньше бактерий семейства бактероидов и, соответственно, больше бактерий семейства фирмикутов по сравнению с лицами с нормальной массой тела. Эти данные позволяют предположить, что различия в регуляции процессов извлечения, накопления и расхода энергии, по крайней мере, частично могут быть обусловлены составом кишечной микрофлоры.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ФАКТОР СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ

Результаты 32-летнего Фремингемского исследования указывают на фактор социальных связей как на один из наиболее важных в распространении избыточной массы тела (далее — МТ) в современном обществе. Данное исследование показало, что шансы человека в отношении развития ожирения возрастают на 37%, если у его супруга сформировалась избыточная МТ. Одной из возможных причин увеличения МТ может быть изменение представления о том, каким должен быть приемлемый вес в условиях значительного увеличения МТ у супруга или супруги. Было выяснено, что друзья оказывают более сильное влияние, чем родственники: это позволило исследователям прийти к выводу, что социальные связи имеют большее влияние на формирование избыточной массы тела, чем биологические и генетические.

В случае, если брат или сестра имеет ожирение, вероятность пополнеть повышается на 40%, если среди близких друзей есть страдающие ожирением шансы набрать лишнюю МТ увеличиваются на 57%. Авторы пришли к выводу, что межличностные и социальные эффекты проявляются не только потому, что близкие люди перенимают образ жизни друг друга, но и вследствие того, что происходит изменение отношения к лишней МТ как к социальной норме, если близкие люди имеют избыточную МТ, то и сам человек может не считать полноту недостатком.

- ✓ **Социальные связи имеют большее влияние на формирование избыточной массы тела, чем биологические и генетические**
- ✓ **Если близкие люди имеют избыточную МТ, то и сам человек может не считать полноту недостатком**
- ✓ **Потребление богатой жирами пищи в периоды социального напряжения усиливает риск развития избыточной МТ**

Недавние исследования, проведенные в университете Цинциннати (США), показали, что социальный стресс (который может быть вызван, в том числе, длительными напряженными отношениями в семье, общими психологическими проблемами, переживаемыми членами семьи), приводит к метаболическим изменениям в организме и увеличению МТ. Также было сделано заключение о том, что потребление богатой жирами пищи в периоды социального напряжения усиливает риск развития избыточной МТ, что и наблюдается в современном обществе, где традиционная диета постепенно замещается энергетически насыщенным рационом с высоким содержанием жиров.

МАССА ТЕЛА И МИКРОКЛИМАТИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ В ПОМЕЩЕНИИ

Выявленная взаимосвязь МТ супругов может быть в какой-то мере вызвана воздействием единых неблагоприятных микроклиматических условий в помещении, где проживает семья. В последние десятилетия наблюдается тенденция к плавному повышению температуры в домах на протяжении отопительного сезона. Выработанная в связи с этим привычка проводить зимой время в помещениях с центральным отоплением или кондиционером сужает температурный интервал, в котором человек чувствует себя комфортно. По этой причине люди стараются реже подвергать себя воздействию умеренного холодового стресса, который заставляет организм интенсивно расходовать жир для теплопродукции. В результате энергетический баланс смещается в сторону накопления жира, а не производства энергии, что ведет к повышению массы тела.

Кроме того, недостаточное действие низкой температуры приводит к снижению общего объема бурой жировой ткани в организме. В отличие от белой жировой ткани, способной только запасать жиры, эта ткань способна сжигать запасы, производя тепло·

Источник: Профилактическая медицина

АЛКОГОЛИЗМ

Проблема алкоголизма в России с особой остротой встала в связи с производством 40-градусной водки (В.М.Бехтерев)

Журнал Американской медицинской ассоциации (Journal of the American Medical Association) определяет алкоголизм как «первичное, хроническое заболевание, характеризующееся нарушением контроля над приемом спиртного, пристрастием к алкоголю, употреблением алкоголя, несмотря на отрицательные последствия, и искажением мышления». Известный отечественный психиатр Н. В. Канторович считал алкоголиками тех людей, у которых в результате систематического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошло нарушение трудоспособности, семейных отношений, физического или психического здоровья. Немецко-английский психиатр Майер-Гросс рассматривал алкоголизм как привычку к поглощению алкогольных напитков

в таких количествах и с такой частотой, которые приводят к ухудшению качества выполняемой работы, межличностным конфликтам в семейной и общественной жизни или к физическому и психическому расстройству здоровья.

В соответствии со стандартами ВОЗ, уровень потребления алкоголя, превышающий 9 литров на человека в год, считается опасным для здоровья нации. Каждый добавочный литр сверх этого предела уносит 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца жизни у женщин.

По данным на 2009 г., в России потребляется 18 литров чистого спирта на душу населения. По мнению экспертов, реальные цифры потребления алкоголя превышают стандартные в 1,5–2 раза. На одного россиянина в возрасте 15 лет и старше приходится 15,1 литров чистого этилового спирта в год. Специалисты считают, что общее число больных алкоголизмом в России составляет около 7 миллионов, при этом на каждого хронического алкоголика приходится 3–4 человека, злоупотребляющих спиртным.

Эксперты называют алкоголизм «локомотивом смертности» в России. По некоторым данным, ежегодно в России от отравления суррогатным алкоголем гибнут около 42 тысяч человек. Нарушения, обусловленные употреблением алкоголя, ведут к высокой степени сочетанных заболеваний и зависимостей, включая никотиновую зависимость, инфекции, передаваемые половым путем, и ВИЧ. Нарушения психического здоровья и искажения личностного развития выявляются не только у лиц с проявлениями алкогольной зависимости, но и у членов их семьи, в частности у партнеров по браку. Зависимая от психоактивных веществ личность неизбежно формирует вокруг себя комплекс патологических, неадекватных, болезненных отношений, приводящих к различным нарушениям у семейного окружения на личностном и социальном уровнях. Семейные дисфункции становятся основой, определяющей жизнедеятельность в семье, где проживает пациент с алкогольной зависимостью.

Первые впечатления от алкоголя формируются уже в раннем детском возрасте, и почти у трети детей на основании личного опыта. В последние десятилетия все больше увеличиваются масштабы алкоголизма среди женщин, престарелых людей, детей, подростков и юношей. По данным Роспотребнадзора, в России из 10 млн лиц в возрасте от 11 до 18 лет более половины регулярно употребляют спиртные напитки.

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Согласно проведенным исследованиям, алкоголизмом в России страдает до 12% женского населения, 24% женщин принимают алкогольные напитки систематически, 43% - употребляют спиртное периодами; 4,9% - время от времени; у 28% - периоды воздержания чередуются с запоями. Ежегодно в состоянии алкогольного опьянения умирают 19 тыс. женщин, из них 47% - в возрасте от 20 до 27 лет.

Женский алкоголизм развивается по тем же причинам, что и у мужчин, но

есть и существенное отличие. Женщина употребляет спиртные напитки на эмоционально-психологической основе (депрессии, невротические состояния), в климактерический период, при невозможности завести полноценную семью, при наличии генетической предрасположенности.

Алкогольные напитки негативно влияют на здоровье женщины: развиваются алкогольные гепатиты и бесплодие, происходят нарушения менструального цикла и раннее наступление менопаузы, повышается риск развития рака груди. Беременные женщины, злоупотребляющие спиртным, имеют высокие риски рождения детей с пороками развития. Этиологическая роль злоупотребления алкоголем в развитии нервной анорексии получила неожиданное подтверждение при анализе сроков зачатия и беременности у матерей обследованных больных.

Основа профилактики женского алкоголизма - первичная (начинается с формирования здорового образа жизни в сознании людей). Мероприятия вторичной профилактики проводятся у женщин, имеющих алкогольную зависимость (трезвый и активный образ жизни, планирование здорового и продуктивного будущего, при необходимости поддержка организма медицинскими средствами и сглаживание остроты алкогольного влечения).

Использованная литература

Окрепилов, В. В. Развитие экономики здоровья для повышения качества жизни // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 5 (23). — 2012

Гасанова, Р. И. Современный взгляд на проблему женского алкоголизма / Р. И. Гасанова, О. С. Булычева // Успехи современного естествознания. — № 6. — 2014

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА, СКЛОННОГО К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ

К факторам, способствующим переходу в болезнь, относят: социальные, психологические, биологические. При обследовании подростков с помощью метода анкетирования экстрапунитивная мотивация выявлена у 82% подростков, при использовании интервью - у 46,5%.

Особенностью алкоголизма несовершеннолетних является то, что, чаще всего, употребление ими алкоголя происходит в большой группе. Пристрастие к алкоголю развивается быстрее: у юношей, начавших употреблять алкоголь в 15 - 17 лет, - через 2-3 года, у подростков, регулярно употребляющих алкоголь с 13 - 15 лет, - в течение года.

После внезапного прекращения употребления алкоголя, развивается абстиненция - состояние, проявляющееся дискомфортом, разбитостью, слабостью, расстройством координации движений. В подростковом возрасте абстиненция протекает тяжело, стимулируя возникновение серьезных соматических и психических расстройств, суицидальных попыток.

Проблемы здравоохранения, связанные с алкоголем: обзор документационного центра ВОЗ //Документационный центр ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://whodc.mednet.ru/ru/psihicheskoe-zdorove-ipsihicheskierasstroys tva

ИННОВАЦИИ – В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Во всем мире инновационная деятельность в сестринском деле рассматривается как основа ежедневной практики, направленная на повышение качества ухода за пациентами и снижение стоимости услуг системы здравоохранения.

Цель исследования – изучение мнения среднего медицинского персонала о влиянии инновационных технологий сестринской практики на качество обслуживания пациентов многопрофильной клиники.

В ходе исследования выяснялось, сколько времени тратили медсестры на обслуживание одного пациента при заборе крови по прежней методике (без применения вакуумных систем). Подавляющее большинство респондентов (80%) отметили, что на выполнение данной манипуляции по традиционной методике (забор крови шприцем) затрачивалось в среднем до 10 минут, остальные медсестры (20%) тратили больше времени на забор крови - до 15 минут. Все респонденты отмечают, что применение одноразовых вакуумных систем значительно сокращает время выполнения этой медицинской услуги до 5 минут (80% медицинских сестер), до 10 минут (20% медсестер).

Более качественно выполнить простые медицинские услуги «Внутривенное введение лекарственных средств», «Постановка периферического венозного катетера», «Забор крови вакуумными системами» позволяет инновационный прибор для визуализации вен— портативный ручной прибор для определения периферических вен. Медицинские сестры считают, что прибор для визуализации вен позволяет им сократить время выполнения внутривенных манипуляций практически вдвое.

Без применения данного прибора («слепой» поиск вен 80% респондентов при обслуживании одного пациента в среднем на выполнение внутривенной манипуляции тратят до 10 минут, с прибором визуализации вен – до 5 минут. Остальные респонденты (20%) отмечают сокращение временных затрат на обеспечение венозного доступа с до 15 минут до 10 минут соответственно.

Процедурный кабинета оснащен сканером для считывания штрих-кодов с бланк-заказов пациентов и принтером для печати самоклеящихся термо-этикеток. После оплаты услуги на ресепшн пациенту выдается бланкзаказ, в нем имеется уникальный штрихкод, который воспроизводит фамилию и инициалы пациента, номер и наименование его услуги. В процедурном кабинете медсестра берет у пациента бланк-заказ и с помощью сканера считывает штрих-код с бланк-заказа пациента, пропечатывает принтером самоклеящуюся термоэтикетку, которую затем наклеивает на транспортный контейнер (пробирку, баночку, предметное стекло).

Все опрошенные медработники отмечают, что на маркировку транспортных контейнеров для биологических материалов тратится не более 30 секунд. Это нововведение облегчает труд медицинской сестры, создает удобство для чтения маркировки, а также снижает вероятность ошибок в маркировке биоматериала до минимума.

Источник: Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150)

ПРОБЛЕМА МОТИВАЦИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВААРТ

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция является неизлечимым заболеванием. Однако благодаря появлению высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), возможно предотвратить переход болезни в стадию СПИДа и, тем самым, продлить человеку жизнь, повысив её качество. Проблема мотивации и формирования приверженности ВААРТ является актуальным вопросом в области лечения ВИЧ-инфекции, поскольку такая терапия носит пожизненный характер и требует строгого соблюдения врачебных рекомендаций.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ

Для понимания специфики влияния лечения ВИЧ-инфекции на человека необходимо принимать во внимание не только актуальное состояние человека, но и его преморбидные особенности личности и поведения, характер и специфику самого лечения. Как правило, инфицированию предшествует развитие девиантного поведения, которое проявляется нарушением процесса адаптации в обществе и усугубляется в ситуациях, не позволяющих справиться с возникшими проблемами. Девиантное поведение, как правило, сочетается с зависимым поведением, которое проявляется в виде употребления психоактивных веществ, алкоголизма, промискуитета.

Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных в преморбидном периоде отмечается наличие акцентуаций характера и личности (возбудимость, дистимичность, циклотимичность, тревожность, застревание), которые сочетаются с гедонистическими установками и потребительским типом поведения в социуме. Характер акцентуаций является фактором риска заболевания и определяет отношение к болезни и лечению. В сфере самосознания отмечается психологический инфантилизм, внешний локус контроля, неадекватная самооценка и гибкие установки по отношению к социальным нормам (вплоть до их непринятия). Все это приводит к формированию неадекватных и малоэффективных стратегий адаптации к ситуации болезни.

- ✓ **На сегодняшний день возможно предотвратить переход ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа**
- ✓ **Для понимания специфики влияния лечения ВИЧ-инфекции на человека необходимо принимать во внимание не только актуальное состояние человека, но и его преморбидные особенности личности и поведения, характер и специфику самого лечения**
- ✓ **Иммунологическая эффективность лечения достигается при формировании не менее чем 95 % приверженности больного лечению**
- ✓ **Пациентам с ВИЧ-инфекцией необходима психологическая поддержка**

Как правило, для ВИЧ-положительных лиц характерны высокий уровень стресса, тревоги и депрессии, повышенная агрессивность и раздражительность. Эти эмоциональные нарушения отягощаются на фоне стигматизации и низкого уровня информированности окружающих по вопросам ВИЧ-инфекции.

ОСОБЕННОСТЬ ВААРТ

Специфической особенностью терапии при ВИЧ-инфекции является то, что пациентам, получающим ВААРТ, необходимо пожизненно, ежедневно в строго определённое время по нескольку раз в день принимать препараты в высоких дозировках. Такого рода предписания приводят к тому, что больные в случае нарушения (по тем или иным причинам) режима приема лекарств создают условия для формирования резистентности вируса к имеющимся противовирусным препаратам.

По данным медицинских исследований, иммунологическая эффективность лечения достигается при формировании не менее чем 95 % приверженности больного лечению. Другими словами, ВИЧ-инфицированный пациент даже при самой щадящей схеме лечения (кратность приёма препаратов два раза в сутки) может пропустить приём препаратов ВААРТ не более трёх раз в месяц.

СЛОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Проблема формирования приверженности лечению при ВИЧ-инфекции является не столько медицинской, сколько психологической по своей сути: тщательное соблюдение рекомендаций врача требует значительных мотивированных усилий от пациента, овладения им навыками самоконтроля и самодисциплины. Формирование приверженности, достаточной для эффективности лечения, осложняется личностными изменениями вследствие психических и поведенческих расстройств, сопряженных с ВИЧ-инфекцией (наркомания и употребление других психоактивных веществ, психосексуальными расстройствами и др.), социальной отверженностью и девиантностью. Таким образом, при работе, направленной на формирование необходимого уровня приверженности ВААРТ, важно учитывать не только особенности клинической симптоматики и патогенеза ВИЧ-инфекции, но и индивидуальные особенности личности и поведения пациента.

ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

Фактором, существенно влияющим на переживания, связанные с необходимостью получения ВААРТ и приверженностью лечению, является тип реагирования на заболевание. Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных встречается реакция отрицания, проявляющаяся в виде эргопатии и анозогнозии. Тип реагирования в данном случае способствует адаптации больного к хроническому заболеванию в условиях отсутствия клинической симптоматики. Пациент не воспринимает сам факт наличия заболевания, стремится «убежать» от диагноза, поскольку субъективно не ощущает его признаков. Следствием этого является восприятие лечения как нецелесообразного и не являющегося необходимым.

Люди, столкнувшиеся с подобным конфликтом, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Любое посещение врача, особенно связанное с ухудшением состояния здоровья, сопровождается тревожными опасениями пациента по поводу исхода консультации, а сам факт обсуждения необходимости лечения ясно говорит пациенту о неблагоприятном (злокачественном) варианте развития его заболевания. Очевидно, что в такой ситуации пациентам с ВИЧ-инфекцией необходима психологическая поддержка, которая позволит преодолеть тревогу и страх, повысить степень самоуважения человека, уменьшить неблагоприятное влияние, оказываемое на личность самим фактом наличия жизненно опасного заболевания.

Источник Вестник ЮУрГУ

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Изучение совладающего поведения пациентов в условиях острого и хронического стресса, привнесенного ВИЧ-инфекцией и ее последствиями, относится к числу первоочередных экологических задач, решение которых позволит определить психотерапевтическую тактику и наметить пути для эффективных профилактических мер. контексте биопсихосоциального подхода понятие «копинг», или «преодоление стресса», определяется как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям.

Главной задачей копинга является обеспечение, поддержание физического и психического здоровья человека и удовлетворенности социальными отношениями. К сожалению, в многочисленных исследованиях, посвященных изучению копинг-поведения ВИЧ-инфицированных больных, в основном учитываются только их социальные характеристики или тяжесть психического состояния

Результаты одного из исследований показали, что ВИЧ-инфицированные чаще прибегали к копингам «принятие ответственности», «дистанцирование», «бегство-избегание». Таким образом,

РЕБЕНОК С ПОДОЗРЕВАЕМОЙ ИЛИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Клинические проявления ВИЧ-инфекции у детей могут быть крайне разнообразными. У некоторых ВИЧ-инфицированных детей уже на первом году жизни развиваются тяжелые нарушения. У других на протяжении ряда лет отмечается бессимптомное течение, или возникают лишь незначительные проявления. Наличие ВИЧ-инфекции рекомендуется предполагать при обнаружении у больного любого из перечисленных ниже признаков:

- Рецидивирующие инфекции: три или более тяжелых случаев бактериальной инфекции (например, пневмония, менингит, сепсис, воспаление мягких тканей) в течение последних 12 мес.
- Кандидоз (молочница) ротовой полости: эритема и серо-бежевые ложнопленочные налеты на слизистой оболочке неба, щек и десен. Наличие у ребенка старше 1 мес кандидоза ротовой полости — вне лечения антибиотиками или продолжающегося более 30 дней, несмотря на проводимое лечение, или рецидивирующего, или распространяющегося за пределы языка — заставляет серьезно подозревать наличие ВИЧ-инфекции. Распространение налетов на заднюю стенку глотки указывает на кандидоз пищевода.
- Хронический паротит: наличие одно- или двусторонней припухлости в области околоушной железы (непосредственно впереди от уха) в течение ≥ 14 дней, в ряде случаев в сочетании с болью и лихорадкой.
- Генерализованная лимфаденопатия: наличие увеличенных лимфатических узлов в двух или более областях, помимо паховой, без видимой причины.
- Увеличение печени без видимой причины: в отсутствии сопутствующих вирусных инфекций, таких как цитомегаловирусная.
- Затяжная и/или рецидивирующая лихорадка: повышение температуры тела (> 38°C) в течение ≥ 7 дней или повторяющееся более 1 раза в течение 7-дневного периода.
- Неврологические расстройства: прогрессирующие нарушения функции центральной нервной системы, микроцефалия, задержка психического развития, мышечный гипертонус, спутанность сознания.
- Herpes zoster (опоясывающий лишай): болезненная пузырьковая сыпь, сосредоточенная в пределах одного сегмента поверхности тела (дерматома) с одной стороны.
- ВИЧ-дерматит: эритематозно-папулезная сыпь. Кроме этого, часто наблюдаются распространенные грибковые поражения ногтей и кожи (в т. ч. волосистой части головы), обширный контагиозный моллюск.
- Хронические гнойные поражения легких.

Источник: Педиатрическая фармакология

для пациентов в основном была характерна пассивность, недостаточность агрессивного поведения в адрес возникающих психотравмирующих ситуаций, связанных с заболеванием, когнитивное и поведенческое избегание неприятных ситуаций, принятие всей ответственности за возникающие проблемы на себя, что сопровождалось чувством вины и соответственно вновь нарастающей пассивностью.

При анализе копинг-стратегий в зависимости от стадии и длительности заболевания обнаружилось, что с утяжелением соматического состояния больные чаще прибегали к копингу «самоконтроль», что говорит о нарастании эмоционального напряжения, сдерживании аффекта и увеличении интенсивности переживаний в связи с заболеванием. При анализе связи эмоциональных расстройств с длительностью и тяжестью заболевания обнаружилось, что у больных, находящихся на более тяжелых стадиях, уровень депрессивных переживаний был значительно выше.

Установленные тенденции обосновывают необходимость дифференцировать психотерапевтические подходы к больным на разных стадиях ВИЧ-инфекции. Кроме того, стабильность и неконструктивность копинг-стратегий у пациентов с разной длительностью болезни может косвенно предполагать предрасположенность их к формированию соответствующего образа жизни, ведущего к инфицированию.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПАВ

Пациенты с синдромами зависимости явились гораздо менее социально адаптированными по сравнению с пациентами, никогда не употреблявшими ПАВ. Чаще всего зависимые от ПАВ воспитывались по типу гипоопеки, многие из них были из неполных семей, наследственность большинства психопатологически отягощена. Больные отличались более низким уровнем образования, высоким уровнем безработицы, имели судимости в прошлом, были одинокими, без определенного места жительства. Круг их общения в основном также состоял из зависимых от ПАВ. Пациенты без синдромов зависимости в анамнезе, напротив, были наиболее социально адаптированы. Они получили более высокий уровень образования, стремились работать, жили в семье. Группа пациентов, находящихся в ремиссии от ПАВ, явилась смешанной и показала средний уровень социального функционирования в сравнении с другими.

При анализе уровня тревоги и депрессии (по шкалам Гамильтона) обнаружилось, что средний уровень депрессивных переживаний у пациентов без синдромов зависимости в анамнезе достоверно выше, чем у зависимых от ПАВ. Зависимые от ПАВ пациенты чаще были склонны к нарушениям режима, менее регулярно посещали врачей Центра СПИДа и менее регулярно принимали назначенную терапию (в том числе антиретровирусные препараты).

При анализе стратегий совладающего поведения пациенты с синдромами зависимости на момент обследования по сравнению с нормой больными чаще прибегали к «конфронтации», «дистанцированию», «бегству-избеганию» и «принятию ответственности». В то же время «поиск социальной поддержки» этой группой больных использовался значительно реже. Их поведение характеризовалось двойственностью: с одной стороны, возникали агрессивные тенденции, с другой – поведение было пассивным и избегающим, с возникающим чувством вины.

Пациенты без синдромов зависимости в анамнезе по сравнению с больными других групп и здоровыми значительно реже использовали «дистанцирование» и «планирование», чаще прибегали к «поиску социальной поддержки». Их поведение было менее агрессивным, они меньше избегали проблемных ситуаций, меньше принимали на себя ответственность, были более открытыми и общительными. Однако в связи с невозможностью когнитивного отстранения от проблем эта группа пациентов сильнее

переживала соматические страдания, поэтому у них обнаружились более высокие показатели тревоги и депрессии. Пациенты с синдромами зависимости, находящиеся в состоянии ремиссии, имели показатели копинг-стратегий, промежуточные между показателями группы зависимых от ПАВ и пациентов, никогда ими не злоупотреблявших.

В результате проведенного исследования определился ряд мишеней для психокоррекционной работы, в первую очередь для проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Пациентов с синдромами зависимости от ПАВ помимо лечения от наркомании или алкоголизма возможно учить более целенаправленному и последовательному поведению, не стремиться к бегству при возникающих психотравмирующих событиях, быть менее агрессивными и более открытыми в поиске действенной помощи и социальной поддержки, доверительнее относиться к другим людям. Очевидно, что более «благодарной» для психотерапии группой пациентов станут больные без синдромов зависимости от ПАВ.

Источник: Экология человека

ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРОДОЛЖАЮТ ОСТАВАТЬСЯ ПРОБЛЕМОЙ

С каждым годом увеличивается число пациентов на поздних стадиях с развитием различных вторичных заболеваний, требующих интенсивной стационарной помощи и ухода. Именно вторичные заболевания являются основной причиной летальных исходов у больных на стадии СПИДа. Наибольшие трудности возникли при диагностике криптококковой инфекции, все случаи которой были верифицированы постмортально.

С каждым годом увеличивается число пациентов на поздних стадиях с развитием различных вторичных заболеваний, требующих интенсивной стационарной помощи и ухода. Именно вторичные заболевания являются основной причиной летальных исходов у больных на стадии СПИДа по нескольким причинам: пациенты, не зная об инфицировании, обращаются за медицинской помощью поздно, когда вторичные заболевания уже становятся индикатором болезни; пациенты отказываются от антиретровирусной терапии из-за психосоциологических или экономических факторов; некоторые пациенты не имеют приверженности к терапии. Ведущими оппортунистическими поражениями у больных СПИДом в России являются туберкулез (более, чем в 60% случаев, причина смерти более 50% больных); цитомегаловирусная инфекция (в 13–15%, причина смерти 10–15% больных); церебральный токсоплазмоз (5–7%, причина смерти 16–17% больных); пневмоцистная пневмония (7–9%, причина смерти 16–17% больных); кандидозный эзофагит/висцеральный кандидоз (25–30%, причина смерти 10–13% больных).

В ходе одного из исследований было изучено 108 летальных случаев среди ВИЧ-инфицированных пациентов. В структуре умерших ВИЧ-инфицированных пациентов преобладали мужчины (76%). Возраст пациентов составил от 24 лет до 61 года, средний возраст 34,6+0,6 года. 70,7% инфицированы парентеральным путем, на долю полового пришлось 25,3%, сочетанное инфицирование половым и парентеральными путями выявлено у 4%. Употребляли ПАВ, злоупотребляли алкоголем - 62,5%.

96% умерших скончались от оппортунистических поражений, которые развивались на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. От момента постановки на учет до смерти в среднем прошло 5,9+0,6 лет. На учет менее, чем за год до смерти были взяты 23% пациентов. Регулярно на прием к инфекционисту являлась всего 1 пациентка, но в связи с низкой приверженность к терапии лечение не получала. Получали АРВТ 86% пациентов, но из них у 41% лечение начато несвоевременно, на поздних стадиях на фоне уже глубокой иммуносупрессии, 59% принимали препараты нерегулярно, неоднократно прерывали терапию из-за низкой приверженности. 14% пациентов не получали терапию вообще, в том числе и по причине категорического отказа.

83% умерших были госпитализированы и скончались в противотуберкулезных диспансерах, в инфекционной больнице, в других лечебных учреждениях, в пенитенциарных учреждениях умерли 3% и 14 % скончались на дому. У 50,6% пациентов, наряду с ВИЧ-инфекцией, был выявлен ХВГ (С, В+С).

Наибольшие трудности возникли при диагностике криптококковой инфекции, все случаи которой были верифицированы постмортально. Криптококкоз – одно из наиболее тяжелых СПИД-индикаторных заболеваний, развивающихся, как правило, на фоне тяжелого иммунодефицита. Инфекция с трудом поддается лечению, а без специфической терапии приводит к смерти. Смертность от криптококкоза до начала АРВТ составляла 63,8%. Однако показатели ранней смертности от криптококкоза остались прежними даже с появлением АРВТ.

Источник: Вестник ОГУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА ОТДЕЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Медико-социальный портрет пациента терапевтического профиля - это больной мужского или женского пола среднего возраста. Состоит в браке (51,9%). Проживает в районном центре (78,8%), имеет высшее или среднее образование (42,3 и 30,8% соответственно) и ежемесячный доход на одного члена семьи 12,1-18,0 тыс. рублей (40,4%). Без вредных привычек (67,3%), отмечает наличие факторов риска, таких как стресс (эмоциональное перенапряжение) – 42,3%, оказывающих влияние на состояние здоровья. Оценивает состояния своего здоровья как среднее, отмечая, что довольно часто болеют, или чувствуют себя нездоровыми (40,4%). Имеет хронические заболевания (69,2%) преимущественно пищеварительной системы (44,2%). За медицинской помощью обращается редко (25,0%) или 2 раза в год (25,0%). С профилактической целью посещает врача реже 1 раза в год (34,6) или 1 раз в год (26,9%). Не имеет группу инвалидности (90,4%), не нуждается в постороннем уходе (73,1%).

Вывод. Составление медико-социального портрета пациента является важной задачей сестринского персонала при реализации этапов сестринского процесса, от чего в последствии может зависеть результат деятельности медицинской сестры и такой важный показатель качества медицинской помощи как удовлетворенность пациента предоставляемыми услугами.

Источник: Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)

Минздрав РФ: состав бригад скорой помощи может измениться с 1 июля 2016года

Вносимые изменения направлены на обеспечение правовой и социальной защиты медицинских работников и на оптимизацию материально-технического оснащения автомобилей скорой помощи

Предлагается, в частности, добавить в состав выездных бригад скорой помощи медсестер и закрепить состав бригад – "3 человека для общепрофильной и 4 человека – для специализированной выездных бригад". При этом должности "санитар-водитель" и "фельдшер-водитель скорой медицинской помощи" из документа исключены.

Предусмотрено также снижение класса автомобиля для выездных психиатрических бригад скорой помощи и исключение "избыточного" оборудования в "неотложках".

Минздраву предложили установить "кнопки качества" в больницах

Такие кнопки — механизм получения органами исполнительной власти на местах обратной связи от пациентов для мониторинга качества обслуживания во всех российских регионах. В Минздраве РФ «Известиям» рассказали, что предложение «рассмотрено, принято к сведению и будет использовано министерством».

В ведомстве также отметили, что «со своей стороны Минздрав России проводит мониторинг удовлетворенности населения качеством услуг, оказываемых в первичном звене».

«В 2015 году был запущен общероссийский проект «Вежливая регистратура», в рамках которого посетители поликлиник могли пожаловаться на неэтичное поведение медицинских работников. В конкурсе участвовало более 1 тыс. регистратур в 73 субъектах РФ. По итогам конкурса разрабатываются единые стандарты организации работы регистратур», — пояснили в Минздраве.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. N 216н г. Москва "Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ

Я, нижеподписавшаяся,, ____года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов; 7 дней.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено / не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)[2]: "__"_____ 20_г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент

(фамилия, имя, отчество) (подпись) Дата "__" _____ 20_г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог

(имя, отчество, фамилия) (подпись)

Дата "__"_____ 20_г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2016, № 7

Подписано в печать 22.04.2016. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 6245

E-mail: mediteka21@mediteka.ru