

Министерство здравоохранения Самарской области
Министерство образования и науки Самарской области
Министерство имущественных отношений Самарской области
**Кинель-Черкасский филиал государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения
«Тольяттинский медицинский колледж»**



СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПУТЬ В НАУКУ»
(сборник материалов)

с. Кинель-Черкассы, 2021

Материалы студенческой научно-практической конференции «Путь в науку», проходившей в рамках проведения недели специалиста «Новая медицина» (Самарская область, с. Кинель-Черкассы, ул. Красноармейская, 60А, 22 марта – 01 апреля 2021 г.): Тезисы докладов - 45 с. Электронная версия.

В сборник включены тезисы докладов, подготовленные участниками студенческой научно-практической конференции «Путь в науку» по направлениям:

- здоровый образ жизни молодого поколения;
- анализ социальных факторов, определяющих образ жизни молодежи;
- проблема мотивации здорового образа жизни у подрастающего поколения;
- влияние вредных привычек на организм подростка;
- охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи;
- влияние психоэмоционального состояния на здоровье и качество жизни;
- современные гаджеты и здоровье;
- утилизация отходов – важная проблема XXI века. Пути и способы ее решения.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

*Климов С.М., Калинина И.О., студенты 2 курса,
специальность 34.02.02 Медицинский массаж
Бекетова Т.Ф., руководитель, преподаватель
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй).

11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2, а 11 марта 2020 года распространение вируса было признано ВОЗ пандемией.

Коронавирус представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме. Заболевание вызывается новым вирусом, против которого у людей изначально нет приобретённого иммунитета, к инфекции восприимчивы люди всех возрастных категорий. Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма.

COVID-19 способен вызывать тяжелые осложнения со стороны сердца, лёгких, мозга, почек, сосудов и других жизненно важных систем и органов человека. Последствия коронавирусной инфекции не менее опасны, чем сама инфекция. Если упустить их развитие, они могут привести к серьёзным осложнениям.

В программу реабилитации таких пациентов необходимо включить не только дыхательную гимнастику, но и физиотерапию, ингаляции и комплекс аэробных упражнений. Хороший эффект даёт массаж.

Целью изучения данной темы является: изучение эффективности массажа в реабилитации больных, перенесших коронавирусную пневмонию.

В ходе нашей работы был проведен анализ статистических данных на 01 марта 2021 года.

На 1 марта 2021 в России зафиксировано 4 428 239 случаев заражения коронавирусом COVID-19. Это составляет 3,62% от общего количества зараженных.

Общее число смертей от коронавирусной инфекции в России составляет 93 824 человека, летальность составляет 2.12%.

В активной фазе болезни находятся 297 379 человек, из них 2 300 в критическом состоянии.

Полностью вылечили от вируса 4 037 036 человек, восстановление составляет 91.17%. Россия занимает 4 место в рейтинге по количеству зараженных людей во всем мире.

На 1 марта 2021 в Самарской области зафиксировано 53 106 подтвержденных случаев заражения коронавирусом COVID-19. 1 007 человек скончалось, уровень летальности составляет 1.90%.

Полное излечение от вируса в Самарской области зафиксировано у 49 585 человек.

Заболевание и смертность от коронавируса в разных возрастных группах

| Возрастная группа | % от всего населения | % от зараженных | Смертность, % |
|-------------------|----------------------|-----------------|---------------|
| 0–9 | 12 | 0,9 | 0 |
| 10–19 | 11,6 | 1,2 | 0,1 |
| 20–29 | 13,5 | 8,1 | 0,2 |
| 30–39 | 15,6 | 17 | 0,2 |
| 40–49 | 15,6 | 19,2 | 0,4 |
| 50–59 | 15 | 22,4 | 1,3 |
| 60–69 | 10,4 | 19,2 | 3,6 |
| 70–79 | 4,7 | 8,8 | 8 |
| 80+ | 1,8 | 3,2 | 14,8 |

Как видно, среди детей младшего возраста смертность нулевая. У более старшего возраста наблюдается относительно немного случаев летального исхода заболевания.

Вероятность умереть вследствие заражения коронавирусом увеличивается с возрастом и достигает почти 15% у пожилых людей старше 80 лет.

Средний возраст заболевших коронавирусом COVID-19 составляет от 40 до 49 лет.

У вылечившихся от тяжёлой формы COVID-19, сопровождавшейся двусторонней пневмонией, могут наблюдаться изменения в лёгких, на что первыми обратили внимание китайские медики.

В декабре 2020 года в журнале Canadian Medical Association Journal опубликовано масштабное исследование учёных об осложнениях после COVID-19. Материалом для аналитики послужили данные о 70 288 амбулаторных и стационарных пациентах из базы данных здравоохранения с 1 марта по 30 апреля 2020 года. После COVID-19 риск возникновения:

- Пневмонии — 27,6%.
- Дыхательной недостаточности — 22,6%.
- Почечной недостаточности — 11,8%.
- Сепсис и системное воспаления — по 10,4%.

Выявлена связь между ковид-19 и заболеваниями лёгких и ССС. Например, коллапс лёгкого, нарушения свёртываемости крови и воспаление сердца.

В соответствии с методическими рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения, утвержденными Минздравом РФ, реабилитация после COVID-19 требуется всем переболевшим, независимо от степени тяжести заболевания. Её следует начинать еще на госпитальном этапе, постепенно расширяя круг восстановительных мероприятий, направленных на улучшение газообмена и повышение жизненной емкости легких предотвращение развития постинфекционных осложнений устранение синдрома «последствий интенсивной терапии» исключение утяжеления хронической сердечно-сосудистой или неврологической патологии повышение толерантности к нагрузкам, улучшение физической формы стабилизацию психоэмоционального состояния и устранение нарушений сна возвращение человека к привычной жизнедеятельности.

Согласно рекомендациям, первый этап реабилитации после коронавируса, приведшего к пневмонии, должен проводиться в палатах интенсивной терапии и специализированных подразделениях, силами медработников. Второй может проходить в восстановительных отделениях или дистанционно, с применением технологий телемедицины. Третий этап предусматривает восстановление на дому, в реабилитационных центрах или санаторно-курортных организациях.

И в целом программа реабилитации постковидного синдрома должна привести к следующим результатам:

- Быстрое восстановление дыхания.
- Укрепление иммунной, сердечно-сосудистой систем.
- Прилив жизненной энергии, повышение активности и тонуса.
- Полное возвращение к привычной жизни.

Перечень реабилитационных мероприятий зависит от индивидуальных особенностей пациента и может состоять из следующих элементов:

- лечебной гимнастики;
- дыхательной гимнастики с применением респираторных тренажеров;
- массажа;
- психотерапии;
- диетотерапии;
- физиотерапевтических процедур.

На сегодняшний день программа реабилитации после COVID-19 проводится по той же схеме, что и реабилитация при хронических заболеваниях лёгких. Самое главное — постараться максимально восстановить утраченные функции этих жизненно важных органов.

Задачи массажа: адаптация пациента к бытовым нагрузкам, ликвидация обратимых остаточных явлений после перенесенного заболевания, дальнейшая тренировка компенсаторных механизмов.

Основное влияние массажа на систему органов дыхания. Массаж улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает насыщение артериальной крови кислородом, нормализует кортико-висцеральные взаимоотношения, кожно-мышечные и нервно-сосудистые реакции.

В легочной системе восстанавливает и улучшает периферическое и легочное кровообращение, сокращает сроки лечения, стимулирует эвакуаторно-дренажную функцию в бронхах, укрепляет дыхательную мускулатуру, улучшает подвижность грудной клетки, способствует закаливанию, укреплению всего организма.

Под влиянием массажа увеличивается газообмен. Последствие массажа проявляется в нормализации кислотно - основного состояния, в увеличении эластичности легочной ткани, проходимости бронхов и резервов дыхания.

Энергичный, но не продолжительный по времени, массаж грудной клетки с использованием таких приемов, как поколачивание, растирание и рубление, способствует рефлекторному углублению дыхания, увеличению минутного объема дыхания и лучшей вентиляции легких.

Основным приёмом массажа, помогающим быстрее восстановить лёгкие после воспаления, является вибрация.

Движения, вызывающие вибрацию, способствуют улучшению кровообращения, стабилизируют дыхание, активируют процесс очищения лёгких от мокроты. Самым простым вариантом такого массажа может быть даже простое похлопывание несколько минут по спине ладонями. Это стимулирует отток жидкости из верхних и нижних дыхательных путей. Благотворное влияние оказывает и разогревающий массаж.

В реабилитационный период массируют грудную клетку со всех сторон, массаж проводят в ИПП лежа. Акцентируют внимание на массаже межлопаточной области, области лопаток, под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

На переднебоковой поверхности грудной клетки используют приемы классического массажа, но с несколько большей силой и интенсивностью.

При массаже спины особое внимание уделяют растиранию мягких тканей возле позвоночника, межлопаточной области, области лопаток, зоне под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

Продолжительность массажа грудной клетки со всех сторон постепенно увеличивается до 15 – 20 минут. Курс 12 – 15 процедур ежедневно. Через месяц желательно проведение повторного курса массажа.

На основании проведенного исследования и полученных результатов можно сделать следующие выводы:

Постковидный синдром возникает примерно у каждого пятого, переболевшего COVID-19. Причем он может возникнуть вне зависимости от того, в какой форме заболевание протекало у человека: скрытой, легкой, средней, тяжелой или критической.

То, как заболевание отразится на людях в долгосрочной перспективе, в полной мере еще предстоит выяснить. Но уже сейчас специалисты отмечают, что здоровье переболевших COVID-19 не будет прежним.

Заражение новым коронавирусом, атакующим практически все основные системы организма, может вызвать серьезные осложнения и привести к тяжелым последствиям.

Главной мишенью COVID 19 становятся нижние отделы дыхательной системы. Однако существуют многочисленные доказательства его воздействия на ЦНС и все жизненно важные органы.

Блокируя противовоспалительное действие фермента, COVID-19 атакует практически весь организм, вызывая ряд серьезных последствий:

- астенический и астеновегетативный синдром (слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, длительный субфебрилитет);
- атипичную пневмонию с необратимым фиброзом легких;
- воспаление миокарда, приводящее к нарушениям сердечного ритма;
- дисфункцию сосудистого эндотелия;
- повышение свертываемости крови и тромбозы;
- почечную недостаточность;
- пищеварительные расстройства;
- обострение опорно-двигательных патологий;
- тиреоидит (воспалительное заболевание щитовидки);
- энцефалит (воспаление головного мозга);
- неврологические нарушения.

Другими словами, виновник пандемии вызывает развитие системного воспаления, которое может привести к осложнению со стороны практически любого органа.

Мы считаем, что данная тема имеет перспективы развития, т.к. после реабилитации пациент восстанавливается быстрее и с наименьшими осложнениями.

И только своевременная реабилитация не позволит разделить жизнь пациента на «до» и «после» COVID-19, поможет восстановить нарушенные функции и вернуться к привычной жизни.

Уже сегодня можно сделать выводы о том, что коронавирус отрицательно влияет на психоэмоциональное здоровье людей.

В настоящее время известны случаи, когда тяжелое нарушение психоэмоционального состояния после коронавируса заканчивалось суицидальным исходом.

На основании этого можно сделать вывод, что массаж достаточно эффективен в реабилитации постковидного синдрома, т.к. идет воздействие не только на органы дыхания, но и на сердечно-сосудистую систему, и на весь организм в целом.

В любом случае постковидный синдром – опасное состояние, о котором не следует умалчивать, а лучше сразу обращаться к специалистам.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 27.03.2020.
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О новой коронавирусной инфекции. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 27.03.2020.
3. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю. В. Лобзина. — СПб, 2000. — Ч. 2. — С. 14-15.
4. Давыдов Д., Кашубина О. Самые важные вопросы про коронавирус // Т — Ж. — 2020.

5. Коронавирусная инфекция (COVID-19): вакцины // WHO, 12.12.2020.
6. <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19158>
7. <https://koronavirus-today.ru/koronavirus-v-samarskoj-oblasti-statistika-zabolevanij/>

ЭПОКСИДНАЯ СМОЛА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Сапукова Э.Б., студентка 1 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Еленина С.А., руководитель, преподаватель
Кинель - Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Актуальность исследования

В наш век информационных технологий декоративно-прикладное творчество не утратило своего значения. Всё так же мастера создают прекрасные работы в разных техниках, оттачивая и совершенствуя своё мастерство, давая возможность огромному числу людей любоваться красотой своих творений. И в последнее время становится всё более популярной техника изготовления украшений с использованием эпоксидной смолы.

Эпоксидные смолы относятся к классу термореактивных пластиков и сходны с такими материалами как фенолы и полиэферы. Ряд ценных свойств эпоксидных смол привел к их широкому применению в промышленности. Эпоксидные смолы универсальны вследствие своей незначительной усадки, легкости отверждения, хорошей химостойкости и чрезвычайно высокой прочности клеевого соединения.

Цель: отработать технику изготовления изделия из эпоксидной смол.

Эпоксидная смола — олигомеры, содержащие эпоксидные группы и способные под действием отвердителей (полиаминов и др.) образовывать сшитые полимеры. Наиболее распространённые эпоксидные смолы — продукты поликонденсации эпихлоргидрина с фенолами, чаще всего — с бисфенолом А. Смолы на основе бисфенола А часто называются эпоксидно-диановыми в честь русского химика А. П. Дианина, впервые получившего бисфенол А.

Эпоксидные смолы представляют собой жидкие, вязкие или твердые прозрачные термопластичные продукты от светлого до темно-коричневого цвета. Они легко растворяются в ароматических растворителях, сложных эфирах, ацетоне, но не образуют пленок, так как не твердеют в тонком слое (пленка остается термопластичной).

Эпоксидные смолы по своему строению являются простыми полиэферами, имеющими по концам эпоксигруппы, которые являются весьма реакционноспособными.

При действии на эпоксидные смолы соединений, содержащих подвижный атом водорода, они способны отверждаться с образованием трехмерных неплавких и нерастворимых продуктов, обладающих высокими физико-техническими свойствами. Таким образом, термореактивными являются не сами эпоксидные смолы, а их смеси с отвердителями и катализаторами.

Эпоксидные смолы в смеси с отвердителями образуют термореактивные композиции, обладающие ценными свойствами: высокая прочность и стойкость к внешним механическим и химическим воздействиям; водонепроницаемость; диэлектрические свойства; способность к длительному хранению в естественном состоянии без добавления отвердителя; возможность создания различных материалов при использовании одинаковых комплектующих (смола + отвердитель), но в разных пропорциях. **Экологичность** – не выделяются как при работе, так и во время эксплуатации какие-либо токсины или газы.

При работе с эпоксидными смолами очень важно использование отвердителя. **Отвердитель** - это химическое вещество для сшивания молекулярных цепочек. Аминные отвердители эпоксидных смол реагируют с раскрытием эпоксидной группы и образованием гидроксила, а затем образуют более сложные пространственные полимеры. Реакция с эпоксидной смолой протекает довольно активно, поэтому добавление отвердителя должно производиться незадолго до употребления смолы.

Чем больше в смоле эпоксидных групп, тем больше образуется полимерных связей, которые будут создавать пластичный полимер. Рассмотрим на примере отвердителя, который используется для создания декоративных изделий из эпоксидной смолы.

Триэтилентетрамин (ТЭТА) – представляет собой прозрачную низковязкую жидкость, достаточно едкую, с резким запахом. Согласно сертификатам анализа, массовая доля собственно ТЭТА в продукте составляет не менее 96%.

Масса триэтилентетрамина для отверждения 100 граммов эпоксидной смолы ЭД-20 (21% эпоксидных групп) следует выбирать в интервале от 9 до 11 граммов. Рекомендуемый режим отверждения композиции, имеющей в своем составе 100 грамм ЭД-20 и 10 граммов ТЭТА:

- обычно: 24 часа при температуре 20-25°C
- для улучшения физико-механических свойств: 24 часа при температуре 20-25°C и дополнительно 5 часов при температуре 80°C

При использовании ТЭТА очень важно точно соблюдать технологию. Доотверждение как правило происходит только при повышенных температурах, при комнатной температуре поверхность изделия часто остается липкой.

Получение эпоксидного раствора для создания декоративных изделий в домашних условиях:

1. Приготовить небольшую емкость и два мерных стакана и приспособление, которым вы будете набирать смолу.
2. Набрать определенное количество смолы, вылить в емкость. Затем набрать отвердитель и в пропорции 2:1 ввести его в смолу.
3. Интенсивно размешать состав, но без применения электромеханизмов, оставить затвердевать на предполагаемой для использования поверхности (или на подобной).
4. Наблюдать за процессом полимеризации. При необходимости внесения корректив следует обратиться к тому же методу, но с применением других пропорций.

Реакция эпоксидной смолы с отвердителем необратима.

Отвердитель необходимо лить в эпоксидную смолу, очень медленно, постоянно перемешивая. Сильная передозировка отвердителя даже временно в части емкости может привести к «закипанию» эпоксидной смолы (смола станет матово-белой, покроется пеной), в этом случае вся эпоксидная смола будет испорчена.

Изготовление композитных соединений (стеклопластик, углепластик). Стеклоткань и углеткань, пропитанная эпоксидной смолой, обладает очень высокой прочностью при небольшом весе. Это делает композиты незаменимыми соединениями, применяемыми в судостроении, авиастроении, ракетостроении и автомобилестроении.

Большое значение уделяется эпоксидной смоле в современном мире:

- Наливные (полимерные) полы, ставшие очень востребованными в последнее время. Гидроизоляция. Это свойство ценится как в судостроении, где смола интенсивно применяется, так и для создания водозащитных покрытий при постройке, например, бассейнов.

- Декоративно-прикладное искусство: из эпоксидных смол изготавливают *броши, кулоны, кольца, серьги и другие украшения. Дизайнерская мебель.*

- Ремонтные работы (смола в сочетании со стеклотканью поможет отремонтировать кузов автомобиля или катер, а со стеклолентой — течь в трубе).

- Диорамы, модели, поделки. Незаменима в стендовом моделизме. Изготовление прочных пропиток и покрытий для древесины и других материалов. Использование в качестве клеев для изготовления деталей ячеистой структуры в самолетостроении, в производстве малярных кистей и для отделочных покрытий по бетону; в качестве литевых составов для изготовления малых серий отливок штампов, шаблонов и инструментов;

- Использование в качестве набивочных и уплотнительных масс в строительстве зданий и шоссежных дорог, а также в тех случаях, когда требуется высокая химостойкость; в качестве заливочных и герметизирующих составов, а также пропиточных смол и лаков в электротехнической и электронной промышленности;

- Использование в качестве слоистых пластиков, применяемых для изготовления корпусов самолетов и летательных аппаратов, для намотанных изделий и для зажимных приспособлений.

Эпоксидные смолы находят применение также в качестве декоративных покрытий, в производстве печатных красок, для изготовления водоотталкивающих составов в текстильной промышленности, в зубопротезной и протезной промышленности, в хирургии, в нефтеперерабатывающей промышленности и для изготовления пенопластов.

Отверждённая по правильной технологии эпоксидная смола считается абсолютно безвредной при нормальных условиях, её применение сильно ограничено, так как при отверждении в промышленных условиях в ЭС остаётся некоторое количество золь-фракции — растворимого остатка. Он может нанести серьёзный урон здоровью, если будет не вымыт растворителями и попадёт внутрь организма.

В наше время отечественная промышленность выпускает большое число разновидностей эпоксидных смол с молекулярной массой от 170 до 3500. Однако наиболее распространены эпоксидные диановые смолы, получаемые из эпихлоргидрина и дифенилолпропана. Это смолы марок ЭД-24, ЭД-24Н, ЭД-22, ЭД-20, ЭД-16, ЭД-16Р, ЭД-14, ЭД-14Д, ЭД-НСП, ЭД-20СП, ЭД-10, ЭД-8. Выпуск диановых олигомеров в общем объеме производства эпоксидных смол составляет более 90%.

Эпоксидная смола, как и многие другие химические составы, требует осторожного с ней обращения, соблюдения определенных правил. Они в основном касаются состава в жидком состоянии. Некоторые эпоксидные компоненты могут вызывать ожоги, дерматиты, отравления, поражать верхние дыхательные пути. Зная, как работать с эпоксидной смолой, можно избежать повреждений и травм.

Основные требования безопасности:

1. Нельзя производить соединение компонентов в посуде, предназначенной для приготовления пищи.
2. Перед началом работы с эпоксидной смолой необходимо надеть спецодежду, включая перчатки. На руки предварительно следует нанести защитный крем.
3. Работы по механической обработке отвердевшего материала нужно выполнять в очках и респираторе.
4. Если эпоксидный состав все же попал на кожу, необходимо немедленно смыть его теплой водой с мылом или же вытереть тампоном, смоченным в денатурированном спирте.
5. Работы с эпоксидной смолой можно проводить только в тех помещениях, где организована приточно-вытяжная вентиляция.

Из всего выше сказанного можно сделать **вывод**, что композиции на основе эпоксидных смол обладают отличными свойствами, такими как: высокая адгезия к металлам, полярным пластмассам, стеклу и керамике, высокие диэлектрические свойства; высокая механическая прочность; хорошая химостойкость, водостойкость,

атмосферостойкость; радиопрозрачность. Эпоксидные смолы находят широкое применение в промышленности. Они могут перерабатываться различными методами, а именно: литье, заливка, герметизация, формование. Используются, для изготовления слоистых пластиков, в качестве клеев, покрытий.

В связи с высокими диэлектрическими свойствами эпоксидные компаунды применяются в качестве пропиточных составов для высоковольтной изоляции, в качестве герметика для заливки плат, устройств и приборов.

Источники информации

1. Отвердители для эпоксидной смолы: функции, виды, особенности применения <https://samstroy.com/>
2. Отвердители для эпоксидных смол <http://techno.x51.ru/index.php?mod=text&uitxt=301>
3. Как выбрать эпоксидную смолу для творчества: советы редакции// <https://homemyhome.ru/ehpoksidnaya-smola-dlya-tvorchestva.html>
4. Эпоксидная смола: получение, свойства, отверждение// <http://techno.x51.ru/index.php?mod=text&txnode=169&uitxt=814>
5. Эпоксидная смола - общая структурная химическая формула// <http://techno.x51.ru/index.php?mod=text&txnode=169&uitxt=300>
6. Остановись мгновение: раскрываем секреты эпоксидной смолы для творчества <https://housechief.ru/ehpoksidnoj-smoly-dlya-tvorchestva.html>
7. Технология производства эпоксидных смол <https://mirznanii.com/a/325801-8/tehnologiya-proizvodstva-epoksidnykh-smol-8/>

Приложение № 1 и 2. Медицинская марлевая повязка и латексные перчатки



Приложение № 3. Цветная ваза из эпоксидной смолы.



ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Соболь А.А., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело

Кирилина Т.Н., руководитель, преподаватель

Кинель - Черкасский филиал

ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»

Сохранение репродуктивной функции у женщин и мужчин является одной из приоритетных задач современной медицины. Главная причина нарушения репродуктивного здоровья является поражение инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Согласно статистическим данным ВОЗ, около 50% всех заболеваний, обусловленных ИППП, отмечаются среди молодых людей в возрасте 15-24 лет. Каждый третий подросток (15-17 лет) имеет опыт половой жизни, среди них каждый пятый имеет в среднем от 2 до 6 партнеров. Следствием ИППП являются хронические воспалительные заболевания мочеполовой сферы, спаечный процесс и бесплодие.

Актуальность проблемы обусловлена достаточно высоким уровнем заболеваемости данными инфекциями, что связано с определенным аспектом социального поведения человека. На сегодняшний день характерен крах антисексуальных установок: заметно ослабли запреты наготы, расширились границы речевой пристойности. Половая социализация молодежи способствует большей свободе принятия решений, включая вопросы сексуальной жизни. Большинство подростков вступают в первый половой контакт в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, что также способствует росту заболеваемости ИППП.

Целью данной работы является доказать необходимость усиления информированности молодежи по профилактике ИППП среди студентов.

Задачи:

1. Выявить степень информированности молодежи по вопросам профилактики ИППП.
2. Выявить основные пути поступления информации об ИППП в студенческой среде.
3. Определить уровень личной заинтересованности в профилактике ИППП.

Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем – это группа инфекционных заболеваний, которые передаются в основном при половом контакте от больного человека к здоровому. К ИППП относят сифилис, гонорею, хламидийную и микоплазменную инфекцию, трихомониаз, герпетическую и папилломавирусную инфекцию половых органов. Кроме выше перечисленных заболеваний встречаются: шанкرويد, паховая гранулема и хламидийная лимфогранулема, ВИЧ-инфекция.

При половых контактах помимо ИППП, ВИЧ – инфекции передаются вирусные гепатиты В и С, а также некоторые другие заболевания (чесотка, лобковые вши, контагиозный моллюск).

Нередко источником ИППП может быть внешне здоровый человек – носитель инфекции. Путь передачи преимущественно половой, однако ряд заболеваний, например сифилис, чесотка, контагиозный моллюск могут передаваться в результате тесного бытового контакта (нахождение в одной постели, использование общего полотенца, мочалок, посуды). Для ВИЧ и вирусных гепатитов помимо полового пути передачи инфекции важную роль играет и инъекционный путь, что характерно для наркоманов.

Несмотря на многочисленные исследования о распространенности факторов риска, путях передачи и профилактики ИППП, остается недостаточно изученной информированность молодежи по данной проблеме.

С целью изучения осведомленности молодежи о возможных путях передачи ИППП был проведен анонимный социологический опрос обучающихся ГБПОУ СО «Отраденский нефтяной техникум».

При проведении анкетирования была изучена компетентность лиц молодого возраста в вопросах профилактики заражения ИППП, а также определены приоритетные знания, в которых нуждается указанный контингент.

Опрошено 102 человека (студенты 3 и 4 курсов), из которых 66,7 % — девушки, 33,3 % — юноши, 96 % молодых людей были в возрасте 18–20 лет.

Результаты исследования:

82 % респондентов ответили, что обладают информацией об ИППП, причем большая часть (57 %) в качестве источников информации указали СМИ (это, прежде всего, Интернет и телевидение), и, только 12% просвещаются через медицинскую литературу.

Каково же качество имеющихся знаний? Так, все перечисленные в анкете заболевания (сифилис, гонорея, хламидиоз, гепатит В, ВИЧ-инфекция, герпес, кандидоз, микоплазмоз) как ИППП отметили лишь 12 % опрошенных.

ВИЧ-инфекцию отнесли к ИППП 99 % студентов, что можно объяснить настроенностью и количеством информации в СМИ об этом заболевании.

Но значительно меньшее число молодых людей осведомлено о других ИППП. И если сифилис считают половой инфекцией 96 % опрошенных студентов, то гепатит В — только 21 %.

Отвечая на вопрос о группах молодежи, подверженных наибольшему риску инфицирования, 91% студентов ГБПОУ «ОНТ» назвали лиц, часто меняющих половых партнеров.

65 % обучающихся отнесли к группе риска наркоманов, справедливо полагая, что наркомания приводит к социальной дезадаптации, в том числе к беспорядочным половым связям, которые чреваты заражением ИППП, 46 % опрошенных отнесли к группе риска работников сферы сексуальных услуг. Заслуживает внимания тот факт, что лица, мало информированные об ИППП, также подвержены высокому риску заражения (это подтвердили 29 % респондентов).

Сами студенты весьма критично оценивают свой уровень информированности о ИППП: только 13 % считают его высоким, 67 % — средним, а 20% испытывают недостаток знаний.

Таким образом, анализ выше изложенного позволяет заключить о наличии у обучающихся верных представлений по большинству вопросов об ИППП.

Но всегда ли реальное поведение молодых людей соответствует их теоретическим знаниям? На момент опроса 64 % респондентов имели сексуальный опыт. При этом только 61 % юношей и девушек при сексуальных контактах всегда используют презерватив, 29 % — время от времени (скорее, для предупреждения зачатия), а 10 % молодых людей никогда не используют барьерные методы защиты.

35% опрошенных выбирают такой способ защиты от ИППП как «надежный половой партнер». И только 57 % студентов считают эффективным использование презерватива при каждом половом контакте, а 8% ошибочно считают, что предупредить ИППП можно, используя гормональные контрацептивы.

При этом 39% участников опроса считают, что лично для них отсутствует угроза заражения ИППП, 46% оценивают угрозу как низкую или очень низкую, 6 % — как среднюю и только 9 % — как высокую или очень высокую.

Более зрелыми выглядят ответы на вопрос: «Ваши действия в случае инфицирования». 73 % опрошенных обратятся к врачу-специалисту. Это свидетельствует

об осознании респондентами серьезности проблемы и возможных последствиях, о доверии к медицинским работникам и, несомненно, о возможности анонимно пройти обследование и лечение, 10 % юношей и девушек посоветуются с родителями, еще 10 % опрошенных прибегнут к самолечению, надеясь, вероятно, на многочисленные советы Интернета, 4 % обратятся к друзьям, а 3 % вообще не считают обязательным лечиться.

Вывод: низкая информированность молодежи о последствиях заражения ИППП является фактором риска инфицирования. Ведь характерная для подростковой среды высокая половая активность и тенденция к частой смене половых партнеров способствуют распространению заболеваний.

Оценка информированности студенческой молодежи о путях передачи инфекций, передающихся половым путем, и разработка соответствующих профилактических мероприятий имеют особую важность не только для сохранения здоровья нации, но и для улучшения демографической ситуации в стране. Отсутствие достаточных знаний по профилактике среди подростков и молодежи является одной из ключевых причин их широкого распространения.

Список литературы:

1. Алексеева Е.Б., Ефремова М.В. Профилактика инфекций, передающихся половым путем // Международный журнал экспериментального образования. – 2018. – № 10. – С. 29-32.
2. Иванова О. Л. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение // Под редакцией В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. - М.: Медицина, 2017. - 634 с.
3. Киясов И. А. Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути ее профилактики / И. А. Киясов, Ф. В. Хузиханов // Успехи современного естествознания. — 2017 — № 2 — С. 51–55.
4. Рукавицина О. А. Сексуальная культура современной молодежи / О. А. Рукавицина // Молодой ученый. — 2019 — № 4 — С. 367–371.
5. Скрипкин Ю.К. Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путем - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2019. – 335 с.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ КИНЕЛЬ – ЧЕРКАССКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «ТОЛЬЯТТИНСКИЙ МЕДКОЛЛЕДЖ»

*Сомова Е.Г., студентка 2 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Костерина Э.Н., Лазарева Н.А., руководители, преподаватели
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Аннотация: В последнее время большое внимание со стороны педагогов, врачей и общественности уделяется вопросам различных видов зависимости. Так, широко изучена зависимость от алкоголя, наркотиков. Актуальной является проблема компьютерной зависимости среди подростков и молодежи. Она губительна для неокрепшей психики детей разного возраста. Компьютерная зависимость является

серьезной проблемой социально-экономического характера, затрагивающая все большее и большее количество людей.

Цель исследования: определить наличие и степень компьютерной зависимости у обучающихся Кинель – Черкасского филиала ГБПОУ «Тольяттинский медицинский колледж».

Задачи:

1. Изучить сведения, причины возникновения и симптомы компьютерной зависимости.
2. Выявить причины возникновения компьютерной зависимости у обучающихся.
3. Проанализировать результаты, полученные в ходе исследования.
4. Сформулировать рекомендации для обучающихся по безопасному для здоровья использованию компьютерной техники.

Компьютерная зависимость (от сети Интернет, компьютерных игр, игровых автоматов) не менее опасна, чем зависимость от алкоголя или наркотиков, так как губительна для неокрепшей психики детей разного возраста. По данным исследований, компьютерную и игровую зависимость испытывают свыше 15% российских подростков. Термин «компьютерная зависимость» определяет патологическое пристрастие человека к работе или проведению времени за компьютером. Впервые о компьютерной зависимости заговорили в начале 80-х годов американские ученые.

Компьютерная зависимость является серьезной проблемой социально-экономического характера, затрагивающая все большее и большее количество людей. По разным оценкам, различными видами компьютерной зависимости страдают до 10% всех пользователей персональных компьютеров и сети Интернет во всем мире.

В основе формирования патологического пристрастия к компьютеру лежит нарушение психических механизмов восприятия мира и обработки информации. Уровень развития компьютерной техники и программного обеспечения на данный момент создают иллюзию реальности, в которую погружается человек, работающий за компьютером.

Появление всемирной сети Интернет создало возможность, так называемого интерактивного общения. Интерактивное общение чрезвычайно привлекательно для людей, отчужденных и неуверенных в себе, которые при этом хотят общения, но не находят его в окружающем их обществе.

В целях пропаганды ЗОЖ была оценена степень распространенности компьютерной зависимости среди студентов Кинель – Черкасского филиала ГБПОУ «Тольяттинский медицинский колледж».

Проводилось анкетирование и скрининг – опрос по вопросам, которые мы разработали сами. У студентов, постоянно работающих с компьютером проводилось углубленное изучение статуса компьютерной зависимости: анализ вида компьютерной зависимости, оценка мотивации по отказу от пристрастия к компьютерным играм и интернет – ресурсам.

Было проанкетировано 193 студента 1 – 4 курсов специальностей: Сестринское дело, Акушерское дело и Лечебное дело; из них юношей – 34, девушек – 159. Средний возраст студентов составил 17,5 лет.

91,4% студентов имеют дома компьютеры; из них 94,7% подключены к сети Интернет. При этом 58,1% студентов проводят за компьютером все свое свободное время, 30,1% студентов проводят за компьютером не более 40-50% свободного времени, а у 11,8% это время контролируют родители. Нами было выяснено, что компьютер используется студентами в разных целях:

- поиск и чтение информации различного рода в сети (100%);

- использование электронных образовательных ресурсов сети (скачивание книг, поиск рефератов, просмотр медицинских и образовательных сайтов, скачивание медицинских видеороликов) (47%);

- просмотр электронной почты (95%);
- скачивание и просмотр художественных фильмов (37%);
- общение в чатах, одноклассниках и т.д. (91%);
- игры (89%);
- просмотр материалов эротического содержания (63%).

При выборе проведения своего свободного времени 83% студентов (из них большая часть юношей) предпочитают компьютерную игру времяпровождению с семьей, друзьями, мотивируя это тем, что во время игры на компьютере они снимают стресс, и у них улучшается настроение. Но в то же время из-за длительного времяпровождения за компьютером они испытывают головные боли, у многих происходит нарушение сна, аппетита, стула. В обычной жизни молодые люди испытывают пустоту, раздражительность, подавленность, которые исчезают при игре за компьютером, где они отрешаются от реальной действительности, целиком переносясь в мир игры. Но при этом молодые люди не считают себя зависимыми от компьютера. Хотя на вопрос: «Представляете ли свою жизнь без компьютера?», 98 % ответили - «нет», потому что при помощи игры за компьютером они достигают жизненных целей, решают проблемы.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

- у 89% студентов отмечаются признаки компьютерной зависимости, в т.ч. у 53% - признаки игромании, у 36 % - признаки интернет зависимости;

- у 60% студентов с признаками компьютерной зависимости отмечаются проблемы с учебой (снижение успеваемости, увеличение количества пропусков занятий без уважительной причины);

- 57% студентов в связи с чрезмерным увлечением компьютерными играми и интернетом отмечают проблемы в семье (частые конфликты с родителями, с друзьями);

- из – за длительные проведений времени возле компьютера у многих возникают следующие проблемы со здоровьем:

1. неприятные ощущения в глазах, слезотечение;
2. боль в суставах кисти и мышцах предплечья;
3. умственная усталость и нарушение внимания;
4. хронический стресс.

Полученные первоначальные данные легли в основу разработки рекомендаций по снижению негативного влияния длительного нахождения за компьютером.

Основной мерой по предупреждению и лечению заболеваний, вызванных долгим пребыванием у компьютера является установления правильно распорядка дня и соблюдения режима работы и отдыха. Нужно помнить, что эффективность работы напрямую зависит от качества отдыха.

Важное значение нужно уделить дополнительному освещению на месте работы, при этом нужно избегать того, чтобы луч света падал непосредственно на монитор и отражался в глаза. Работать в темноте категорически запрещается. Предпочтителен выбор клавиатуры светлых тонов. При обустройстве рабочего места нужно обратить внимание на расстояние от монитора до глаз. Оно должно быть не меньше 70 см.

Для снятия напряжения при работе за компьютером рекомендуем несколько упражнений, которые необходимо повторять в течении нескольких минут после каждых 40-60 минут работы. Перед началом зарядки нужно удобно сесть и расслабиться. При этом нужно стараться, чтобы спина и шея были прямыми. Начать зарядку нужно с движений головы и шеи. Это очень важный момент, так как питание глаз осуществляется артериями, поднимающимися от сердца вверх по шейному отделу позвоночника. Нужно

помнить, что резкие движения опасны для позвоночника, поэтому движения в шее нужно осуществлять медленно. Сначала поворачивают голову влево и вправо, затем вверх и вниз. Затем осуществляют круговые движения головой по и против часовой стрелки. По мере выполнения упражнений можно увеличить амплитуду (полноту движений). Во время выполнения круговых вращений головой глаза, по возможности, рекомендуется держать открытыми – это тренирует вестибулярный аппарат.

Во время длительной работы за компьютером глаза требуют особого ухода. Уход за глазами можно начать с гигиены. Рекомендуется промывать глаза теплой проточной водой два раза в день. При этом глаза нужно держать закрытыми для избежания раздражения конъюнктивы прямым контактом с водой. Воду набирают в ладони и осторожно прикладывают к глазам; процедуру повторяют по 10-15 раз. Утром промывание глаз начинают теплой водой, а заканчивают прохладной; вечером – наоборот. После промывания нужно осторожно просушить область глаз чистым, сухим полотенцем.

Для поддержания здоровья глаз важное вовремя снимать мышечное напряжение и создавать условия для отдыха глазных мышц. Этого помогает добиться гимнастика для глаз. Начать зарядку нужно с полного расслабления глаз. Для этого глаза спокойно закрывают на 20-30 секунд. Затем закрытые глаза прикрывают ладонями для создания темноты. После того ладони осторожно отнимают и медленно открывают глаза. Для снятия напряжения мышц век нужно быстро поморгать и затем снова на некоторое время закрыть глаза. Прямолинейные движения глазами осуществляются по всем основным осям: вверх и вниз, вправо и влево, по диагонали справа на лево и слева на право. Круговые движения глазами осуществляются не быстро по и против движения часовой стрелки. Одновременное сведение и разведение глаз нужно так же производить медленно. Опорной точкой можно выбрать нос или предмет лежащий на столе. При сведении глаз нужно сфокусировать внимание на одной точке предмета (или постараться увидеть кончик носа), а при разведении нужно посмотреть глазами в разные стороны.

Средства современных информационных технологий, безусловно, влияют на организм пользователя, и «общение» с компьютером требует жесткой регламентации рабочего времени и разработки санитарно – гигиенических мероприятий по уменьшению и профилактике такого рода воздействий. Самый простой и доступный способ решения зависимости – это приобретение другой зависимости. Любовь к здоровому образу жизни, общение с живой природой, творческие прикладные увлечения выводят человека из зависимости.

Список литературы:

1. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е. Коммуникация в компьютерных сетях: психологические детерминанты и последствия // Вестник МГУ. Сер.14.2016. Вып.4.

2. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскуновский А.Е. Мотивация пользователей Интернета. Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред.А.Е. Войскунского (Москва: Можайск-Терра, 2019, 431 с.)

ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

*Афанасьева А.А., студентка 3 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Никитина И.В., руководитель, преподаватель
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Сегодня в мире наблюдается настоящая эпидемия — 30% населения Земли страдают ожирением, не включая тех, кто имеет просто избыток массы тела.

Актуальность проблемы ожирения заключается в том, что количество лиц, имеющих лишний вес, прогрессивно увеличивается. Этот рост составляет 10% от их прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине 21 столетия все население экономически развитых стран будет болеть ожирением.

Ожирение это не только избыточный объем жировой ткани, но и сложный комплекс метаболических нарушений. Зачастую ожирение приводит к проблемам гормонального фона, репродуктивной, опорно – двигательной и сердечно – сосудистой системы. [3].

Цель работы - снизить риски сердечно-сосудистых катастроф у пациентов с избыточной массой тела.

Известный Е.М. Тареев писал: «Представление о гипертонике наиболее часто ассоциируется с ожирелым гиперстеником, с возможным нарушением белкового обмена, с засорением крови продуктами неполного метаморфоза – холестерина, мочевой кислотой...». Хотя взаимосвязь ожирения и АГ установлена давно, механизм ее полностью не изучен. Хорошо известно, что ожирение сопровождается увеличением количества циркулирующей крови, ростом сердечного выброса, задержка жидкости и повышение общего сосудистого сопротивления, что может вызвать повышение АД. Многие исследователи, особенно в последнее время, важную роль отводят нарушениям функции почек, в частности нарушению выведения натрия. Указанные изменения зависят от внутривисцерального давления и одновременно являются причиной и следствием АГ, обусловленных ожирением.

Изменения сердечно-сосудистой системы усугубляются в результате периваскулярного отложения жира, жировой инфильтрации миокарда, избыточного накопления жира в эпикардальной области, приводящих к чрезмерным метаболическим потребностям, повышению давления в левом желудочке, а также нарушению диастолической и систолической функций сердца.

Изучив учётно – отчетную документацию ГБУЗ СО «Кинель – Черкасская ЦРБ» (форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации») мы выяснили количество зарегистрированных пациентов с ожирением и гипертонической болезнью сердца в Кинель - Черкасском районе за период с 2017 года по 2019 год в возрастной группе 18+. После необходимых расчетов были получены следующие результаты:

Таблица 1. Заболеваемость ожирением и артериальной гипертензии на тысячу населения

| <i>Отчетный период</i> | <i>Ожирение</i> | <i>Гипертоническая болезнь</i> |
|------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 2017 год | 31 | 113 |
| 2018 год | 42 | 126 |
| 2019 год | 57 | 155 |

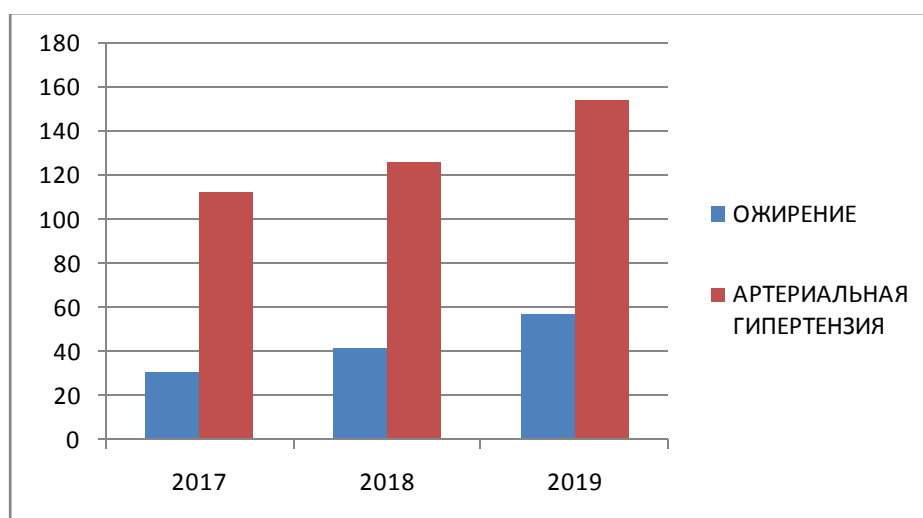


Рисунок 1. Распространённость ожирения и артериальной гипертензии

Проанализировав имеющиеся данные, можно сделать вывод, что заболеваемость ожирением и артериальной гипертензией в Кинель – Черкасском районе за исследуемый период высокая и постоянно возрастает (рис.1). В связи с этим выявлена острая необходимость в профилактике заболевания у здорового населения и профилактике осложнений у больных.

Мы предположили, что заболеваемость ожирением и артериальной гипертензией в популяции еще выше, так как не все пациенты регулярно проходят медицинские осмотры и обращаются за медицинской помощью и проблема стоит еще острее. Поэтому было решено провести небольшое исследование силами студентов нашей группы среди родственников и знакомых. В исследовании приняло участие 50 человек в возрасте 19-76 лет, 33 женщины, 17 мужчин. На первом этапе исследования мы определили у них ИМТ. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2. Интерпретация показателей ИМТ

| ИМТ | Результаты | | Вывод |
|--------------|------------|----------|--------------------------------------|
| | мужчины | женщины | |
| 16 – 18,49 | 2 (12%) | 4 (12%) | Недостаточная масса тела |
| 18,5 – 24,99 | 7 (40%) | 16 (48%) | Вес в норме |
| 25 – 29,99 | 1 (6%) | 4 (12%) | Избыточная масса тела (предожирение) |
| 30 – 34,99 | 3 (18%) | 5 (16%) | Ожирение I степени |
| 35 – 39,99 | 2 (12%) | 3 (9%) | Ожирение II степени |
| 40 и > | 2 (12%) | 1 (3%) | Ожирение III степени |

На следующих этапах в исследовании участвовали только лица с избыточной массой тела и ожирением (38% мужчин, 40% женщин). На втором этапе им измерили окружность талии, бедер и вычислили соотношение окружности талии к окружности бедер. У 80% испытуемых мужчин с излишней массой тела и ожирением окружность талии больше 102 см, у 69% женщин данной категории размеры составили более 88 см. У подавляющего большинства мужчин (6 из 8) соотношение окружности талии к окружности бедер составило 0,9 и >. У 50% женщин это соотношение составило 0,85 и >.

На третьем этапе мы проконтролировали уровень артериального давления у пациентов дважды с интервалом в 1 неделю, каждый раз измеряли АД 2 раза. Выяснилось, что у 63% мужчин и 46% женщин уровень АД был выше нормы.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

Массу тела, превышающую норму имеют 39 % человек, из них висцеральное ожирение у 63%.

Именно жир в области талии связан с более высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета [4].

У 55% пациентов с избыточной массой тела АД выше нормы, значит у них риск сердечно-сосудистых катастроф очень высокий. Следовательно, им просто необходимо снизить массу тела. С учетом того, что у мужчин выявлена большая распространенность висцерального ожирения, высокий уровень АД и традиционно низкий уровень приверженности лечению задача предстоит очень сложная.

Для лечения ожирения применяют комплексный подход, включающий модификацию образа жизни и медикаментозные мероприятия.

Мы разработали разнообразный материал (беседы, памятки), который может быть использован при проведении индивидуальных или групповых занятий с пациентами, страдающими ожирением и АГ.

КАК СОКРАТИТЬ БОЛЬШОЙ ЖИВОТ

Жир на животе может адаптироваться к периодическим голодовкам.

Нет ни одной диеты, которая уберет локально жир на животе.

Но, если следовать простым советам, можно похудеть минимум на 3-4 кг за 2 месяца. Сначала пересмотрите свой рацион. Важно, чтобы при похудении не тратилась мышечная масса. Для этого низкокалорийная диета должна содержать достаточно белка (1,5 г/кг массы тела). Это молочные продукты (не обезжиренные!), блюда из яиц, любое нежирное мясо, индюшка, курица, растительный белок (фасоль, чечевица, грибы).

Раз в 10 дней можно позволить жирную рыбу (нежареную!) с правильным гарниром из овощей, отварного риса.

Калории убираем за счет ограничения жиров и углеводов.

Обязательно съедать 500 г овощей, фруктов, ягод (ограничиваем сладкие, картофель).

Если хотите похудеть, нужно подобрать комплекс упражнений. Это может быть ходьба (не меньше 5 км в день), бег, занятия танцами, йогой. Нужно правильно выбрать темп занятий. Можно ориентироваться на показатели пульса. Рассчитывается пульс по формуле: $(220 - \text{возраст}) \cdot 0,65$ (минимальный предел); $(220 - \text{возраст}) \cdot 0,85$ (максимальный предел). Нужно применять интервальные тренировки. Принцип – чередование нагрузок разной интенсивности. Также важна длительность занятий 20-40 минут.

Длительные тренировки на пределе возможностей не приведут к физиологически правильному похудению. При низкокалорийном рационе вы будете тратить белок из мышечной массы, а не из жировой ткани.

Зачастую пациентам с ожирением, артериальным давлением на верхней границе нормы не уделяется должного внимания. Важно, чтобы эти заболевания своевременно выявлялись и корректировались. Правильно организованная санитарно-просветительская работа способствует снижению массы тела у пациентов, что в свою очередь приводит к снижению у них АД, риска развития ИБС, сахарного диабета 2 типа и их осложнений.

Литература

1. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)», утвержденная постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280;
2. Алмазов В.А. Метаболический сердечно-сосудистый синдром/ В.А. Алмазов, В.И. Красильникова. - СПб.: СПбГМУ, 2016.
3. Кобалова Ж. Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению / Ж. Д. Кобалова, Ю. В. Котовская, В. С. Моисеев. - Москва : ГЭОТАР – Медиа. – 2009. – С. 864.
4. Савко Л. М. Справочник гипертоника. - Издательский дом «Питер». – 2016. – С. 126.

ТИМАШЕВСКИЙ ЭВАКОГОСПИТАЛЬ № 3277 В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Бурматнова Т. А., студентка 4 курса, специальность 31.02.01 Лечебное дело
Полуднева И. Е., руководитель, преподаватель
Кинель - Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

За годы Великой Отечественной войны медицинской службой была проделана огромная работа по лечению и эвакуации раненых и больных солдат и офицеров. Благодаря самоотверженному труду военных медиков на фронт вернулось 18 миллионов бойцов - почти три четверти тех, кто получил ранения разной степени тяжести.

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны — славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. На фронте и в тылу было сделано очень многое, чтобы организовать помощь раненым воинам, не допустить возникновения эпидемий, обеспечить население медицинской помощью.

Актуальность исследования определяется необходимостью всестороннего и углублённого изучения исторического опыта организации здравоохранения в годы Великой Отечественной войны. В тыловых эвакогоспиталях средне-волжского региона, за годы войны находилось на лечении около одного миллиона раненых и больных воинов.

На основе всестороннего изучения, анализа архивных и литературных источников воссоздана целостная картина деятельности эвакогоспиталей нашего региона.

Целью данного исследования стало изучение истории эвакогоспиталя № 3277 поселка Тимашево Куйбышевской области и освещение опыта работы и морального подвига медицинского персонала госпиталя в годы Великой Отечественной войны.

Задачи исследовательской работы:

1. Собрать, систематизировать и проанализировать информацию по теме исследования.

- Найти информацию о создании и работе эвакогоспиталя.
- Изучить данные архивов об особенностях работы госпиталя в годы войны.

2. Взять интервью и записать воспоминания очевидцев о деятельности эвакогоспиталя.

3. Обобщить полученную информацию и представить ее в виде исследовательской работы.

Объект исследования: Тимашевский эвакогоспиталь № 3277.

Предмет исследования: деятельность эвакогоспиталя № 3277 в годы Великой Отечественной войны.

Практическое применение работы: материалы исследовательской работы могут быть использованы в процессе преподавания студентам медицинских учебных учреждений в рамках патриотического воспитания.

Основная часть: Тимашевский эвакогоспиталь № 3277

В суровые годы войны, когда солдаты погибали на фронтах Великой Отечественной войны, был не таким заметным, но не менее важным подвиг военных врачей и медицинских сестёр.

В годы Великой Отечественной войны здравоохранение Куйбышевской области выдержало тяжелейшие испытания. Параллельно с созданием медицинской службы местной противовоздушной обороны шла серьезная кропотливая подготовка здравоохранения области к работе в условиях военного времени. Уже в самом начале войны в соответствии с постановлением Госкомитета обороны от 27.09.41 № 431

решением особого заседания облисполкома № 403 было объявлено о создании эвакуационных госпиталей.

За годы Великой Отечественной войны на территории Среднего Поволжья была создана мощная госпитальная база в составе тыловых эвакуогоспиталей. За весь период её существования в ней было развёрнуто 278 лечебных учреждений, из которых 54 - в Куйбышевской области.

Одним из первых в Куйбышевской области был сформирован эвакуационный госпиталь № 3277 в поселке Тимашево Кинель-Черкасского района. Основание - решения исполкома Облсовета (приказ №24 от 5 августа 1941 года), в котором сообщалось: «Признать организацию на территории Тимашевской больницы и школы - эвакуогоспиталем».

Госпиталь № 3277 разместился на базе Тимашевской больницы и школы. Вместимость госпиталя в начале войны составляла всего 100 коек, а с лета 1943 года функционировало 300 коек. Первым начальником госпиталя была назначена А.Г. Полунина. Первых пациентов Тимашевский госпиталь № 3277 принял уже 10 сентября 1941 года: тридцать тяжелораненых бойцов, сержантов и офицеров, которых нельзя было везти вглубь страны.

Доставляли раненых с вокзала, регистрировали, проводили первичную санитарную обработку и распределяли по отделениям. Санитарные поезда на станции стояли мало. Необходимо было оперативно и осторожно разгрузить раненых. Разгрузка происходила на станции Тимашево (недалеко от госпиталя) и требовала от людей профессионализма, сострадания и терпения, так как большинство бойцов поступали в бинтах, пропитанных кровью, с открытыми ранами.

По своему профилю госпиталь считался общехирургическим. Помощь раненым оказывали в трех отделениях госпиталя. Первое – самое большое – хирургическое; в нём находился операционный блок и перевязочная комната. В этом корпусе были сосредоточены все тяжелораненые бойцы. Второй корпус – средний – был предназначен для лечения терапевтических больных. Третий корпус называли «батальоном выздоравливающих».

В госпитале функционировал рентгенкабинет, расположены прачечная, штаб-канцелярия. Так же на территории госпиталя имелось своё подсобное хозяйство, две повозки, сани.

В первые годы работы госпиталя ведущий хирург приезжал из г.Куйбышева по вызову из-за отсутствия своих специалистов. Но уже в начале 1942 года в госпиталь прибыла хирург Шелухина, в марте приехал хирург Соколов, а с 1944 года хирургическую помощь оказывал и хирург Кузнецов. Активно работал рентген-кабинет, возглавляемый И.Я. Коган и врачом К.И. Сердюковой.

Заведующая лабораторией Ильченко В.И. и лаборант Лаврентьева Т.Я. проводили забор и исследование большого количества клинических анализов. Первые полтора года госпиталь работал без врача-терапевта, начальнику госпиталя Полуниной приходилось его заменять.

Воспоминание, полное патриотизма, профессионализма и сострадания к раненым со стороны медперсонала госпиталя, оставила медсестра Мария Алексеевна Листоферова. В одном из писем она писала, что коллектив, обслуживающий раненых, был сплочённым, патриотически-настроенным, работал днём и ночью, «не считаясь со сном и физическим трудом». «Какая была забота и стремление отогреть их сердца и вновь вернуть солдат в строй, на защиту нашей Родины», - восхищенно говорила Мария Алексеевна.

Помимо лечебной работы медицинские работники занимались научной и исследовательской деятельностью. Специалисты Тимашевского госпиталя активно осваивали метод переливания крови, который начал активно внедряться в практическую медицину в годы войны. По данным статистики, если в 1941 году было ноль переливаний,

то в 1943 году был организован донорский пункт по приему и переливанию крови. Результаты работы по переливанию крови были озвучены на научной конференции, проводимой на базе госпиталя. Кроме вопроса о переливании крови на конференциях освещались такие темы, как лечение остеомиелита, трофических ран и уход за послеоперационными больными.

Сотрудниками госпиталя проводилась и педагогическая работа. На базе госпиталя были организованы курсы медицинских сестер, по окончании которых девушки уходили на фронт.

Госпиталь № 3277 жил и трудился до лета 1945 года. В июле он был расформирован. Коллектив профессиональных медицинских работников исполнил свой патриотический долг и навсегда вписал свои имена в историю нашей Малой Родины.

Результаты: Подвиг медиков в годы Великой Отечественной войны сложно описать в одной работе. И совершенно невозможно перечислить всех поименно. 16 тыс. медиков были награждены орденами и медалями. **47 из них стали Героями Советского Союза, 17 из которых были женщинами.** Врачи, средний медицинский персонал, санитарки, хозяйственные рабочие эвакогоспиталя № 3277 честно и самоотверженно трудились на своем посту: возвращено в строй - 67,5%, уволено из армии по ранению и болезни - 31,4%, умерло от ран и болезней всего - 1,1%.

Участие сотрудников госпиталя № 3277 в развитии **трансфузиологии в нашем крае и разработке документов, регулирующих медицинскую деятельность во время боевых действий, на проводимых конференциях,** внесли определенный вклад в формирование практического опыта военной медицины.

За годы войны в стенах Тимашевского госпиталя 6000 бойцов восстановили свое здоровье и трудоспособность, 42 тяжелораненых воина умерли. Воинское захоронение в поселке Тимашево внесено в Реестр воинских захоронений Самарской области и находится в ведении сельского поселения.

Выводы: Из собранных мною фактов, можно сделать вывод, что вклад населения Тимашево в общее дело Победы нельзя подвергнуть сомнению! Работа эвакогоспиталя № 3277 Тимашево вызывает гордость за врачей, медицинский персонал, жителей поселка, которые своим самоотверженным трудом не только спасали жизнь и здоровье нашим соотечественникам, но и помогали искалеченным войной людям найти себе место в этой жизни.

На сегодняшний день, по предложению сельских жителей посёлка Тимашево, было решено увековечить самоотверженный благородный труд людей в белых халатах в год суровых для страны испытаний, установив на здании Тимашевской больницы Памятную доску с надписью: «Здесь в 1941 – 1945 годах находился госпиталь №3277». Госпиталь № 3277 представлял собою маленькую часть большой страны, в которой было огромное желание выстоять и победить врага.

Список литературы:

1. А.В. Хирургия: Куйбышев- запасная столица/А.В. Азарченков // Проект.Ру. ВОВ: информ. портал [Электронный ресурс]/- Режим доступа: <http://onco.mail.ru/comment/hirurgiya/planirovanie/>, свободный.
2. Будин, С.В. Эвакогоспитали Поволжья/ С.В. Будин.- М.: Просвещение., 2009. – 58 с.
3. Краснова Л.Н. «Судьбы, опаленные войной».
4. Петренко Э. П. Тыловые эвакогоспитали Куйбышевской области (1940–1945 гг.) / Эдуард Петрович Петренко, В.А. Томилов; Воен.-мед. фак. при Самар. мед. ин-те им. Д. И. Ульянова. – Самара: ВМФ СМИ, 1992. – 112 с.: ил. – Библиогр.: с. 109 – 111.
5. <http://tz-online.ru/index.php/ru/k-70-letiyu-pobedy/6880-timashevskij-evakogospital-3277>
6. http://medlan.samara.ru/ru/node/147538?theme=miac_mobile
7. <https://gregorkon.wordpress.com/2015/04/06/dosoyin/>

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА – КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Кузьмина Е. О., студентка 4 курса, специальность 31.02.01 Лечебное дело
Пузанова Л.В., руководитель, преподаватель
Кинель - Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

В январе 2021 года среди жителей города Самары, пользователей интернет ресурса Инстаграмм, было проведено статистическое исследование. В опросе принимали участие девушки и парни от 18 до 30 лет, интересующиеся постами о здоровье, всего 43 человека. Им были заданы вопросы по поводу наличия или отсутствия у них остеохондроза позвоночника, болей в спине и интереса к этой теме. Ответы на вопросы показали, что тема эта очень актуальна и востребована на сегодняшний день: 76% опрошенных (!) не знают о профилактике остеохондроза ничего, но хотели бы узнать, что нужно делать для его предотвращения. При этом только 10% респондентов признались, боли в спине их никогда не беспокоят.

Статистика заболеваний позвоночника и других проблем опорно-двигательного аппарата показывает рост показателей на 30% каждые 10 лет. Остеохондроз молодеет! Еще 20-30 лет назад это заболевание считалось уделом пожилых людей, а сегодня, как видно из статистического опроса – он очень помолодел. Сейчас этим заболеванием страдают люди 25-35 и даже 18 лет. В чем же дело? Почему это происходит сейчас, когда медицина шагнула вперед, а техника во многом заменила тяжелый физический труд?

Цель работы: изучение современного представления о профилактике остеохондроза позвоночника в молодом возрасте.

На сегодняшний день существует много теорий, объясняющих причины дистрофических изменений в позвоночнике. Рассмотрим самые распространенные.

Инволюционная теория основана на том, что с возрастом в организме нарушается трофика тканей, особенно тех, которые лишены сосудистой сетки, то есть ткани межпозвоночных дисков. Обезвоженные диски становятся более хрупкими и не выдерживают нагрузок. Как показал наш опрос, количество воды, выпиваемой за день недостаточно. Многие пьют чай, кофе, но не воду, а это приводит к обезвоживанию организма в целом и дегидратации тканей дисков в частности.

Механическая теория. Считается, что тяжелые физические нагрузки, травмы и перегрузки, в том числе, статические, приводят к нарушению целостности фиброзного кольца и развитию дистрофических процессов в дисках. Но не у всех людей, испытывающих серьезные механические нагрузки, встречаются симптомы остеохондроза позвоночника. Есть исследования, в которых установлено, что у 58% мужчин и 56% женщин причиной развития остеохондроза был назван механический фактор. Причем, это не обязательно тяжелый физический труд, а часто причиной являлись обычные повседневные дела, такие как мытье полов, например.

Среди исследуемой группы людей остеохондроз позвоночника диагностирован: у занимающихся физкультурой редко – 41%; у занимающихся 2-3 раза в неделю – 62%; у занимающихся каждый день – 100%; у тех, кто не занимается вообще, диагностирован остеохондроз позвоночника у 20%, но у недиагностированных 80% постоянные или частые боли в области спины. То есть, мы видим, что диагностированный остеохондроз имеют больше те, кто перегружает свой позвоночник.

Малоподвижный образ жизни. Эта теория имеет огромное право на существование, так как малоподвижный образ жизни играет большую роль в развитии дистрофических изменений. С возрастом питание позвоночных дисков происходит за счет наличия жидкости с питательными веществами в окружающих тканях. Для этого мышцы, расположенные вокруг позвоночника, должны регулярно выполнять функцию насоса, и за

счет регулярных сокращений и растяжений нагнетать жидкость к тканям. Этого не происходит, если человек много сидит или лежит. Мышцы не могут долго находиться ни в состоянии сокращения, ни в состоянии растяжения. Они теряют тонус и перестают выполнять свои функции, в том числе и насосные. Тем самым нарушается трофика окружающих тканей и наступает дистрофия суставов.

Исследуемой группе было предложено оценить свой образ жизни по шкале от 1 до 5, где 1 – малоподвижный образ жизни, а 5 – очень активный. 53% оценили свой образ жизни, как средний; 21% как низкой активности; 16% очень низкой активности и только 7% респондентов оценили свой образ жизни как более активный.

Неправильные двигательные стереотипы. Если по какой-то причине, происходит отключение какой-то группы мышц, то взамен в работу подключаются мышцы – синергисты, которые вынуждены выполнять двойную работу. Такая подмена очень часто происходит с двумя группами мышц – длинными и короткими разгибателями шеи, например, если человек сидит целый день за компьютером, расположенном на обычном рабочем столе. При этом длинные разгибатели шеи сильно перерастягиваются и со временем перестают выполнять свои функции и удерживать голову. А вместо них включаются и перегружаются короткие разгибатели шеи, со временем они укорачиваются, утолщаются, начинают болеть, что очень негативно сказывается не только на шейных позвонках, но и на головном мозге, так как позвоночные артерии постоянно пережаты и доступ крови к мозгу ограничивается. У таких людей развивается остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника, усиливаются головные боли, ухудшается память.

Еще одним частым примером некорректных двигательных стереотипов является ношение каблуков выше 4-5 см. Проблема в том, что при постановке на высокие каблуки меняется положение и биомеханика тела. Меняется соотношение регионов: головы, грудной клетки, таза относительно друг друга и включается патологический механизм по удержанию тела в крайне некорректном для себя положении. При этом перегружается позвоночник, как шейный, так и грудной и поясничный отделы, суставы, деформируются стопы.

Неправильное питание. Недостаток витаминов и микроэлементов также очень сильно влияет на суставы позвоночника. Кости становятся более хрупкими, межпозвоночные диски истончаются и не выдерживают нагрузок. Для позвоночника и костной системы прежде всего нужны кальций, фосфор, магний, марганец, витамины А, В, С, D и многие другие элементы. Неправильное питание, недостаточное потребление жидкости, нарушение режима дня, все это пагубно влияет на здоровье опорно-двигательного аппарата.

Ежедневные стрессы. Первой мышцей, реагирующей на стрессы, является диафрагма, после пережитых волнений она спазмируется, ее ножки, которые крепятся к позвонкам L₁ – L₄ натягиваются и деформируют поясничный отдел позвоночника. Формируется сколиотическая осанка.

Итак, мы разобрали основные теории о факторах, влияющих на образование остеохондроза позвоночника, каждый фактор сам по себе, возможно, и не может являться стопроцентной причиной дегенеративных процессов, но совокупность нескольких играет огромную роль в данной проблеме.

Опираясь на причины развития, составлена памятка по профилактике остеохондроза и разослана всем участникам опроса.

Памятка «Профилактика остеохондроза»

1. Движение – это жизнь! Занимайтесь здоровой физкультурой, ходите быстрым шагом, гуляйте, дышите воздухом, играйте в подвижные игры, ходите босиком по песку, по камням, по земле.

✓ Введите на рабочем месте производственную гимнастику из 5-7 упражнений. Это поможет улучшить кровоток, лимфоток, снять усталость и напряжение с мышц.

✓ Измените положение компьютера на своем рабочем столе, приподнимите его на уровень ваших глаз, чтобы можно было сидеть без наклона головы вперед.

✓ Перестаньте сидеть в социальных сетях, или хотя бы отслеживайте то положение головы, при котором вы пишете сообщения в телефоне, держите голову ровно, лучше поднимите руки.

✓ Поменяйте высокие каблуки на хорошие, удобные туфли или кроссовки, по возможности, давайте ногам отдых, делайте упражнения для стоп, шевелите пальцами, делайте массаж ног.

✓ Поменяйте ваши мягкие матрасы на жесткие и ровные. Тело во время сна должно отдыхать и расслабляться. Подберите подушку по размеру так, чтобы голова была продолжением линии тела, а не запрокидывалась назад, и не наклонялась вперед во время сна. Если вы спите на боку, положите валик между ног, чтобы тазобедренные, коленные и голеностопные суставы находились на одной оси и не нарушалось кровообращение.

2. Питание тканей.

✓ Уделяйте большее внимание вашему питанию. Свежие овощи и фрукты должны составлять не менее 50% вашего рациона. В качестве приправы лучше использовать хорошее оливковое или подсолнечное масло, лимонный сок (натуральный). Очень важно количество потребляемых белков – не менее 30% вашего рациона, они содержатся в рыбе, птице, мясе, яйцах. А также и в растительных продуктах – бобах, орехах, семечках, фасоли и т.д. Жиры также обязательны к употреблению, они содержатся в рыбе, масле, орехах.

✓ Употребляйте достаточное количество витаминов и микроэлементов.

✓ Употребляйте достаточное количество чистой воды. Чай и кофе – это не замена!

3. Следите за своим эмоциональным уровнем, избавляйтесь от стрессов. Обращайте внимание на ваше настроение, не позволяйте себе впасть в уныние и депрессию. Проводите расслабляющие процедуры, такие как, бани, ванны, массаж. Больше бывайте на свежем воздухе, встречайтесь с друзьями, занимайтесь любимым делом. Обязательно регулярно отдыхайте.

Наше здоровье в наших руках. Несмотря на генетическую предрасположенность, ухудшающуюся экологию и качество потребляемых продуктов, мы помним, что ни один из факторов, влияющих на развитие остеохондроза позвоночника, не является 100%-ой причиной его образования. Только совокупность факторов способна вызвать эту патологию. И именно в наших силах изменить большинство этих причин.

Современные тенденции развития медицины в данной области ведут к тому, что у человека должно быть осознанное отношение к своему организму. Люди сами по себе не понимают причин ухудшения своего здоровья. Они тянут до последнего и обращаются к врачу только тогда, когда, на восстановление здоровья нужно потратить уже очень много сил и средств, а зачастую это уже просто невозможно. Поэтому современный тренд в медицине – это профилактика заболеваний! Многие из них можно предотвратить, если вести здоровый образ жизни и исключить причины, приводящие к болезням.

ВЛИЯНИЕ БЫТОВОЙ ХИМИИ НА ЗДОРОВЬЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ УБОРКИ

*Лыткова А.С., студентка 1 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Сальникова М.В., руководитель, преподаватель
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Актуальность: Современный мир полон научных открытий и новых технологий. И с каждым годом всё больше и больше достижений науки приходит в наш дом. Чтобы облегчить жизнь людям была создана бытовая химия.

Теперь, благодаря всевозможным порошкам, отбеливателям, моющим и чистящим средствам уборка стала менее трудоемким и долгим процессом. В многочисленных рекламах чистящих средств наглядно показано, как например, грязный ковер в считанные минуты становится ослепительно белым. И люди, увидев это, конечно же, уверены том, что если купить как можно больше различных средств для уборки, то их дом засияет чистотой.

Цель: Сократить вред для здоровья человека от применения бытовой химии и сократить количество бытовой химии при уборке дома.

Задачи:

- Выявить все положительные и отрицательные стороны уборки с использованием бытовой химии.
- Определить самые опасные вещества, которые могут содержать в чистящих и моющих средствах.
- Выбрать самые безопасные средства для уборки.
- Предложить способы уборки без применения каких-либо средств бытовой химии.

Гипотеза:

Средства, которые мы используем для мытья окон, полов, посуды, для стирки белья и т.д могут содержать опасные для здоровья вещества.

I. Введение

В настоящее время более половины товаров, относящихся к бытовой химии являются различного рода средствами для стирки. К ним относятся: стиральный порошок, кондиционер для белья, гель для стирки, а также разнообразные вспомогательные средства. Вторую по величине категорию товаров (около 25 процентов современного рынка) составляют средства, предназначенные для мытья посуды- моющие средства и порошки для посудомоечных машин. После них следует чистящие, отбеливающие и дезинфицирующие вещества.

Сегодня в состав косметических и чистящих средств повсеместно внедряются вещества синтетического происхождения, которые многократно усиливают их эффект. Рецептуры же с натуральными компонентами постепенно утрачиваются, а самым экологичным и безопасным для здоровья людей продуктом бытовой химии осталось хозяйственное мыло.

II. Основная часть

1. Проблемы со здоровьем

Вещества бытовой химии могут часто становиться причинами для возникновения раздражения на коже, воспаленных процессов или экземы. Воздействие летучих органических соединений может раздражать слизистые глаз, что приводит к их воспалению. А запах от многих веществ бытовой химии может сильно раздражать область слизистой носа, вызывать насморк, кашель и затруднять дыхание, может формироваться воспаление в бронхах и даже приступ бронхиальной астмы.

Многие из химических веществ, которые находятся в составе средств бытовой химии, могут приводить к расширению мелких кровеносных сосудов в головном мозге, а это становится причиной мучительной мигрени, люди, которые страдают от мигрени, обычно очень сильно реагируют на запах. А ещё эти средства могут вредно влиять на систему пищеварения, провоцируя приступы тошноты и рвоты, может резко усиливаться выделение слюны. При поражении желудка или кишечника может провоцироваться нарушением в работе нервной системы, это проявляется немотивированной усталостью, повышенной раздражимостью, стрессом, нарушениями поведения.

Как отреагирует организм человека, особенно ребенка, на бытовую химию, сильно зависит от того, в каком состоянии находится его иммунная система, насколько она способна противостоять вредным химическим или биологическим воздействиям извне. Наиболее чувствительными к бытовой

2. Опасные вещества

У средств, относящихся к бытовой химии, в составе можно выделить связующие вещества, обладающие активностью-углекислоту, хлор, оксиды азота, фенолы, формальдегид, ферменты-энзимы, ацетон с аммиаком, отбеливатель и абразивные вещества, отдушки. Все эти средства так или иначе воздействуют на организм человека, особенно подвержены этому негативному воздействию дети.

Негативное влияние средств бытовой химии можно условно разделить на несколько групп:

-эта химия влияет на работу эндокринной системы, негативно влияя на течение биологических процессов, вызывая неврологическую, поведенческую патологию, вызывает расстройства в репродуктивной системе.

-эти вещества могут сохраняться в окружающей среде и могут длительно не распадаться, отравляя всё вокруг.

-многие вещества имеют способность аккумуляции в организме детей и взрослых, могут передаваться от поколения к поколению

Хлор

Уже давно известно, что хлор опасен. Он приводит к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, способствует возникновению атеросклероза, гипертонии, разных аллергических реакций. Хлор разрушает белки в организме человека, отрицательно влияет на волосы и кожу человека, повышает риск заболевания раком. Хотя хлор содержится в бытовой химии в малых количествах, но всё же он приносит вред с каждым разом, когда используются средства с ним, и даже тогда, когда эти средства не используются- хлор выветривается, и все, кто находится рядом, постоянно его вдыхают.

Фосфаты

Фосфаты также приносят большой вред организму человека со временем это может привести к разным заболеваниям и развитию раковых клеток. Они запрещены во многих странах мира более 10 лет.

Анионы ПАВ

Ещё они обозначаются А-ПАВ. Это самые агрессивные из поверхностно-активных веществ. Они вызывают нарушение иммунитета, аллергию, поражение мозга, печени, почек, легких. Самое страшное, что ПАВ способны накапливаться в органах и этому способствуют фосфаты, так как они усиливают проникновение ПАВ через кожу и способствуют накоплению этих веществ на волокнах тканей.

3. Правила безопасного использования бытовой химии

Можно минимизировать вред от пагубных влияний вышеперечисленных веществ. Вот некоторые советы:

1. Всегда пользуйтесь индивидуальными средствами защиты
2. Применяйте по назначению
3. Избегайте открытого огня и прямых солнечных лучей
4. Соблюдайте инструкции по дозировке и периодичности

5. Не используйте бытовую химию с истекшим сроком годности
6. Внимательно относитесь к удалению чистящего средства с обрабатываемой поверхности
7. Никогда не оставляйте бытовую химию без присмотра или в доступном для детей месте
8. Не храните бытовую химию в открытом виде
9. Не используйте и не храните бытовую химию в непосредственной близости с пищевыми продуктами
10. Будьте в курсе последних разработок

4. Уборка с помощью натуральных средств

Конечно, нам привычнее применять предлагаемые известными брендами средства бытовой химии, так как они значительно сокращают время уборки. Но можно и вспомнить и старые забытые средства, которые использовали наши предки.

- Для повседневного мытья посуды оптимально применять сухую горчицу. Горчица для посуды незаменима. Она отлично обезжиривает поверхности, хорошо смывается. Её можно использовать и для стирки шелковых и шерстяных вещей.
- Если нужно подчистить дно кастрюли, например, или вычистить до блеска чашку- отлично подойдет обыкновенная пищевая сода для посуды любой степени загрязненности.
- А оптимальное и при этом безопасное средство для мытья посуды- сода с горчицей соотношении 1:3 соответственно.
- Плитку отлично очищает уксус.
- Как ни удивительно, поваренная соль тоже очень хорошо отстирывает вещи, особенно ситцевые, льняные (как цветные, так и белые). При этом после стирки цветные вещи абсолютно не теряют яркости даже после большого количества стирок.

Вывод

Таким образом, самым безопасным стиральным порошком является "Дося". Относительно безопасным являются биолан, пемос, миф. Причем это порошки не высокой ценовой категории. Остальные порошки гораздо дороже и опаснее для человека и окружающей среды. Из этого следует, что при выборе порошка следует внимательно читать состав. Цена не является показателем качества стирального порошка. (См.таблицу)

Моя гипотеза о том, что средства, которые мы используем для мытья окон, полов, посуды, для стирки белья и т.д могут содержать опасные для здоровья вещества подтвердилась.

Список литературы

1. Немых В.М., Практикум по экологии человека. Воронеж 2015г.
2. Небел Б. Наука об окружающей среде. Т 1-2 М. Мир 1993
3. Трушкин А.Г. Гигиена и экология человека. Учебное пособие. М 2017.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

*Харина К.А. студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Сергеева В.В., руководитель, преподаватель
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Тема исследовательской работы, которая была выбрана мной «Факторы риска в работе медицинской сестры».

Медицинские работники, в течение всей своей профессиональной деятельности, подвергаются различным факторам риска.

На сегодняшний день в связи со сложившейся во всем мире ситуацией с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, медицинский персонал как никогда подвержен в первую очередь факторам риска, которые постоянно негативно влияют на здоровье. В здравоохранении вводятся новые технологии, направленные на снижение пагубного влияния факторов риска, которые оказывают деструктивное воздействие, как на психологическое, так и на физическое благополучие медицинского работника. Проблема обеспечения безопасности труда медицинских работников серьезно изучаются в последние годы.

В Российской Федерации профессиональные заболевания, связанные с факторами риска, к сожалению, имеют устойчивую тенденцию к росту. Медицина – одна из важных и сложных наук, требующая к себе ответственности и качества исполнения медицинских манипуляций, от которых зависит жизнь и здоровье не только пациента, но и самих медицинских работников, также всех членов их семей.

Одной из важных задач успешной работы медицинских работников является выявление и устранение различных факторов риска для медицинского персонала в лечебно-профилактических организациях.

Актуальность исследуемой темы обусловлена тем, что медицинские работники ежедневно контактируют с различными факторами инфекционной и неинфекционной природы, которые могут вызывать изменения реактивности организма, иммунного статуса, влиять на здоровье и работоспособность, вызывая профессиональные заболевания.

К сожалению, факторов риска в современном мире для медицинских сестёр становится только больше. Новые технологии во многом упрощают работу, но негативно влияют на здоровье медицинского персонала.

К факторам, составляющим угрозу безопасности и здоровью медсестер лечебно-профилактических организациях (ЛПО) относятся:

1. опасность инфицирования при работе с пациентами и их биологическими жидкостями;
2. опасность поражения химическими реагентами (дезинфицирующие средства, лекарственные препараты, отходы изотопов, радиоактивные выделения пациентов после их изотопного исследования (моча, фекалии, рвотные массы);
3. стресс в результате воздействия неблагоприятной психологической обстановки;
4. тяжелый физический труд.

Важно не забывать о том, что каждого пациента мы должны рассматривать как потенциально инфицированного.

Цель исследования: выявление основных рисков в работе медицинских сестёр лечебно-профилактической организации (ЛПО).

Задачи исследования:

1. С помощью анкетирования изучить факторы риска в работе медицинских сестер и рекомендовать мероприятия по обеспечению безопасности труда.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СО «Кинель – Черкасской ЦРБ».

Так как работа проводилась в период, когда имелись некоторые ограничения в связи с распространением коронавирусной инфекции, по этой причине исследование проводилось в виде анкетирования медицинских сестер поликлиники. В анкетировании участвовали 30 человек. Анкета состояла из 8 вопросов, которые содержали информацию о возрасте, стаже работы медперсонала, контакте с химическими веществами и возможными аллергическими реакциями на эти вещества, использовании средств индивидуальной защиты при работе, а также в анкету включены вопросы о психологической устойчивости и заболеваниях, связанных с тяжелым трудом.

По первому вопросу о возрасте медперсонала, после обработки анкетных данных получены следующие результаты: медицинские сестры, работающие в поликлинике преимущественно (50%) в возрасте от 36 до 50 лет, 23% составляет медперсонал возраста старше 50 лет и 27% медперсонал от 20-35 лет.

На вопрос о стаже работы в лечебно-профилактической организации (ЛПО) ответы последовали, что преимущественно стаж работы у персонала от 10 лет и более.

На вопрос № 3 «Часто ли вы имеете контакт с химическими веществами (дезинфицирующие средства, антисептики и др.)?» все медсестры (100%) ответили ежедневно контактируют с дезинфекционными средствами.

На вопрос №4 «Используете ли вы средства индивидуальной защиты при работе с дезинфицирующими средствами?» получены следующие ответы: 93% респондентов используют средства индивидуальной защиты при работе с дезинфицирующими средствами, 7% затрудняются ответить, есть предположение, что 7% медработников пренебрегают средствами защиты при выполнении различных манипуляций.

На вопрос №5 «Беспокоят ли вас такие проявления как кожный зуд, чихание, кашель, покраснение глаз при работе с дезинфицирующими средствами?» результат опроса следующий: не испытывают никаких побочных явлений 95% и 5% отметили появление во время работы с дезинфицирующими средствами чихание, иногда кашель, зуд кожных покровов.

На следующий вопрос № 6 «Дезинфицирующие средства, применяемые в лечебно-профилактической организации (ЛПО) текущего периода?»

Все ответили, что в данный период применяются дезинфицирующие средства Сульфохлорантин-Д и Хлор А-дез. в таблетках.

Срок годности: дез. средства Сульфохлорантин-Дв рабочем растворе - 14 дней, класс опасности рабочего раствора – 4.

Срок годности дез. средства Хлор А-дез – рабочих растворов 5 суток, 4 класс опасности.

Растворы применяют различной концентрации в зависимости от вида работ.

Следующий вопрос № 7.«Часто ли Вас выводят из равновесия неожиданные неприятности?» Этот вопрос включен в анкету для выявления такого фактора риска как стресс в результате воздействия неблагоприятной психологической обстановки.

Результаты распределились следующим образом, 14% ответили «да выводят из равновесия» и 86% ответили «нет». Медперсоналу, чей ответ был положительным, а это 14%, желательно занимать рабочее место, где минимизирован контакт с пациентами.

Еще один распространенный фактор риска -это использование тяжелого физического труда. Респондентам задали вопрос № 8, имеете ли вы заболевания опорно-двигательного аппарата. Опрашиваемые ответили «да»8%, и 92% «нет». Из этого следует, что факторы риска, связанные с тяжелым физическим трудом медперсонала, имеет место быть.

После проведенного анкетного опроса для медицинских работников составлены рекомендации по профилактики профессиональных заболеваний и необходимые меры защиты на рабочем месте.

Выводы: Таким образом, в ходе проведенного исследования, которое было проведено на базе ГБУЗ СО «Кинель - Черкасской ЦРБ» в поликлиническом отделении по выявлению основных факторов риска в работе медицинских сестёр в виде анонимного анкетирования, в ходе проведенного исследования получены результаты, подтверждающие наличие различных факторов риска в работе медицинских сестер. Для снижения рисков в работе медицинскому персоналу составлены рекомендации по сохранению здоровья.

Поставленные цели и задачи исследования выполнены в полном объеме.

Список использованной литературы

1. Двойников С.И, «Сестринское дело» №5, 2012г, «Уровень профессиональной заболеваемости средних медицинских работников»
2. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. - Основы сестринского дела: курс лекций сестринские технологии. Ростов-на-Дону, Феникс – 2016.
3. Камынина, Н. Н. Теория сестринского дела. Учебник / Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. - М.: ИНФРА-М, 2016. – 224.
4. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2016. - 768 с.
5. Интернет-ресурс: <https://helpiks.org/5-63287.html>
6. Интернет-ресурс: [https://studfile.net/preview/6824203/page:91/\[1\]](https://studfile.net/preview/6824203/page:91/[1]). 20. Интернет-ресурс: <https://nsportal.ru/npo-spo/zdravookhranenie/library/2018/10/07/metodicheskaya-razrabotka-konferentsii-professionalnye>

Приложение 1.

Анкета на выявление факторов риска в работе медицинской сестры

1. Ваш возраст?
1. 20-35 лет; 2. 36-50 лет; 3. старше 50 лет
2. Ваш стаж работы?
1. менее 10 лет; 2. более 10 лет;
3. Часто ли вы имеете контакт с химическими веществами (дезинфицирующие средства, антисептики и др.)?
Да; нет; затрудняюсь ответить;
4. Используете ли вы средства индивидуальной защиты при работе с дезинфицирующими средствами?
Да; нет;
5. Беспокоят ли вас такие проявления как кожный зуд, чихание, кашель, покраснение глаз при работе с дезинфицирующими средствами?
Да; нет;
6. Дезинфицирующие средства, используемые в ЛПУ в текущий период;
7. Часто ли Вас неожиданные неприятности выводят из равновесия?
Да; нет
8. Имеете ли вы заболевания опорно-двигательного аппарата.
Да; нет

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Саукова Г.О., студентка 3 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Сидорова А.В., руководитель, преподаватель
Кинель – Черкасский филиал
ГБПОУ «Гольяттинский медколледж»*

Аннотация: Одним из актуальных вопросов является стандартизация госпитальной хирургической помощи, доказательная сестринская практика, особенно в пред и послеоперационные периоды. Во многих случаях результат хирургического лечения зависит от своевременного и правильного ухода за пациентом средним медицинским персоналом.

Ключевые слова: хирургическая операция, холецистит, желчекаменная болезнь, осложнение желчекаменной болезни, холецистэктомия, лапароскопическая операция, послеоперационный период, сестринский уход за пациентами, лечебное питание.

Актуальность темы заключается в том, что холецистэктомия одно из наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств во всём мире, в том числе и в России. Заболевания желчевыделительной системы регистрируются у 300 человек на 100000 населения, что составляет от 25% до 50% больных с патологией органов пищеварения. Желчный пузырь — важное звено в пищеварительной системе. Орган является частью желчевыделительной системы печени и отвечает за накопление желчи. Существует немало причин удаления желчного пузыря.

Основной целью проведения операции является предотвращение тяжелых осложнений и вследствие этого летального исхода. Операция проводится при образовании камней, бескаменной, острой или хронической форме холецистита, дисфункции, атрофии органа.

Хирургическая операция до настоящего времени остается основным методом лечения больных калькулезным холециститом, число которых все увеличивается. В мире ежегодно выполняется около 2,5 миллионов плановых и экстренных операций на желчных путях. Активно внедрены высокотехнологичные малоинвазивные методики. Полостная операция всегда связана с определенным риском возникновения осложнений, как в процессе самого вмешательства, так и в послеоперационном периоде. Холецистэктомия сопровождается значительной травмой мягких тканей передней брюшной стенки, что нередко приводит к гнойным осложнениям со стороны раны в раннем послеоперационном периоде и грыже передней брюшной стенки в последующем. Кроме того, даже при неосложненном течении послеоперационного периода срок восстановления трудоспособности очень продолжителен. Поэтому, несомненно, оправданы поиски других, неоперативных, методов лечения желчнокаменной болезни.

Абдоминальная хирургия последних лет сделала существенный шаг вперед благодаря разработке и внедрению в клиническую практику целого ряда лапароскопических операций, среди которых холецистэктомия занимает ведущее место. Впервые лапароскопическая холецистэктомия у человека была выполнена Ph. Mouret (Лион, Франция) в 1987г. и затем получила быстрое распространение и признание в развитых странах мира. В нашей стране ЛХЭ была произведена в 1991 Ю.И. Галлингером. Лапароскопическая холецистэктомия сочетает в себе радикальность (удаляется патологически измененный желчный пузырь с конкрементами) с малой травматичностью (почти полностью сохраняется целостность мягких тканей брюшной стенки, прежде всего апоневроза и мышц), благодаря чему значительно сокращаются сроки восстановления трудоспособности пациентов.

Послеоперационный период - это время от момента операции до выздоровления или стойкой утраты трудоспособности. В этот период пациент находится в определенном состоянии, которое обусловлено предшествующей болезнью, оперативным вмешательством по ее устранению и наркотическими средствами, применяемыми во время операции.

В целом послеоперационное состояние пациента следует рассматривать как «послеоперационную болезнь» - переходный период от стрессового состояния к выздоровлению. Стресс вызывается операцией и наркозом, а выход из него зависит от исходного состояния, результатов операции и механизмов адаптационной защиты у пациента.

Принято разделять послеоперационный период на:

-Ранний послеоперационный период - с момента окончания операции и до выписки больного из стационара.

-Поздний послеоперационный период - от выписки + 2 месяца после операции

-Отдаленный послеоперационный период - до окончательного исхода заболевания (выздоровление, инвалидность, смерть)

Задача медицинского работника в послеоперационном периоде окружить больного вниманием и заботой, обеспечить его тщательным уходом и в то же время привлечь больного, в тех случаях, когда это нужно, активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними.

По окончании операции прекращается введение наркотических веществ. Больного транспортируют из операционной на каталке в послеоперационную палату, или в отделение реанимации и интенсивной терапии. При этом больной может быть вывезен из операционной только с восстановленным самостоятельным дыханием. Врач анестезиолог обязательно должен сопровождать больного в отделение реанимации, или посленаркозную палату вместе с двумя (не менее) медсестрами. Во время перевозки больного необходимо следить за положением катетеров, дренажей, повязок. Неосторожное обращение с больным может привести к выпадению дренажей, снятию послеоперационной повязки, случайному удалению эндотрахеальной трубки. Анестезиолог должен быть готовым к нарушениям дыхания при транспортировке. С этой целью бригаде, транспортирующей больного, необходимо иметь с собой ручной дыхательный аппарат (или мешок Амбу).

Во время транспортировки может проводиться (продолжаться) внутривенная инфузионная терапия, но в большинстве случаев при перевозке система для внутривенного капельного введения растворов перекрывается.

Для оперированного больного должна постель быть подготовлена заранее, до момента доставки больного из операционной. Палату необходимо хорошо проветрить, температура воздуха должна быть 17-20°. Кровать следует поставить таким образом, чтобы яркий свет не раздражал больного.

Кровать должна быть тщательно застелена, клеенку, простынь необходимо расправить, чтобы не было складок и неровностей. Это одна из мер профилактики пролежней. В холодное время года кровать согревается грелками. Перекладывать больного с операционного стола на каталку или кровать можно вручную или с помощью специальных подъемников. На 30 минут (не более!) на область послеоперационной раны кладется пузырь со льдом.

Больной в посленаркозном периоде вплоть до полного пробуждения должен находиться под постоянным наблюдением медперсонала.

После обычной неосложненной лапароскопической холецистэктомии пациент из операционной поступает в отделение интенсивной терапии, где он проводит ближайшие 2 часа послеоперационного периода для контроля за адекватным выходом из состояния наркоза. При наличии сопутствующей патологии или особенностей заболевания и оперативного вмешательства длительность пребывания в отделении интенсивной терапии может быть увеличена. В связи с незначительностью травмы, наносимой передней брюшной стенке, послеоперационный период у пациентов после лапароскопической холецистэктомии протекает легче, чем после аналогичной хирургической операции посредством широкого лапаротомного доступа.

Наблюдение за пациентом в первые сутки после операции.

В этот период медицинская сестра должна быть особенно внимательна. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений.

Голова до его пробуждения должна располагаться низко, без подушки. При возникновении посленаркозной рвоты голову поворачивают набок. В результате западения языка или аспирации слизи у пациента может возникнуть асфиксия. В этих

случаях необходимо выдвинуть вперед нижнюю челюсть и вытянуть язык, убрать тампоном слизь из глотки, вызвать кашлевой рефлекс.

После пробуждения пациенту придают положение, щадящее рану. В первые 2 ч положение больного - лежа на спине, без подушки, голова повернута набок, ноги слегка согнуты в коленях; в последующие часы - лежа на спине, голова на подушке. В течение первых 4-6 часов после операции пациенту нельзя пить и вставать с кровати.

Необходимо наблюдать:

-за повязкой, наложенной на операционную рану (при промокании повязки кровью, нужно сообщить врачу).

-за окраской кожных покровов, температурой тела (усиление бледности кожи и слизистых оболочек может быть признаком внутреннего кровотечения, появление гиперемии лица, повышение температуры тела могут быть следствием начала развития воспалительных процессов).

-за сердечно-сосудистой системой (измерение АД, подсчет пульса). Пульс в послеоперационном периоде всегда учащается в связи с повышением температуры тела, кровопотерей, причем при этом имеется определенная закономерность: повышение температуры тела на 1 градус С сопровождается учащением пульса на 8-10 уд/мин. Если у оперированного повышение частоты пульса опережает повышение температуры или температура снижается, а пульс учащается, это указывает на неблагоприятное течение послеоперационного периода.

Роль медицинской сестры в процессе ухода за пациентом, особенно в стационаре, трудно переоценить. Выполнение назначений врача, уход за тяжелобольными, проведение многих, иногда довольно сложных, манипуляций - все это является прямой обязанностью среднего медицинского персонала. Медицинская сестра также участвует в обследовании пациента, подготовке его к различным оперативным вмешательствам, работает в операционной в качестве анестезиста или операционной сестры, наблюдает за пациентом в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Все это предъявляет высокие требования не только к знаниям и практическим навыкам медицинской сестры, но и к ее моральному облику, умению вести себя в коллективе, при общении с пациентами и их родственниками.

Список литературы:

1. Н.В.Барыкина, В.Г. Зарянская «Сестринское дело в хирургии» ООО «Феникс», г.Ростов – на Дону, 2019г.
2. Н.В.Барыкина, О.В.Чернова «Сестринское дело в хирургии практикум» ООО «Феникс» г.Ростов – на Дону,2019г.
3. В.И.Буянов, Ю.А.Нестеренко «Хирургия», Москва «Медицина» 2019г.
4. М.С. Брукман «Руководство для операционных сестёр», Москва «Медицина»2017г.
5. А.Д. Морозова, Т.А.Конова «Хирургия» ООО «Феникс» г.Ростов – на Дону,2018г.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

*Никитина С. С., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело
Старкова Т. И., руководитель, преподаватель,
Кинель - Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медицинского работника и пациента. Всё происходящее в стенах медицинской организации, принимается медперсоналом как само собой разумеющееся, а пациенту может показаться непонятным. Нет ничего удивительного в том, что он ощущает беспокойство и тревогу.

В настоящее время считается доказанным, что чаще всего мрачное предчувствие и тревога посещают пациента из-за отсутствия привычного общения и неизвестности (отсутствие информации о своём заболевании, прогнозе и т.п.). Недостаточность (или отсутствие) навыков общения у сестринского персонала приводит к негативным последствиям.

Разумеется, задача медсестры – применение словесных воздействий и проведение бесед в процессе ухода за пациентом; в умении порой защитить его от обуревающих негативных мыслей и чувств; создание психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления.

Проблема исследования заключается в том, что терапевтическое общение между медицинской сестрой и пациентом на сегодняшний день является более значительной предпосылкой благоприятного течения заболевания.

Цель исследования: определить роль и значение медицинской сестры в организации терапевтического общения с пациентом.

Гипотеза исследования: если медицинская сестра с помощью терапевтического общения стремится достичь положительного психологического и эмоционального состояния пациента, то это является благоприятной предпосылкой успеха его лечения и выздоровления.

Задачи исследования:

- изучить аспекты взаимоотношений медицинской сестры и пациента;
- оценить межличностное взаимодействие медицинских сестер с пациентами терапевтического и кардиологического отделений ГБУЗ СО "Кинель-Черкасская ЦРБ".

Для решения поставленных задач и проверки исходных предположений на разных этапах исследования использовался комплекс взаимодополняющих **методов исследования:**

- Теоретические (анализ литературы, обобщение).
- Практические (анкетирование, наблюдение).

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: проблемы общения и его особенности в деятельности медицинской сестры.

С целью оценки межличностного общения медицинских сестер с пациентами проведено анонимное анкетирование пациентов терапевтического и кардиологического отделений ГБУЗ СО «Кинель-Черкасская ЦРБ». Анкета заполнялась пациентами перед выпиской из стационара.

В опросе приняли участие 57 пациентов, из них женщины составили 56% (32 человека), мужчины - 44% (25 человек). Возраст анкетированных пациентов от 18 до 65 лет. В возрастной структуре 35-50 лет - 46%, от 50 до 65 лет - 21%, и 33% - 18-35 лет.

На вопрос «Внимательно ли относились медицинские сестры к Вам во время лечения в стационаре?», были получены следующие ответы: 65% ответили,

что медсестры очень вежливые, всегда ответят на вопросы, не оставят без внимания; 14% ответили, что не все медсестры уделяли должное внимание пациентам; 21% - не дали ответа.

Для эффективного и бесконфликтного взаимодействия с пациентами необходимо наличие такого психологического параметра, как коммуникативная компетентность – способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения. Некомпетентность в общении способна нарушить диагностический и лечебный процесс.

Оценка восприятия пациентами коммуникативной компетентности медицинских сестер показала: большинство пациентов (84%), отметили естественность поведения медсестер, искренность, безусловное принятие больного стационара. Однако 16% пациентов считают, что не все медицинские сестры владеют навыком общения с больными людьми.

Следующим был задан вопрос об информировании медицинскими сестрами пациентов о сути и ходе назначенных процедур: 76% опрошенных указали, что медсестры предоставляют информацию в доступной форме; 12% опрошенных отметили, что имеют дефицит информации о проводимых процедурах; и 12% - воздержались от ответа.

На вопрос о том, был ли разъяснён медицинской сестрой порядок подготовки, характер, содержание назначенного лабораторного и инструментального исследований, большинство опрошиваемых 86% ответили положительно на поставленный вопрос, 14% отрицательно.

Так же был задан вопрос об индивидуальном подходе к пациенту. Индивидуальный подход к пациентам - это понимание его проблем и желаний; умение донести до пациента суть проблемы, основные варианты ее устранения и необходимые меры профилактики; создание комфортной для работы атмосферы корректности и взаимоуважения. На вопрос, о индивидуальном подходе к пациентам, были получены следующие ответы: 65% пациентов вполне устроила работа медсестер непосредственно с ними; 28% опрошенных хотели бы получить больше информации о состоянии своего здоровья, но в тоже время осознают, что на медсестер приходится большой объем работы и они не могут уделить им больше времени; и 7% ответили, что медсестры не нашли с ними взаимопонимание.

На вопрос, были ли конфликтные ситуации с медицинским персоналом, были получены следующие ответы. К сожалению, 11 % (6 человек) респондентов довелось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре. Конечно, можно оспаривать обоснованность претензий пациентов к сестринскому персоналу, учитывая болезненное состояние, но в любом случае это является недоработкой медицинских сестер.

Любое заболевание - это стресс для человека, особенно если лечение нужно проводить в стационарных условиях. И здесь необходимы знания психологии общения, этики и деонтологии. Даже безупречное выполнение манипуляций оставит негативное впечатление, если будет сопровождаться некорректным поведением медицинских сестёр. Нужно больше времени уделять самосовершенствованию, самообучению сестринскому персоналу по вопросам психологии, деонтологии, этики.

Следующий вопрос анкеты был об удовлетворенности результатами оказанной сестринской помощи.

С точки зрения пациента (семьи, общества) качество сестринской помощи – такие свойства услуги, благодаря которым пациент остается доволен оказанием сестринской помощи в целом, результатом и процессом ее оказания. А это значит, что условия, в которых производилось сестринское вмешательство, профессионализм медицинских

сестер, их личностные качества, профессиональное общение и результат помощи соответствовали ожиданиям пациента.

Изучение уровня удовлетворенности пациентов результатами сестринской помощи и сестринского ухода показало, что больше половины опрошенных (63%) были полностью удовлетворены; частично удовлетворены 26%; 11% не удовлетворены оказанной сестринской помощью. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии оценить оказанную им сестринскую помощь и профессиональную компетентность персонала. Пациент воспринимает сестринское вмешательство как качественное, если оно удовлетворяет, или превосходит его ожидания. Ожидания пациента формируются на основе уже имеющегося опыта или получаемой из различных источников информации. А это может не соответствовать объективной оценке.

Также необходимой составляющей деятельности медицинской организации, определяющей качество, является сам процесс оказания медицинской помощи в целом, который тесно связан с результатом лечения и удовлетворенностью пациентов. Улучшение самочувствия пациента важный показатель качества работы персонала медицинской организации. В конечном результате работы врача заложена немалая доля результата деятельности сестринского персонала. Так 77% пациентов считают, что за время пребывания в больнице их состояние здоровья улучшилось, они идут на поправку; 16% считают, что за время нахождения в больнице их состояние не изменилось; 7% пациентов считают, что их состояние здоровья улучшится не сразу, для этого должно пройти определенное время.

Выводы: 1. В результате анализа практической части исследовательской работы, можно сделать заключение, что средний медицинский персонал оказывает большое влияние на процесс выздоровления пациентов. Пациентам отделений стационара оказывается должное внимание (65%), осуществляется качественный сестринский уход (90%), тем самым медицинский персонал поддерживает, укрепляет и восстанавливает здоровье пациентам.

2. При уходе за больными особое значение имеет соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. При уходе за больными особое значение имеет соблюдение норм медицинской этики и деонтологии, к каждому больному необходим индивидуальный подход с учётом личностных особенностей пациента и его отношения к болезни. Индивидуальным, ориентированным на пациента подходом оказания сестринской помощи, удовлетворены 65% опрошенных. У 89% пациентов отсутствовали конфликтные ситуации со средним медицинским персоналом. 84% пациентов отметили высокие коммуникативные качества медсестер стационара.

3. Таким образом, от того как профессионально медицинская сестра выполнит зависимые, независимые и взаимозависимые вмешательства, будет стремиться достичь положительного психологического и эмоционального состояния пациента зависит результат лечения и продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Список литературы:

1. Болотова, А.К. Социальные коммуникации. Психология общения: Учебник и практикум для СПО / А.К. Болотова, Ю.М. Жуков, Л.А. Петровская. - Люберцы: Юрайт, 2016. - 327 с.

2. Жарова, М.Н. Психология общения: Учебник / М.Н. Жарова. - М.: Академия, 2018. - 208 с.

3. Кошечкина, И.П. Профессиональная этика и психология делового общения: Учебное пособие / И.П. Кошечкина, А.А. Канке. - М.: Форум, 2018. - 384 с.

4. Столяренко, Л.Д. Психология общения: учебник для колледжей / Л.Д. Столяренко. - РнД: Феникс, 2019. - 317 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ГАДЖЕТЫ И ЗДОРОВЬЕ

Зубкова Ю.А., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело

Титова О.А., руководитель, преподаватель

Куликова А.В., руководитель, педагог-организатор

Кинель - Черкасский филиал

ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»

За последние два десятилетия гаджеты стали неотъемлемым атрибутом в жизни человека. Различные устройства, вроде компьютеров, компьютерных планшетов и телефонов, очень помогают человеку в повседневной жизни. Например, быстро найти нужную информацию или передать какое-либо текстовое сообщение в другой конец мира, но не переоценивают ли люди полезность гаджетов и не уделяют ли они им очень много времени? Нам кажется, что будет интересно провести исследование и узнать, зависимы ли люди от своих смарт-телефонов, и каким образом они могут повлиять на их организм.

Актуальность данной проблемы заключается в том, чтобы подростки понимали необходимость разумного использования гаджетов и применяли свои знания для сохранения собственного здоровья.

Для того, чтобы справедливо оценить влияние гаджетов, давайте рассмотрим все стороны: сделаем попытку проанализировать информацию из разных источников, сделать выводы, а также проведём опрос – анкетирование среди студентов Кинель-Черкасского филиала ГБПОУ ТМедК по данной теме.

Цель: исследование влияния смартфонов на организм студентов.

Задачи:

- Организовать поиск информации о влиянии гаджетов, в том числе смартфонов, на здоровье, поведение и успеваемость студентов.
- Провести анкетирование студентов и проанализировать полученные данные.
- Разработать памятку по безопасному использованию гаджетов.

Сегодня гаджет для человека является и средством общения, и средством получения информации, и показателем социального статуса, в результате чего накладывает отпечаток на личность человека и оказывает сильное влияние. Что же происходит с человеком под воздействием этого влияния, как это отражается на его психике? Особенно этот вопрос беспокоит родителей, ведь современные дети уже с малых лет приобщаются ко всем благам технического прогресса, сейчас никого не удивит ребенок 3-х лет с сотовым телефоном, планшетом или другим гаджетом, что же говорить о подростках. А ведь именно в детстве происходит закладка личностных особенностей и наиболее быстрое развитие психики ребенка. Разумеется, все эти технические новинки вносят свой непосредственный вклад в интеллектуальное развитие, ускоряя его, но также являются и средствами формирования представления о мире. И, казалось бы, что все это должно приносить только пользу для развития современных детей, но неокрепшая психика растущего подростка, словно губка, впитывает в себя все хорошее и плохое, что несут в себе электронные устройства.

Психика подростков подстраивается под технические приспособления, в результате меняются мышление и восприятие подростка. Яркие зрительные образы вызывают сильные эмоции, но оставляют равнодушным мышление подростка, в результате главными каналами восприятия у него становятся зрение и слух. Мозг подростка насыщается зрительными и слуховыми впечатлениями, но испытывает дефицит в тактильных, обонятельных и осязательных ощущениях. Подросток автоматически «освобождается» от потребности активизировать свое воображение, ему уже предлагают стерео типизированную форму и яркий стимул, что может привести к тому, что подросток будет фантазировать в одной плоскости миров, которые ему предлагает современная

индустрия виртуального мира. Такие увлечения не имеют ничего общего с личностным развитием, ведь не стимулируют ни фантазию, ни воображение, ни творческое мышление.

Кроме того, вытеснение из жизни подростка реального взаимодействия с окружающим миром может привести к развитию замкнутости, необщительности и неготовности подростка к жизни в социуме. Также подросток не может справиться с переизбытком информации получаемой с помощью современных технических устройств, что приводит к нарушениям в эмоционально-волевой сфере, подростки становятся эмоционально неуравновешенными, неспособны контролировать свои действия, также у них может появляться ощущение плохого самочувствия, подверженность стрессам.

В подростковом возрасте гаджеты несут в себе опасность появления интернет-зависимости. Интернет-зависимость — это расстройство психического характера, при котором человек очень навязчиво желает войти в глобальную сеть, социальные сети и неспособен выйти из нее вовремя. Большую роль в развитии этой зависимости играет фактор анонимности. Подростки получают возможность жить в интернете двойной или тройной жизнью. В результате происходит расщепление личности, размывание представлений о самом себе.

Появляются эмоциональная несдержанность, низкая стрессоустойчивость. Нарушается процесс формирования идентичности и взаимодействия с реальным миром. Это не значит, что нужно запретить подросткам играть в компьютерные игры и пользоваться гаджетами, ведь проблема заключается не в обладании вещью, а в том, как она используется. В любом случае, подросток стремится к налаживанию отношений с окружающим миром, установлению эмоционального контакта с окружающими, поэтому стоит уделить основное внимание деятельности, которая развивает и активизирует психику, таким как традиционное чтение, рисование, занятия музыкой, спортом, живому общению со сверстниками и родителями.

Влияние гаджетов на здоровье

Факторы вреда здоровью от активного применения планшетов и других подобных устройств:

- Во-первых, у подростков, часами проводящих за сенсорным экраном начинаются проблемы с координацией действий между командами головного мозга и движениями рук. Наблюдались случаи, когда такие подростки не могут даже кинуть мяч по прямой линии, поскольку верхние конечности неадекватно реагируют на сигналы из головы. Постоянное использование мышки может привести к тому, что у студента могут начать неметь и болеть пальцы правой руки (или левой, если он левша и держит мышку левой рукой). Это так называемый туннельный синдром, то есть однообразная нагрузка на кисть приводит к сдавливанию нервов. От компьютера подросток не получит нужных сенсорных ощущений. К тому же мелкая моторика рук развивается намного меньше, чем при игре с настоящим конструктором, мозаикой.

- Во-вторых, постоянное вглядывание в небольшие объекты на экранах смартфонов и планшетов развивает близорукость (особенно у тех, кто близко подносят экран к глазам), а сухость напряженных глаз может приводить к их воспалению и инфицированию.

- В-третьих, регулярное применение планшетов и смартфонов вредно для позвоночника (особенно шейного отдела), который у подростков еще имеет податливую структуру и быстро искривляется. Если подросток играет за компьютером: наверняка подолгу сидит в одной позе, с перекошенной спиной, уставившись в экран и не моргая, негативные последствия не заставят себя долго ждать.

- В-четвертых, у подростков, много и часто играющих в «стрелялки», искажается мировосприятие подростка ассоциирует себя с бессмертным компьютерным героем и привыкает к тому что, если его «убили», можно начать игру заново — чувство самосохранения притупляется. Подросток начинает считать, что решение любых конфликтов с использованием силы и оружия — это норма, и даже не пытается уладить

ссоры в реальной жизни мирным путем, просто не умеет этого делать. За самые жестокие поступки и убийства герои компьютерных игр не несут ответственности – эта модель поведения переносится подросток и на реальный мир. Известны случаи, когда компьютерная игра приводила в итоге к подростковому суициду. При этом не стоит думать, что девочка, не играющая в кровопролитные игры, а увлеченная, скажем, «Веселой фермой» или «Салоном красоты», в полной психологической безопасности.

В современном мире почти невозможно отказаться от техники. Запретить пользоваться мобильными телефонами, как и другими гаджетами, невозможно, так как этот факт стал неотъемлемой частью жизни человека, но нужно помнить, что они таят в себе опасности, которые может избежать разумный пользователь.

В результате работы над проектом мы пришли к выводу, что студенты, активно пользуются электронными гаджетами, при этом многие не соблюдают гигиенические требования к посадке и расстоянию от экрана до глаз. В тоже время опрос продемонстрировал, что многие подростки проводят огромное количество времени (более 3 часов в день), используя электронные устройства и это значит, что их здоровью причиняется колоссальный вред.

Проанализировав полученную информацию, а также результаты анкетирования и опросов, мы выделили «плюсы» использования гаджетов.

- появилась возможность обучаться с помощью специально разработанных обучающих и развивающих программ (дистанционное обучение);
- мобильная форма общения;
- быстро и в любом месте можно найти необходимую информацию;
- возможность чтения книг, нет необходимости брать тяжелую книгу;
- дополнительные функции гаджета позволяют использовать в качестве фотоаппарата, плеера, компьютера.

Таким образом, мы выделили и «минусы» при длительном и регулярном использовании гаджетов:

- при разговоре электромагнитное поле проникает в тело человека;
- происходит замена «живого» общения, возникает депрессия, чувство одиночества;
- замена активного образа жизни пассивным;
- ухудшение зрения;
- снижаются умственные и познавательные способности;
- возможно формирование зависимости, так называемой «телефономании».

Литература.

1. Буклеты: В сетях у паути; Муха во всемирной паутине/состав. Библиотека им. С. Маршака. – 2012
2. Журнал «Геоленок»//№ 7-8 - 2012
3. Некрасова З., Некрасова Н. Как оттащить ребенка от компьютера? И что с ним потом делать? – М. «София», 2007

Используемые Интернет-ресурсы

1. <https://readrate.com/rus/books/tsifrovoy-ili-brevis-est> 2015
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Гаджет>
3. http://ru.wikipedia.org/wiki/История_персональных_компьютеров
4. <http://www.syl.ru/article/112513/ponyatie-gadjetyi---chto-eto-takoe>

ГАДЖЕТЫ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

*Бродескур А., студентка 1 курса, специальность 31.02.02 Акушерское дело
Чупракова О.В., руководитель, преподаватель
Кинель-Черкасский филиал
ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*

Актуальность. XXI век — век технического прогресса, развития различных отраслей науки и культуры. Это время, когда современный человек практически не мыслит себя без «общения» с девайсами и гаджетами.

Цель: исследование влияния гаджетов на современных студентов.

Чаще всего гаджетами называют практически все электронные приборы: телефоны, смартфоны, компьютеры, наушники, аудиокolonки. Однако, если рассмотреть данный вопрос с научной точки зрения, то становится понятно, что «гаджет» (от французского слова «gâche» — «застежка») — это небольшое устройство, предназначенное для облегчения и усовершенствования жизни человека. Это устройство без источника питания (гарнитура для телефона, наушники, колонки и др.) не способное работать самостоятельно без основного устройства — девайса, оно только расширяет его функциональные возможности. Девайсы (от английского слова «device» — аппарат, устройство, прибор.) — это небольшие электронные устройства с источниками питания, способные работать без поддержки со стороны других девайсов или гаджетов. Классическими примерами таких устройств являются смартфоны, ноутбуки. Встречаются и такие устройства, которые объединяют два понятия, могут функционировать самостоятельно, но полноценно работают только в связке с другим устройством (смарт-часы и фитнес-трекеры и др.). [1]

Современные студенты практически постоянно имеют дело с данными видами техники. Они не могут себе представить и дня, чтобы не прибегнуть к помощи этих чудо устройств: слушают музыку, общаются виртуально в соцсетях, измеряют давление и пульс, ищут ответы на интересующие их вопросы на всевозможных страницах интернета.

Но, задумывался ли кто из нас, подростков, как влияют всевозможные гаджеты на здоровье? Определим плюсы и минусы данных устройств еще и потому, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, около 1,8 миллиарда людей во всем мире пользуются смартфонами каждый день. Так, по проведенным исследованиям известно, что средний пользователь проверяет свой смартфон около 150 раз в день. Наблюдая за студентами 1-х курсов и анализируя свой личный опыт общения со смартфоном, мы пришли к выводу о том, что стоит задуматься о своем здоровье и увидеть реальную картину влияния гаджетов.

Плюсы заключаются в том, что разумное общение с гаджетами позволяет нам развиваться интеллектуально: не выходя из дома можно попасть в любую библиотеку и прочитать книгу, можно в поисковиках найти информацию, выучить дистанционно иностранный язык, совершить виртуальное путешествие по странам и музеям и т. д. Использование наушников позволяет нам слушать любимую музыку, не мешая при этом окружающим. Дистанционное общение с друзьями помогает нам не заразиться болезнями в период карантина или при плохой погоде (можно не выходя из дома пообщаться с

друзьями). Фитнес браслеты позволяют нам контролировать состояние своего организма. Телефоны позволяют нам быть в курсе событий своих близких: родителей, друзей.

Плюсов много, но и минусов оказывается немало. Прежде всего, постоянное пользование гаджетами вызывает сильнейшее умственно – эмоциональное напряжение. Это может привести к развитию утомления. Утомление, возникающее ежедневно, способно накапливаться и переходить в переутомление. В организме становятся заметны глубокие изменения. Происходит нарушение ритма сердечных сокращений и артериального давления, потеря аппетита. Как следствием из этого появляются раздражительность, капризность, беспричинные страхи, бессонница. Затем может возникнуть стресс, который опасен для студентов тем, что не найдя выхода из состояния стресса, может совершить попытку суицида.

Постоянное пользование гаджетами может привести к ряду заболеваний:

- Фотоэпилепсия, которая возникает от частого мелькания экрана. Это такое состояние, при котором мерцающий свет большой интенсивности вызывает эпилептические приступы. Ее иногда называют рефлекторной эпилепсией. В последнее время появилась информация об увеличении случаев таких приступов, что связывают с массовым увлечением видеоиграми.

- Постоянное недосыпание быстро приводит к физическому и эмоциональному истощению, так как свечение экрана нарушает синтез гормона мелатонина и студенты перестают спать.

- Конъюнктивиты. Длительная работа за монитором компьютера без перерывов приводит к пересыханию конъюнктивы. Смачивание глаза слезной жидкостью происходит во время моргания. При фиксации взгляда на экране частота движений век уменьшается, как следствие слизистая пересыхает, развивается хроническое воспаление.

- Поражение нервных стволов правой руки, связанное с перенапряжением мышц.

- Головные боли.

- «Номофобия». Суть болезни заключается в том, что человек боится оказаться без интернета или без мобильной связи. Подтверждением имеющегося расстройства являются такие чувства, как раздражительность, страх и тревога, которые появляются, если мобильный забыт дома, либо разряжен. Также больной не расстается со своим гаджетом не на минуты, он берет его повсеместно и постоянно держит в руках. Опасность болезни: стираются грани личного пространства, ведь звонок может раздаться в любой момент. Именно таким образом номофобия преследует тех, кто испытывает зависимость от смартфона.

- «Эффект Google». Его смысл заключается в том, что человек уверен: любую информацию можно всегда легко найти в Интернете. По этой причине современному человеку знания просто не нужны. Такая убежденность особенно свойственна детям и подросткам. Мозг отказывается запоминать информацию, зная, что гораздо проще заново найти ее, чем потратить какие-то усилия.

- Синдром фантомного звонка. У человека появляются слуховые и моторные галлюцинации, ему часто кажется, что в его кармане звонит или вибрирует телефон, хотя на самом деле этого не происходит. [2]

И так, мы видим, что отрицательных воздействий гаджетов на здоровье студентов оказывается больше, чем положительных.

Мы поставили перед собой задачу узнать, насколько сильное влияние имеют гаджеты на студентов 1 курсов специальностей Сестринское и Акушерское дело. Действительно ли они так зависимы от разнообразных девайсов? Чтобы ответить на этот вопрос, мы провели исследование. Мы предложили ребятам ответить на вопросы анкеты, основной задачей которой являлось, узнать у какого количества ребят есть тенденция к зависимости или уже наблюдается зависимость. Всего участвовало 100 человек.

Затем мы проанализировали ответы каждого студента и оценили результаты исследования по следующей шкале: 0-4 положительных ответов означало, что поводов для беспокойства нет, 5-6 – имеется предрасположенность к зависимости, и 7-10 – полностью зависим от гаджетов. В ходе работы выяснилось, что из 100 человек 52 полностью свободны от влияния электронных устройств, 28 – имеют тенденцию к зависимости и 20 человек не представляют своей жизни без девайсов.

Как и в случае с другими зависимостями, главным образом, результат зависит от самого человека. Для того, чтобы избежать зависимости, для начала нужно ее признать.

Для тех, кто готов справиться с зависимостью от гаджетов, мы составили рекомендации.

1. Максимально ограничьте присутствие в своей жизни гаджетов. Пользуйтесь гаджетами только по необходимости.

2. Отключите звуковые сообщения. При ожидании звукового оповещения повышается стресс.

3. Прогулка без телефона. Чтобы этот день прошёл легче – лучше сделать это на выходные, предупредив близких о том, где планируется прогулка и сколько времени она займет. А во время самой прогулки попытаться проанализировать свои ощущения, понять насколько гаджеты плотно вписались в повседневную жизнь. Вы почувствуете себя гораздо свободнее, а состояние «всегда на связи» дает лишь видимую свободу.

4. Очистка гаджетов от ненужных приложений. Достаточно просто просмотреть те приложения, которые не использовались несколько месяцев. Как правило, ими в ближайшее время и не воспользуются в связи с их ненадобностью. А вот освободившееся место лучше заполнить действительно нужными приложениями, которые упорядочат повседневную деятельность и не будут отвлекать от важных дел.

5. Отказ от соцсетей. Можно это сделать после 18:00 (или хотя бы 20:00). Как правило, социальные сети позволяют расширить круг знакомств, узнать какую-либо дополнительную информацию. Но они же и ограничивают общение в реальной жизни. В первую очередь от этого страдают члены семьи. Можно сходить в гости к друзьям, пообщаться в кругу семьи.

6. Ограничьте вмешательство «Инстаграма» в вашу жизнь. Не стоит делать свою жизнь достоянием общественности, должна быть в жизни какая – то тайна. Да и удовольствие от прогулки, путешествия, концерта может быть значительно большим, если постоянно не думать о том, что этот момент нужно сфотографировать и выложить в сеть.[3]

Результаты. Мы выяснили, что подростки, в основном, используют гаджеты для общения в соцсетях, с целью поиска информации (в том числе при подготовке домашних заданий), с целью развлечения (игры, интернет-сайты). Результаты исследования показали, что гаджеты – неотъемлемая часть жизни подростков, многие не готовы даже на время отказаться от гаджетов. В то же время, подростки осознают, что использование

гаджетов отнимает время, которое можно посвятить живому общению, любимым или полезным занятиям. В процессе исследования выявлены студенты, имеющие средний и высокий уровень зависимости от гаджетов. Для решения проблемы гаджет-зависимости мы разработали рекомендации.

Выводы. Люди серьезно рискуют своим здоровьем из-за чрезмерного увлечения современными электронными гаджетами. Врачи призывают сократить количество времени, посвящаемое разговорам по мобильнику, работе на компьютере и общению в социальных сетях. Имеющиеся на сегодня данные краткосрочных экспериментов не достаточны, чтобы утверждать наличие связи между заболеваемостью и современными гаджетами, поэтому Всемирная организация здравоохранения сейчас относит мобильные телефоны в ту же категорию, что и, например, кофе: "риск напрямую не доказан, но и не может быть полностью исключен".

Список литературы.

1. Иванова, А. В. Влияние гаджетов на здоровье подростков / А. В. Иванова, Е. С. Гоголева. — Текст: непосредственный // Юный ученый. — 2020. — № 2.1 (32.1). — С. 24-26. — URL: <https://moluch.ru/young/archive/32/1918/> (дата обращения: 15.03.2021).
2. «Инфоурок» - образовательный интернет-портал - URL: <https://infourok.ru/statya-na-temu-vliyanie-gadzheto-v-na-blagopoluchie-podrostkov-2980363.html> (дата обращения: 19.03.2021)
3. Педагогическое сообщество «Урок.рф» - образовательный интернет-портал- URL: https://xn--j1ahfl.xn--p1ai/library_kids/gadzheti_v_zhizni_sovremennih_podrostkov_160447.html (дата обращения: 22.03.2021)

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| 1. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА Климов С.М., Калинина И.О., студенты 2 курса, специальность 34.02.02 Медицинский массаж, Бекетова Т.Ф., руководитель, преподаватель..... | 3 |
| 2. ЭПОКСИДНАЯ СМОЛА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ Сапукова Э.Б., студентка 1 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело, Еленина С.А., руководитель, преподаватель | 7 |
| 3. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ Соболев А.А., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело, Кирилина Т.Н., руководитель, преподаватель | 11 |
| 4. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ КИНЕЛЬ – ЧЕРКАССКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «ТОЛЬЯТТИНСКИЙ МЕДКОЛЛЕДЖ» Сомова Е.Г., студентка 2 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело, Костерина Э.Н., Лазарева Н.А., руководители, преподаватели..... | 13 |
| 5. ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ Афанасьева А.А., студентка 3 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Никитина И.В., руководитель, преподаватель..... | 17 |
| 6. ТИМАШЕВСКИЙ ЭВАКОГОСПИТАЛЬ № 3277 В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ Бурматнова Т. А., студентка 4 курса, специальность 31.02.01 Лечебное дело Полуднева И. Е., руководитель, преподаватель..... | 20 |
| 7. ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА – КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Кузьмина Е. О., студентка 4 курса, специальность 31.02.01 Лечебное дело Пузанова Л.В., руководитель, преподаватель..... | 23 |
| 8. ВЛИЯНИЕ БЫТОВОЙ ХИМИИ НА ЗДОРОВЬЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ УБОРКИ Лыткова А.С., студентка 1 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Сальникова М.В., руководитель, преподаватель | 26 |
| 9. ФАКТОРЫ РИСКА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ Харина К.А. студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Сергеева В.В., руководитель, преподаватель | 28 |
| 10. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Саукова Г.О., студентка 3 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Сидорова А.В., руководитель, преподаватель..... | 31 |
| 11. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ Никитина С. С., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Старкова Т. И., руководитель, преподаватель | 35 |
| 12. СОВРЕМЕННЫЕ ГАДЖЕТЫ И ЗДОРОВЬЕ Зубкова Ю.А., студентка 4 курса, специальность 34.02.01 Сестринское дело Титова О.А., руководитель, преподаватель, Куликова А.В., руководитель, педагог-организатор..... | 38 |
| 13. ГАДЖЕТЫ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ Бродескур А., студентка 1 курса, специальность 31.02.02 Акушерское дело Чупракова О.В., руководитель, преподаватель..... | 41 |