

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Министерство здравоохранения Амурской области  
Государственное образовательное учреждение  
среднего профессионального образования  
«Амурский медицинский колледж»



Из опыта  
работы преподавателей  
сестринского дела  
в педиатрии



**В сборник включены материалы  
регионального совещания преподавателей  
педиатрии и сестринского дела в педиатрии  
«Современные технологии преподавания  
педиатрических дисциплин»**

**Печатается по решению научно-методического  
совета Амурского медицинского колледжа**

# Содержание

Вступительное слово.....	5
Знакомьтесь – преподаватели педиатрии и сестринского дела в педиатрии Амурского медицинского колледжа.....	7
Подготовка специалистов среднего звена по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии», «Педиатрия» в Амурском медицинском колледже <i>Вазанкова С.А.</i> .....	14
Программа регионального совещания преподавателей педиатрии и сестринского дела в педиатрии «Современные технологии преподавания педиатрических дисциплин».....	17
<b>Обмениваемся опытом с коллегами.....</b>	<b>19</b>
Педагогическая поддержка студентов медицинского колледжа на занятиях по педиатрии <i>Андреева Н.В.</i> .....	19
Учебно-методическая карта практического занятия <i>Зуенок В.А.</i> .....	24
Современные проблемы грудного вскармливания и его влияние на здоровье ребенка <i>Рыжкова В.С. , Речич Т.</i> .....	32
Активизация личностно-ориентированного обучения студентов <i>Гарная Л. Д.</i> .....	35
Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике <i>Березань Е.В., Рыбалка С.А.</i> .....	37
Клинико-этиологические особенности сахарного диабета по данным г. Биробиджана <i>Березань Е.В., Баженова А.С.</i> .....	40
Роль практических занятий в формировании профессиональных качеств у студентов <i>Кузьмина И.И.</i> .....	42
Буклет как одна из форм контроля самостоятельной работы студентов <i>Вазанкова С.А.</i> .....	43
Рекомендации для студентов по прохождению практики в медицинских учреждениях педиатрического профиля как одна из форм контроля самостоятельной работы студентов <i>Вазанкова С.А.</i> .....	44
Организация постдипломной подготовки медицинских сестер по специальности «Сестринское дело в педиатрии» <i>Вазанкова С.А.</i> .....	45

Преемственность с ЛПУ	<i>Марченко Т.Г.</i> .....	47
Формирование клинического мышления у медицинской сестры	<i>Матвеева С.И., Симонова Г.А.</i> .....	48
Информационные технологии в обучении студентов	<i>Марченко Т.Г.</i> .....	51
Организация самостоятельной работы студентов	<i>Кривошапкина Л.В.</i> .....	53
<b>Внеаудиторная работа</b> .....		55
Сценарий классного часа «Экология души»	<i>Сиваева Г.Н., Пархунова Л.А.</i> .....	55
Сценарий ток-шоу «Нужны ли России русские дети»	<i>Михайлова Г.Д., Сидоренко М.А., Фроленко Е.Н.</i> .....	62
<b>Учебно-исследовательская и научно-исследовательская работа студентов</b> .....		71
Типы медицинских сестёр	<i>Соколова Г.</i> .....	71
Медико-психологические особенности работы медицинской сестры в детской поликлинике	<i>Пивоварчик С.</i> .....	73
Болезнь и госпитализация ребёнка	<i>Бориско М.</i> .....	76
Синдром профессионального выгорания	<i>Ляндау Е.</i> .....	79
<b>Творчество преподавателей</b> .....		83
Некоторые рецепты использовала еще моя бабушка	<i>Кривошапкина Л.В.</i> .....	83
Из ответов студентов на занятиях «Уход за здоровым ребенком», «Сестринское дело в педиатрии»	<i>Кривошапкина Л.В.</i> .....	83

## Вступительное слово

### Уважаемые коллеги!



Наш сборник посвящен вопросам современных технологий преподавания педиатрических дисциплин в медицинских училищах и колледжах Дальнего Востока. Длительное время главной целью медико-санитарной помощи был уход за больными, их лечение. Сегодня медицинская сестра должна обучать население здоровому образу жизни, проводить профилактику заболеваний, поддерживать людей с физическими и умственными недостатками, а также с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями.

Чтобы подготовить специалиста, отвечающего этим требованиям, сама система среднего медицинского образования должна отличаться от традиционной. Одним из направлений подготовки стал компетентностный подход к образованию, который обеспечивает развитие определенных качеств у будущих медицинских работников, формирует у них собственное отношение к проблемам здравоохранения, к заботам пациентов. Особенно актуально это для медицинской сестры, работающей с детьми и их родителями.

Сегодня, кроме передачи знаний и умений в области медицины, преподаватели должны воспитывать в студентах качества, обеспечивающие специалисту способность адаптироваться в нынешних социальных условиях, быть конкурентоспособными. Принципиально новые требования к педагогам, необходимость внедрения в педагогическую практику компетентностного подхода предписаны нормативно-правовой образовательной документацией, в том числе Концепцией модернизации российского образования на период до 2010 года, Болонским соглашением. Актуальность подготовки специалистов, соответствующих современным требованиям, определена и национальным приоритетным проектом «Здоровье». Для будущего специалиста важны различные компетенции: познавательные (сбор анамнеза), коммуникативные (общение с больным), информационные (анализ, хранение, сопоставление информации). В области лечения и ухода за больными ведущую роль играет организационно-деятельностная компетенция.

Развивать в себе эти качества студенты могут как на уроках, так и в предметных кружках, во внеаудиторное время. Суть занятий – обеспечить условия для творческой деятельности учащихся, для их самореализации. Мы должны вырабатывать у студентов ценностное отношение к проблемам пациента, что включает в себя знание и понимание норм здорового образа жизни, этических норм, владение приемами профессионального общения, умение строить межличностные отношения и работать в группе, некоторые другие компетенции.

В сборнике представлен опыт работы преподавателей педиатрии и сестринского дела в педиатрии Амурского медицинского колледжа, а также статьи коллег Хабаровского

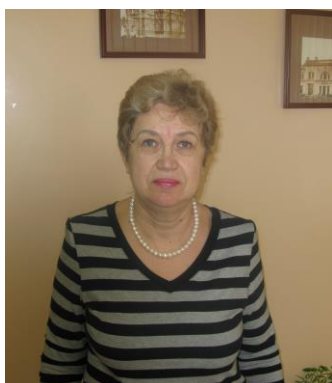
государственного медицинского колледжа, Зейского муниципального медицинского училища, медицинского колледжа департамента здравоохранения администрации Магаданской области, АМИЖТ филиала ДВГУПС в г. Свободном, факультета СПО - медицинского училища, Биробиджанского медицинского колледжа, филиала ГОУ СПО «АМК» в г. Райчихинске.

У нас у всех - общая благородная цель - готовить достойного специалиста.

Успехов, удачи, творчества вам, коллеги!

С уважением,  
директор ГОУ СПО «АМК»  
Е.В.Пушкарёв

## Знакомьтесь – преподаватели педиатрии и сестринского дела в педиатрии Амурского медицинского колледжа.



*Вазанкова Светлана Анатольевна – преподаватель педиатрии и сестринского дела в педиатрии ФПК.*

- *Год рождения – 1949.*
- *Окончила БГМИ в 1972 году.*
- *Общий стаж работы – 35 лет.*
- *Стаж работы в АМК – 14 лет.*
- *Квалификационная категория – высшая.*
- *ЦМК ФПК.*

**Считает**, что «Педиатрия» и «Сестринское дело в педиатрии» - самые важные из всех медицинских специальностей, т.к. дети – это наше будущее, от их здоровья, благополучия зависит дальнейшее развитие России.

**Любимые методы обучения:** активные.

**Тема по самообразованию** «Болезни раннего возраста».

### **За последние 5 лет:**

- Дважды повышала квалификацию на ФУВе в АГМА и в Омском медицинском колледже.
- Принимала участие в конференции «Внедрение сестринского процесса в практическое здравоохранение» в Биробиджане и работе Круглого стола по вопросам внедрения сестринского процесса в Амурской области.
- Принимала участие в работе III съезда средних медицинских работников Амурской области, был представлен доклад «Особенности постдипломной подготовки по специальности «Сестринское дело в педиатрии».
- Обобщен педагогический опыт по теме «Унифицирование документации. Учебно-методическое обеспечение дисциплины. Роль кабинета в практической подготовке выпускника».

### **У Светланы Анатольевны можно поучиться:**

- организации системы работы преподавателя;
- составлению учебно-методической документации: рабочих программ, методических разработок теоретических и практических занятий для преподавателей и студентов, пособий по самоподготовке учащихся;
- накоплению дидактического материала;
- использованию различных методов контроля знаний и умений студентов;
- умению заинтересовать учащихся, активизировать их мыслительную

- деятельность, привлечь к исследовательской работе;
  - ✚ использованию кабинета для практической подготовки студентов;
  - ✚ использованию игровых моментов на занятиях;
  - ✚ организации рабочего места студентов;
  - ✚ применению активных методов обучения на аудиторных и внеаудиторных занятиях;
  - ✚ использованию «немого» задания – фотозадачи.
- 
- Методическая документация Вазанковой С.А. была представлена на выставке-ярмарке методического обеспечения «Учебно-методическое обеспечение среднего медицинского образования» в г.Благовещенске и г.Омске .
  - Имеет 3 печатные работы: в журнале «Специалист», сборнике ЦМК «Особенности прохождения стажировки в детских ЛПУ» и «Информационно-методическом бюллетене АМК» - «Буклет как одна из форм контроля самостоятельной работы студента».
  - Руководила научно-исследовательской работой студентов АМК по темам: «Актуальные вопросы заболеваемости туберкулезом у детей в Амурской области», «Аскаридоз и трихоцефалез у детей», «Энтеробиоз и описторхоз у детей», «Этические аспекты эвтаназии», «Хромосомные болезни у детей», «Ультрафиолет и его значение в жизни ребенка». Работа «Эвтаназия – право на жизнь или право на смерть» была отмечена Дипломом I степени на студенческой конференции в День науки – 2003.
  - Провела открытое практическое занятие «Сестринский процесс при рахите» и внеаудиторное мероприятие «Что тебе подарить?».





**Симонова Галина Андреевна –**  
преподаватель педиатрии  
и сестринского дела в педиатрии.

- **Год рождения** – 1962.
- **Окончила КГМИ** в 1987 году.
- **Общий стаж работы** – 20 лет.
- **Стаж работы в АМК** – 8 лет.
- **Квалификационная категория** – высшая.
- **Выпускающая ЦМК.**
- **Классный руководитель** группы 322.

**Считает,** что изучение специальных дисциплин позволяет готовить грамотных медицинских работников, знающих вопросы клиники, диагностики, лечения, а главное, профилактики. Такие специалисты просто необходимы для реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», которым предусмотрены мероприятия по повышению рождаемости и снижению смертности.

**Любимые методы обучения:** активные.

**Тема по самообразованию:** «Использование информационных технологий в преподавании «Педиатрии».

**Принимала участие:**

- в работе круглого стола «Сестринский процесс – новое качество сестринской помощи. Новые сестринские технологии», 2005.
- в теоретическом семинаре для преподавателей клинических дисциплин «Гепатит по алфавиту» - 2007 г., «Атеросклероз» - 2008 г., «Как научиться жить с сахарным диабетом» - 2005 г.
- в заседании круглого стола с ЛПУ по внедрению сестринского процесса с докладом «Разработка вопросов сестринского процесса на занятиях по сестринскому делу в педиатрии» - 2005 г.
- в научно-практической педагогической конференции «Опыт, творчество, мастерство» - 2006 год.

**Проводила:**

- открытое практическое занятие «Неотложные состояния в педиатрии» - 2004 год
- открытое практическое занятие «Сестринский процесс при заболеваниях кожи, пупка, при сепсисе новорожденных» - 2006 г.
- совместные научно-практические конференции студентов АМК и сестринского персонала МУЗ ДГКБ «Этические проблемы в работе детской медицинской сестры» - 2007 г., «Проблемы детской эндокринологии» 2008 г.
- студенческую научно-практическую конференцию «Рак – это не приговор» -

2005 г., «Как научиться жить с сахарным диабетом» - 2006 г., «Заболевания сосудов» - 2008 год.

**Руководила** научно-исследовательской работой студентов. Подготовлены и представлены на научно-практической студенческой конференции в День науки АМК доклады:

- «Эпидемиология онкологии у детей в Амурской области»;
- «Особенности работы медицинской сестры с детьми с онкологическими заболеваниями»;
- «Профилактика йодного дефицита у детей грудного возраста»;
- «Инсулинотерапия сахарного диабета на современном этапе».
- «Медико-психологические эстетические и социальные проблемы пациентов с различной патологией».

**Имеет печатные работы:**

- В региональном сборнике «Опыт. Творчество. Мастерство», 2006 г.
- В информационно-методическом бюллетене АМК № 6 «Обмениваемся опытом», № 11 «День науки», № 17 «Научно-исследовательская работа», в «Информационном Вестнике АМК», 2006 г.

**Участвует:**

В работе экспериментальной площадки «Формирование ценностного отношения к здоровью у студентов медицинского колледжа в условиях воспитательной системы».

**Работает над созданием социального проекта:** «Создание профессионального волонтерского движения по просветительской и патронажной деятельности для студентов, молодежи и населения микрорайона».



**Кривошапкина Лариса Витальевна –**  
преподаватель педиатрии  
и сестринского дела в педиатрии.

- **Год рождения** – 1948.
- **Окончила БГМИ** в 1973 году.
- **Общий стаж работы** – 35 лет.
- **Стаж работы в АМК** – 23 года.
- **Квалификационная категория** – высшая
- **ЦМК** – клинических дисциплин.
- **Классный руководитель** 323 группы.

**Считает** дисциплины «Педиатрия» и «Сестринское дело в педиатрии» ведущими среди специальных дисциплин.

**Любимые методы обучения:** активные.

**Тема по самообразованию:** «Единая методическая система колледжа».

#### **Принимала участие:**

- в III съезде средних медицинских работников Амурской области с докладом «Особенности подготовки специалистов сестринского дела согласно требований ГОС СПО» - 2005 г.
- в педагогических чтениях «Единая методическая система колледжа» с докладом «Учебно-профессиональные задачи как компонент целостной учебной дисциплины».
- В межрегиональном совещании председателей ЦМК и преподавателей педиатрии «В подвижничестве преподавателя – эффективность образовательного процесса» в г. Уссурийске, 2005 г.
- научно-практической конференции педиатров Амурской области «Актуальные вопросы педиатрии на современном этапе».
- в совместной с ДОКБ конференции «Нетрадиционные методы выхаживания недоношенных детей», 2007 г.

**Руководила** научно-исследовательской работой студентов: Подготовлены и представлены на научно-практической студенческой конференции в День науки АМК доклады:

- 2004 г. «Внутриутробные инфекции по данным отделения патологии новорожденных АОДКБ»
- 2005 г. «Особенности периода адаптации у новорожденных от матерей с TOR СН-инфекцией», «УЗИ-диагностика поражений ЦНС у детей», «Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей по данным эндоскопического отделения АОДКБ».
- 2006 г. «Анализ грудного вскармливания по данным детей поликлиники г. Благовещенска», «Вскармливание детей первого года жизни по данным

поликлиник г. Благовещенска».

- ✚ 2007 г. «Инородные тела трахеи и бронхов по данным эндоскопического отделения АОДКБ», «Одноразовые подгузники: за и против».

**Имеет печатные работы:**

- ✚ в сборнике детской городской клинической больницы «Сестринский процесс в педиатрии», 2003 г.
- ✚ в сборнике «Актуальные вопросы педиатрии», посвященном 40-летию образования Детской городской клинической больницы «Особенности сестринского ухода при работе с детьми, оставленными без попечения родителей», 2004 г.
- ✚ в сборнике «Экологическая инициатива УЛГЭН», «Детство без туберкулеза», «Комплексная оценка состояния здоровья детей-эвенков», 2003 г.
- ✚ в сборнике материалов русско-японского межрегионального медицинского симпозиума – «Экологическая ситуация и состояние здоровья детей-эвенков в районе с. Ивановское», 2000 г.

**Повышала квалификацию:**

- ✚ В АГМА; «Актуальные вопросы педиатрии», 2004 г.



**Марченко Татьяна Геннадьевна –**  
преподаватель педиатрии  
и сестринского дела в педиатрии.

- **Год рождения** – 1964.
- **Окончила БГМИ** в 1987 году.
- **Общий стаж работы** – 20 лет.
- **Квалификационная категория** – вторая.
- **ЦМК** клинических дисциплин.
- **Классный руководитель** группы 209ф.

**Считает,** что дисциплинам «Педиатрия» и «Сестринское дело в педиатрии» отводится ведущая роль, т.к. здоровый организм формируется с детства и медицинские работники, имеющие дело с детьми, должны постоянно об этом помнить.

**Любимые методы обучения:** наглядный, словесный, информационные технологии.

**Тема по самообразованию:** «Единая методическая система колледжа. Личностно-ориентированное обучение студентов дисциплине «Сестринское дело в педиатрии».

- Принимала участие в педагогических чтениях «Единая методическая система колледжа», 2008 г.
- Провела открытое практическое занятие «Недоношенный ребенок», 2004 г.
- Готовила и проводила конференцию для сестринского персонала ОГУЗ «Детская областная клиническая больница» «Нетрадиционные методы выхаживания недоношенных детей», 2007 г.

**Руководила научно-исследовательской работой студентов.** На День науки АМК были представлены доклады:

- «Структура заболеваемости ЖКТ по данным отделения эндоскопии АОДКБ», 2004 г.;
- «Диспансеризация детей от матерей с TORCH -инфекциями в условиях детской поликлиники», 2005 г.
- Имеет печатную статью в методическом бюллетене АМК, 2005 г.

**ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СД В ПЕДИАТРИИ», «ПЕДИАТРИЯ»  
В АМУРСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ**

*Вазанкова С.А. – преподаватель педиатрии факультета  
повышения квалификации ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*

Обучение студентов дисциплинам «СД в педиатрии», «Педиатрия» на базовом и повышенном уровне и постдипломной подготовке ведется в Амурском медицинском колледже в кабинете доклинической практики колледжа и двух кабинетах, расположенных на базе ОГУЗ «Амурская областная детская клиническая больница» и МУЗ «Детская городская клиническая больница».

Кабинет доклинического обучения начал функционировать с 2000 года, его площадь составляет 37м<sup>2</sup>. Организован и оформлен кабинет двумя преподавателями – Вазанковой Светланой Анатольевной и Симоновой Галиной Андреевной. Оснащение кабинета соответствует требованиям государственного образовательного стандарта. Колледжем приобретено разнообразное медицинское оборудование, а также предметы и средства, необходимые для ухода за здоровым и больным ребенком.

Доклинический кабинет оснащен пятью пеленальными столами, отличающимися своей многофункциональностью: на верхней полке студенты могут выполнять практические манипуляции сразу по два человека, не мешая при этом друг другу. Справа находится бикс с перевязочным материалом и всеми лекарственными препаратами, необходимыми для ухода за ребенком. На нижней полке находятся наборы предметов медицинского назначения и средства, которые используются для выполнения двенадцати практических манипуляций. Преподаватели приблизили выполнение практических манипуляций в кабинете к условиям лечебно-профилактических учреждений города и области. Наличие таких наборов позволяет студентам лучше запоминать и выполнять практические манипуляции, так как больше половины информации усваивается через зрительный анализатор. Отрабатывать практические умения за такими пеленальными столами студентам удобно и комфортно.



В кабинете оформлено пять информационных стендов, предназначенных для постоянного пользования студентов. Тематика стендов следующая: «Физическое развитие», «Психомоторное развитие», «Новорожденный ребенок», «Вскармливание», «Профилактические прививки». Для удобства, на пристендовых столах размещено соответствующее медицинское оборудование или предметы ухода за ребенком. Например, к стенду «Физическое развитие», прилагаются электронные, чашечные, напольные весы, кроме этого имеются три вида ростометров, динамометр, сантиметровые ленты. Здесь же на столе находится папка с алгоритмами выполнения практических манипуляций. Это позволяет студенту самостоятельно в любой момент получить нужную информацию по данной теме. К стенду «Новорожденный ребенок» прилагаются современные средства детской гигиены. В настоящее время на смену вате и марле пришли удобные, красивые, эстетически

выполненные предметы ухода. Резиновый баллончик заменили назальным аспиратором, гребешок - на волосяную щетку с расческой для ухода за волосистой частью головы, обычная бутылочка для кормления заменена на антиколиковую, силиконовая зубная щетка позволяет ухаживать за деснами ребенка уже с первого месяца жизни. Поэтому, чтобы иметь эти современные предметы ухода и предметы медицинского назначения и обучать студентов правилами пользования ими, преподавателям приходится посещать аптеки, детские магазины и презентации, проводимые Амурской медицинской компанией.

Сердечно-легочная реанимация отрабатывается студентами на специальных куклах-фантамах с использованием мешка Амбу. В кабинет приобретено две таких куклы – новорожденного и двухлетнего ребенка. При отработке данного умения студент испытывает точно такие же ощущения, если бы это он проводил на ребенке. Колледжем приобретены различные модификации шприц-ручек, предназначенных для введения инсулина, детский клапанный спейсер, кроватка для новорожденного ребенка, электроотсос, игла Кассирского для стеральной пункции. Кроме этого в достаточном количестве имеются изделия разового медицинского назначения - мочеприемники для детей первого года жизни, питательные зонды, пробирки для бактериологического посева, для забора крови на исследование, баночки для сбора кала на яйца глистов, дисбактериоз.



*Обучением студентов на базовом уровне занимаются три преподавателя:*



- **Кривошапкина Лариса Витальевна**,

преподаватель высшей квалификационной категории, закончила клиническую ординатуру на кафедре детских болезней, ее стаж преподавателя огромный, составляет 33 года, из них 10 лет в Амурской государственной медицинской академии и 23 года в Амурском медицинском колледже. Рабочим местом специалиста является кабинет клинического обучения, который находится в Амурской детской областной клинической больнице в неонатологическом корпусе. Лариса Витальевна считает, что процесс обучения в средних медицинских учебных заведениях является целостной системой, в которой все составляющие ее компоненты – студенты, преподаватели, цели, задачи, содержание, средства, методы и организационные формы выступают в тесной взаимосвязи. Но этих внутренних связей недостаточно, необходима еще одна связь – внешняя – практическая - с разнообразными детскими лечебно-профилактическими учреждениями. Лариса Витальевна ежегодно участвует в научно-практических конференциях, проводимых в Амурской государственной медицинской академии с докладами на различные темы: «Этика и биоэтика в работе педиатра», «Особенности работы медицинской сестры детской поликлиники», «Практические советы по ребенку-инвалиду в семье», «Особенности работы медицинской сестры в стационаре». Проводит совместную работу с сотрудниками ОГУЗ «АОДКБ», на совместных конференциях студенты выступали с докладами «Недоношенный ребенок и особенности работы с ним».

- **Симонова Галина Андреевна**, преподаватель высшей квалификационной категории, ее трудовой стаж в практическом здравоохранении составил 13 лет, стаж преподавателя - 8. Ее рабочее место - кабинет клинического обучения, который находится в детской городской больнице. Галина Андреевна считает, что медицинская сестра, занимаясь профилактической



работой, должна не только научить семью, каким образом нужно сохранить здоровье ребенка, предотвратить заболевания, но и выполнять адвокатскую функцию, т.е. защищать ребенка от вредного воздействия окружающей среды, от неадекватных медицинских вмешательств, а иногда даже от собственных родителей. Галина Андреевна работает над созданием социального проекта: «Создание профессионального волонтерского движения по просветительской и патронажной деятельности студентов, молодежи и населения микрорайона», выступала с докладами в средних специальных учебных заведениях и в колледже «Влияние вредных привычек на потомство».



- **Марченко Татьяна Геннадьевна** -

преподаватель второй квалификационной категории, стаж в практическом здравоохранении составил 16 лет, стаж преподавателя 4 года. Татьяна Геннадьевна считает, что существует такое понятие как жизненный стереотип, а дети являются великими консерваторами, поэтому серьезные перемены в их жизни всегда проходят для них болезненно. Значит, для того чтобы изменить что-то в жизни ребенка,

медсестра должна вначале изучить семью, т.к. ломать бездумно стереотипы нельзя. Работе медсестры больше подходит слово «корректировщик». Чтобы такая деятельность была успешной, медсестра должна владеть ситуацией, быть убедительной, а родители, в свою очередь, должны быть уверены в том, что она искренне заинтересована в судьбе ребенка.

- **Вазанкова Светлана Анатольевна** занимается в течение двух последних лет постдипломной подготовкой специалистов среднего звена, которая проводится на факультете повышения квалификации в колледже. Закончила клиническую ординатуру на кафедре детских болезней, имеет высшую квалификационную категорию. Ее стаж практической работе составил 20 лет, стаж преподавателя 15 лет.

Поскольку в Амурской области трудится 9 тысяч медицинских сестер, одиннадцатая часть из которых работает с детьми, а современная концепция сестринского дела уделяет важную роль профилактике заболеваний и сохранению здоровья детей, т.е., чем раньше будет начата эта работа с ребенком и его семьей, тем она будет более эффективна. Хорошая детская сестра это не только медик, но и педагог, психолог и социальный работник.

Потребность современного общества в качественной медсестринской помощи диктует необходимость подготовки дипломированных медсестер с определенными знаниями педагогики и психологии. Сестры должны понимать нужды пациентов и их семей. Поэтому главной задачей среднего медицинского образования является обеспечение взаимосвязи знаний и практики.



# Программа регионального совещания преподавателей педиатрии и сестринского дела в педиатрии «Современные технологии преподавания педиатрических дисциплин»

ГОУ СПО  
«Амурский  
медицинский  
колледж»

г. Благовещенск  
22-23 апреля 2008 г.

Время	Мероприятие	Ответственный
<b>22 апреля</b>		
12 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	Заезд. Регистрация участников	<i>Старухина Е.А.</i> – методист АМК
13 <sup>00</sup> -13 <sup>15</sup>	Открытие совещания	<i>Пушкарев Е.В.</i> – директор ГОУ СПО «АМК»
13 <sup>15</sup> -13 <sup>40</sup>	«Будем знакомы». Презентация АМК	<i>Пархунова Л.А.</i> – зам. директора по ВР ГОУ СПО «АМК»
13 <sup>40</sup> -14 <sup>00</sup>	Кофе-пауза	<i>Чирей Е.О.</i> – методист
14 <sup>00</sup> -15 <sup>30</sup>	Открытое внеаудиторное мероприятие: классный час «Я – ребенок, не родившийся на свет»	<i>Сиваева Г.Н.</i> – преподаватель <i>Пархунова Л.А.</i> – зам. директора по воспитательной работе АМК
15 <sup>30</sup> -16 <sup>10</sup>	Доклад «Современные требования к подготовке медицинского работника среднего звена»	<i>Степанюк Н.Г.</i> – главный специалист-эксперт отдела по вопросам охраны материнства и детства Минздрава Амурской области <i>Денисенко И.В.</i> – главная медсестра АОДКБ <i>Черкесова Н.Я.</i> – главная медсестра МУЗ «Детская городская клиническая больница» <i>Вазанкова С.А.</i> – преподаватель ГОУ СПО «АМК»

16 <sup>10</sup> -17 <sup>00</sup>	Знакомство с музеем АМК	<i>Аксенова А.Т.</i> – заведующий музеем АМК
	Методическая выставка «Методическое обеспечение дисциплины «Педиатрия», «Сестринское дело в педиатрии»	<i>Старухина Е.А.</i> – методист АМК
18 <sup>00</sup>	Культурная программа. Выход в театр.	<i>Старухина Е.А.</i> – методист АМК
<b>23 апреля</b>		
9 <sup>00</sup> -10 <sup>30</sup>	Фрагмент открытого практического занятия «Профилактика инфекционных заболеваний у детей. ОРВИ.»	<i>Симонова Г.А.</i> – преподаватель сестринского дела в педиатрии ГОУ СПО «АМК»
10 <sup>30</sup> -12 <sup>00</sup>	Знакомство с базами практики	<i>Глушченко В.М.</i> –зам. директора по практическому обучению <i>Кривошапкина Л.В.</i> <i>Марченко Т.Г.</i> <i>Вазанкова С.А.</i> – преподаватели АМК <i>Сокотухин А.В.</i> – зам. директора по АХЧ
12 <sup>00</sup> - 13 <sup>00</sup>	Обед	<i>Чирей Е.О.</i> – методист АМК
13 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	Круглый стол «А я делаю так...» 1.«Организация самостоятельной работы студентов»  2. «Применение информационных технологий в учебном процессе»  3. «Дистанционное обучение в постдипломной подготовке»  4. Обмен опытом работы  5. Презентация информационно-методического сборника «Из опыта работы преподавателей педиатрии и сестринского дела в педиатрии»	<i>Кривошапкина Л.В.</i> – преподаватель АМК  <i>Марченко Т.Г.</i> – преподаватель АМК  <i>Вазанкова С.А.</i> – преподаватель АМК  Участники совещания  <i>Сидоренко М.А.</i> – зам. директора по НМР ГОУ СПО «АМК»
14 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	Заккрытие совещания	<i>Васильева Т.В.</i> – зам. директора по УР ГОУ СПО «АМК»
<b>24-25 апреля</b>		
	Выезд в г. Хэйхе (Китай) – для желающих за свой счет	<i>Старухина Е.А.</i> – методист АМК

## Обмениваемся опытом с коллегами

### ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА НА ЗАНЯТИЯХ ПО ПЕДИАТРИИ

*Андреева Н.В. – преподаватель педиатрии ГОУ СПО  
«Хабаровский государственный  
медицинский колледж», председатель  
ЦМК педиатрических дисциплин и  
инфекционных болезней*

Значительное возрастание требований к качеству подготовки специалистов в системе СПО, к формированию у них профессиональных компетенций требуют внедрения новых подходов к обучению. Организация образовательного процесса в профессиональном обучении с позиций компетентного подхода предусматривает создание определенных организационно-педагогических условий, способствующих профессиональному и личностному становлению специалиста, позволяющих студенту раскрыть свои творческие способности при изучении специальных дисциплин (принцип *сотрудничества и педагогической поддержки*).

Педагогическая поддержка в современных условиях рассматривается как уникальный механизм деликатной помощи обучаемым, призванный помочь человеку в его самоидентификации, самоопределении, самореализации, в его индивидуализации. Индивидуальность – это уникальное неповторимое качество человека, его самобытная экзистенция и связанный с ней лишь ему одному присущий жизненный путь. В ходе индивидуализации человек осознает самого себя, свое отличие от других, свой потенциал и его уникальность, смысл своего существования, строит свою неповторимую жизненную траекторию. Помочь студенту призвана, прежде всего, педагогика поддержки.

Поскольку педагогический смысл понятия педагогической поддержки заключается в поддержке того, что имеется в наличии, то проблема педагогической поддержки студентов в профессиональном самоопределении может быть использована как «полигон» для развития субъектных способностей студентов, необходимых в медицинской деятельности: рефлексии, анализа; для развития индивидуальности (креативности) путем подбора соответствующих уровню креативности эвристических методов и средств педагогической поддержки.

Одной из основных задач профессионального образования является формирование профессионального самоопределения. Процесс формирования профессионального самоопределения студентов должен осуществляться во всех видах учебно-воспитательной деятельности. Более благоприятное возникновение и формирование профессионального самоопределения происходит в обстановке творческой деятельности. При ее проведении необходим дифференцированный и личностный подход, позволяющий направленно развивать познавательные интересы студентов.

Под педагогической поддержкой профессионального самоопределения студентов медицинского колледжа мы понимаем непрерывный процесс изучения, формирования и совершенствования профессионального самоопределения, осуществляемый субъектами педагогического процесса в ситуациях взаимодействия.

**Цель педагогической поддержки** – помочь студенту полноценно реализовать свои способности, знания и умения для достижения успешности в профессиональной деятельности.

Педагогическая поддержка призвана решать задачи: прогнозировать

познавательную деятельность и создавать благоприятные условия для ее осуществления, а также прогнозировать образовательную деятельность и обеспечивать продвижение студентов от элементарных к более высоким и сложным формам деятельности. В процессе обучения студенты не только усваивают конкретные знания, умения и навыки, но и овладевают способами их приобретения. Студент – не сосуд, который преподаватель должен наполнить для того, чтобы получился профессионал. Ключевым словом, сущностным, глубинным понятием педагогического процесса в системе профессионального образования должно стать развитие.

Профессия медика - не только одна из самых гуманных, но и одна их труднейших. Для эффективности работы по профессиональному самоопределению в процессе профессионального обучения необходимо включать каждого студента в активную деятельность, доводить представление по изучаемой теме до формирования устойчивых понятий, навыков и умений. Достичь этого помогает:

1. Субъект - субъектное отношение между преподавателями и студентами, их относительное равноправное сотрудничество и партнерство, реализация в системе «преподаватель-студент» взаимоотношений конгруэнтного содействия.

2. Включение в работу всех студентов на доступном для них уровне и в приемлемом темпе.

3. Четкое структурное объяснение материала или обучение практической операции.

4. Обязательная организация обратной связи, которую можно осуществить по ходу объяснения темы, после ее изучения и как итоговую проверку всего курса.

5. Создание оптимальных условий для реализации индивидуального подхода, для чего необходимы знание способностей, потребностей и склонностей, выяснение целей и возможностей каждого студента

6. Создание условия для самообразования, самореализации, развития творческого мышления, простора фантазий и мысли

Творческая группа ЦМК педиатрических дисциплин и инфекционных болезней, реализуя принцип педагогической поддержки в профессиональном самоопределении студентов, в течение ряда лет работает в направлении внедрения в учебный процесс логических методов проблемно-развивающего обучения с элементами кейс-технологии как варианта продуктивного обучения, под которым некоторые педагоги понимают «способ организации образовательных процессов, ориентированный на оказание индивидуальной помощи студенту в его личностном и профессиональном развитии: приобретение личностного и профессионального опыта в процессе обучения нестандартными средствами»<sup>1</sup>.

**Технология обучения:** проблемное обучение, элементы кейс-технологии

**Метод обучения:** логический

**Форма организации деятельности студентов на занятии** – кооперативная (коллективная), при которой совместная работа направлена на достижение общих целей.

**Модель обучения:** интерактивная, т.е. такая организация процесса обучения, в котором невозможно неучастие студента в коллективном, взаимодополняющем, основанном на взаимодействии всех его участников процессе обучающего познания.

**Цели деятельности:**

✓ ориентировать студентов на мыслительную деятельность;

✓ выявить эффективность проблемного обучения.

**Кейсовая технология** обучения начала применяться еще в начале XX века в области права и медицины. Ведущая роль в распространении кейсового метода принадлежит Гарвардской Школе Бизнеса, которая так определяет метод кейсов:

---

<sup>1</sup> С.А.Пилюгина. Организация обучения в постдипломном педагогическом образовании. // Инновации в образовании. - 2005.- №1.- с.82

"Метод обучения, при котором студенты и преподаватели участвуют в непосредственном обсуждении деловых ситуаций или задач. Эти кейсы, обычно подготовленные в письменной форме и составленные исходя из опыта реальных людей, читаются, изучаются и обсуждаются студентами. Эти кейсы составляют основы беседы студентов под руководством преподавателя. Поэтому метод кейсов включает одновременно и особый вид учебного материала, и особые способы использования этого материала в учебном процессе".

Задача преподавателя, как следует из данного определения, состоит в подборе соответствующего реального материала, а студенты должны разрешить поставленную проблему, и получить реакцию окружающих (других студентов и преподавателя) на свои действия. При этом нужно понимать, что возможны различные решения проблемы. Поэтому преподаватель должен помочь студентам рассуждать, спорить, а не навязывать им свое мнение. Студенты должны понимать с самого начала, что риск принятия решений лежит на них, преподаватель только поясняет последствия риска принятия необдуманных решений.

Роль преподавателя состоит в направлении беседы или дискуссии, например, с помощью проблемных вопросов в контроле времени работы, в побуждении студентов отказаться от поверхностного мышления, в вовлечении всех студентов группы в процесс анализа кейса. Периодически преподаватель может обобщать, пояснять, напоминать теоретические аспекты или делать ссылки на соответствующую литературу.

Метод кейсов способствует развитию умения анализировать ситуации, оценивать альтернативы, выбирать оптимальный вариант и составлять план его осуществления. И если в течение учебного цикла такой подход применяется многократно, то у студентов вырабатывается устойчивый навык решения практических задач.

Для повышения интенсивности работы группа разбивается на подгруппы, т.е. используется прием модерации, дополнительно повышающий эффективность кейсового метода.

В процессе работы с кейсом студент должен уметь принять нужное решение, а для этого он должен

- ✓ показать способность мыслить логически, ясно и последовательно,
  - ✓ уметь представить анализ в убедительной и обоснованной форме,
  - ✓ уметь выделять и оценивать основные вопросы, относящиеся к кейсу,
  - ✓ показать готовность и способность применить аналитическое мышление и количественный анализ, когда необходимо.
- ✓ уметь выходить за рамки конкретной ситуации, рассматривая перспективы и показывая свою компетентность.
- ✓ быть способен использовать имеющиеся в его распоряжении данные, чтобы разработать подробный и обоснованный план действий или провести тщательный анализ ситуации.

Применительно к обучению в среднем медицинском учебном заведении, кейсом можно считать **документированную модель пациента в виде задачи, требующую для правильного решения:**

- самостоятельных рациональных операций мышления с представленными условиями задачи;
- самостоятельного вывода о достаточности или недостаточности имеющихся условий;
- умения быстро, рационально и правильно добывать недостающие для решения исходные данные;
- умения быстро, рационально и правильно трактовать добытую информацию;
- умения быстро, рационально и правильно определять проблемы пациента, формулировать сестринские диагнозы, составлять план сестринского ухода и т.п.

- самостоятельного оформления решения задачи в виде квалифицированного профессионального заключения.

Отсюда – *проблемное обучение в среднем медицинском учебном заведении в рамках кейс-технологии* – это обучение студентов на проблемных ситуациях с целью успешной предварительной подготовки к предстоящей работе в реальных условиях практического здравоохранения.

Вряд ли можно говорить о формировании творческого мышления, творческой индивидуальности будущего специалиста, не включая студента именно в проблемные ситуации, в которых он сам или с помощью преподавателя способен открыть неизвестное еще ему новое знание, условие или способ профессионально-компетентного действия. Мышление рождается в проблемной ситуации, а не в ходе решения задачи по заранее сообщаемому преподавателем образцу, который достаточно просто запомнить. Применение усвоенного знания в учебно-практических занятиях является важнейшим средством для полного овладения им. В процессе применения знаний студенты ближе подходят к жизненным вопросам. При их решении обычно применяем методику «**мозгового штурма**» (**банк идей**, англ. Brainstorming) – метод обучения, стимулирующий интеллектуально-творческие и познавательные способности студентов. Сущность этой методики заключается в том, что все студенты обсуждают проблему, описанную в задаче, выдвигают разные версии, но решение принимается коллегиально. Причем, при использовании этой методики запрещаются критические замечания и промежуточные оценки, что раскрепощает мыслительную деятельность, создает активную, творческую, рабочую обстановку.

Проблемное обучение не заменит традиционной работы студентов с пациентом, но предшествует такой работе.

Другое понимание сущности кейс-технологии: кейс-технологии - это комплектация специального набора учебно-методических материалов в соответствии с государственным стандартом специальности:

- ✓ компьютерные электронные учебники и слайд-лекции;
- ✓ компьютерные обучающие программы по дисциплинам курса;
- ✓ тесты для контроля качества знаний и для самоконтроля;
- ✓ методические указания по выполнению контрольных, курсовых и дипломных работ.

В образовательных стандартах ССУЗ значительно увеличены нормативы времени на самостоятельную работу студентов. Таким образом, новые условия предполагают значительную индивидуализацию учебного процесса при активной позиции личности студента в процессе учения.

Поскольку наши студенты не умеют использовать дополнительную литературу, да и объем ее в библиотеке колледжа ограничен, приходится преподавателю составлять методические разработки семинарских и практических занятий, в которых используется материал дополнительной литературы. Накануне занятия студентам раздаются учебно-методические пособия для самоподготовки к занятию, оговаривается, что прежде чем они приступят к их изучению, необходимо прочитать базисный материал (лекции и учебник).

Для более точного восприятия студентами изучаемых предметов и явлений необходим аналитико-синтетический способ показа и объяснения явлений и вещей. Анализ и синтез – еще одна ступень к высшему уровню. Практически весь материал в учебно-методических пособиях для самоподготовки студентов к занятию представлен не в текстовом виде, а в виде граф-логических структур. Т.е. весь информационный материал закодирован в определенную структурную формулу, в основу которой положены связи между элементами. Для современной педагогической науки перекодировка информации считается самым сложным логическим методом обучения, в процессе которой и происходит путь познавательной деятельности. Мы считаем, что для средних медицинских работников новой формации такие инновации необходимы,

т.к. они выделяют проблемы пациента, в основу которых положены три составляющие – нарушение жизненных потребностей, механизм их развития, проявления. А знание механизма развития проблемы пациента позволяет составить действительно мотивированный план сестринского вмешательства.

Помимо информационной части студентам предлагаются разнообразные задания для самоконтроля усвоения материала, например, заполните таблицу «Сравнительная характеристика пиелонефрита и гломерулонефрита», «Сравнительная характеристика геморрагических диатезов» и др., выполните тестовые задания, составьте граф-логическую структуру и т.д.

Клиническая практика всегда оказывается гораздо более сложной и изощренной, чем она запечатлена теоретически, т.к. существует множество тонкостей, которые ни одна из теорий не учитывает. Поэтому от преподавателя требуется подготовить не только исполнительных, но и творческих работников, способных принимать решения в быстро меняющихся ситуациях.

Безусловно, что одним из логических методов является написание учебной истории болезни. Поскольку студенты сами курируют больных, интерпретируют все анализы и данные клинического обследования, делают независимые назначения, мотивируют их, оценивают результаты вмешательства.

Особое внимание в технологии проблемного обучения уделяется научно-исследовательской работе студентов, задачей которой является обучение навыкам самостоятельной теоретической и экспериментальной работы, ознакомление студентов с методами научного познания. В процессе НИР студенты учатся пользоваться дополнительной литературой, применять свои знания для решения конкретных задач. Темы, подготовленные студентами, заслушиваются на конференциях.

Занятие только тогда достигает цели, когда оно западает в душу студента. Поэтому при планировании занятия необходимо хорошо знать группу, интеллектуальные и психологические особенности каждого студента, задавать намеченные вопросы, зная, для каких учащихся они предназначены. Главное при этом не разобщить, а сплотить коллектив и постоянно поддерживать желание учиться, совершенствоваться.

*Показателями успешной (продуктивной) учебной деятельности могут служить умение обучающегося мыслить, работать с информацией (искать, анализировать, отбирать, оценивать), творчески (нестандартно) решать познавательные и практические задачи, свободно и самостоятельно ориентироваться и решать проблемы, осуществлять рефлекссию своей деятельности, четко излагать свои мысли и т.д.*

Занятие-творчество преподавателя. Даже проведенное по одной и той же теме занятие, с использованием одних и тех же приемов и методов у разных преподавателей получается разным.

Активное включение каждого студента в различные формы образовательной деятельности, позволяющие определять совместные действия преподавателей и студентов в организации образовательного процесса; определение взаимной ответственности преподавателей и студентов в качестве профессионального образования; оказание помощи вхождения студентов в профессиональную деятельность; организация личностного и профессионального самоопределения в системе профессионального образования; создание различных форм функционирования института педагогической поддержки и, прежде всего, включающих в себя формы самоорганизации, самоответственности студентов представляют собой **задачи и направления деятельности в режиме педагогической поддержки**

*Система дидактических принципов организации процесса педагогической поддержки профессионального самоопределения, требует равноправного диалога между всеми его участниками и различными мнениями, обеспечивающего формирование у студентов познавательной активности (принцип *диалогизации*);*

построения образовательного процесса с использованием проблемно-поисковых методов, включения студентов в качестве субъектов в исследовательскую и творческую деятельность (принцип *проблематизации*); оказания всемерной помощи и деятельного содействия профессиональному и личностному становлению специалиста (принцип *сотрудничества и педагогической поддержки*); установления в процессе подготовки будущей медицинской сестры (фельдшера, акушерка) субъект-субъектных отношений, создание оптимальных условий для развития субъектной позиции студента (*принцип субъектности*); постоянного и осознанного внимания к развитию у будущей медицинской сестры (фельдшера, акушерка) умений контроля самопознания и профессиональной деятельности; коррекции оценок, отношений, ценностных ориентаций и своей деятельности (принцип *рефлексивности*); создания педагогических условий для формирования у студентов устойчивой мотивации профессиональной деятельности, стремления к освоению инновационных сестринских технологий, их активного применения в профессиональной деятельности (принцип *мотивационной обеспеченности*).

## **УЧЕБНО–МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Зуенок В.А. – преподаватель Зейского муниципального  
медицинского училища

### **Тема занятия: «Вскармливание детей до года»**

**Общедидактическая цель:** создать условия для осознания и осмысления блока новой учебной информации, применения в новой учебной ситуации.

**Тип урока:** урок обобщения и систематизации ЗУН

**Педагогическая технология:** критическое мышление

#### **Цели урока:**

##### **образовательный аспект:**

- способствовать развитию навыков профилактической деятельности, направленной на сохранение здоровья, умению вести беседу;

##### **развивающий аспект:**

- создавать условия для развития исследовательских умений учащихся, способности к распределению внимания;
- развития способности к анализу, синтезу, классификации, систематизации;
- развития способности к формулированию выводов из прочитанного и услышанного;
- развития умения составлять и понимать схемы, делать выводы;
- развития воображения.

##### **воспитательный аспект:**

- создавать условия для формирования способности к критическому мышлению;
- содействовать формированию потребности и способности понимать чужие точки зрения;
- формировать потребности и способности к сотрудничеству и взаимопомощи при работе в паре, группе.



### Целеполагание – прогнозируемый результат:

- расширение знаний по теме;
- учащиеся должны уметь высказывать свою точку зрения и понимать чужие;
- уметь оценивать результаты своего труда, давать самооценку и проводить самокоррекцию.

**Контроль за деятельностью учащихся** будет осуществлен через составление кластера, синквейна, заполнения инсерта, афиширование вопросов, тестирования, решения задач.

Технология, выбранная мною, предполагает следующие **этапы работы**:

1. **Вызов** – вызов интереса, все, что знаем по теме.

Актуализация знаний, мотивация, поиск того ростка, который мы ищем, чтобы связать его с новым.

2. **Этап осмысления** – пропускаем через себя информацию

Обсуждение: каждый должен высказаться, каждый должен быть услышан. Умение донести свою точку зрения до каждого. Умение воспринимать то, что непонятно. Фиксировать совпадающие моменты.

3. **Рефлексия** – осмысление того, что мы узнали. Новые знания выстраиваются в общую систему знаний.

**Оборудование:** ТСО, дидактический материал, тексты для чтения, фломастеры и чистые листы бумаги.

### Хронокарта

Этапы урока	Деятельность преподавателя	Деятельность учащихся	ФОПД
1. Орг. момент	Проверяет готовность к уроку. Приветствует учащихся.	Готовятся к работе в группе. На столах подготовлены письменные принадлежности, фломастеры, чистые листы бумаги, тексты для чтения	
2. Целеполагание (способ выведения на опр. цель) и мотивация	Преподаватель спрашивает учащихся, о чем еще хотели бы они узнать на занятии, формулирует цель урока. Сообщает план занятия.	Примерные варианты ответа: «Хотели расширить знания и уточнить в., которые возникли после 1 занятия, прочтения литературы»	Фронтальная работа
<b>1 ВЫЗОВ</b>			
1. Актуализация знаний	Создает условия для определения «Знаю – хочу знать»	Учащиеся заполняют таблицу «СП при организации вскармливания ребенка до года».	Индивидуальная работа

Методы и приемы: <b>1. КЛАСТЕР</b> «мозговой штурм»	Преподаватель учащимся составить кластер на основе ассоциаций по теме «Вскармливание».	Учащиеся работают в группах, подбирают ассоциации к слову «Вскармливание», составляют кластер, сравнивают ответы.	Групповая работа
<b>2. Автобусная остановка»</b>	Преподаватель предлагает обсудить его кластер и записать его в дневник. Фронтальный опрос по терминологии Вопросы: 1. Дать определение: Естественное вскармливание, смешанное, искусственное, прикорм, докорм, контрольное взвешивание, гипогалактия, лактостаз, аэрофагия, мастит	Учащиеся дают ответы.	Фронтальная работа  Индивидуальная работа
<b>2. Осмысление (размышление)</b>			
Методы и приемы: <b>1. Ролевая игра</b>	Родители задают вопросы: 1. Нужно ли соблюдать режим кормления? 2. Как питаться кормящей матери? 3. Говорят, что первые и последние порции молока имеют разный состав. Правда ли это? 4. Что такое колики у грудного ребенка и как с ними бороться? 5. Что можно порекомендовать для улучшения выработки молока? 6. Лечение гипогалактии. 7. Со слов мамы, ребенок не наедается. Ваша тактика. 8. «Я в течение дня очень устаю, т. к. мне некому помочь. Подскажите, как можно быстро и эффективно отдохнуть?»	Учащиеся, по роли, информаторы дают ответы, а, по роли, родители, слушают и при необходимости уточняют	Ролевая игра  Заполнение фармакологической таблицы «Лечение гипогалактии»

<b>Валеологическая пауза</b>	Преподаватель проводит валеологические упражнения. Релаксация включает психологическую разгрузку и стимуляцию учащихся к последующей деятельности	Учащиеся повторяют за учителем упражнения, затем проводится релаксация.	Валеологическая пауза
<b>2. Самостоятельная работа с текстом</b>  <b>ИНСЕРТ</b> (чтение текста с пометками или маркировка текста)	Преподаватель создает условия для осознания и осмысления материала по теме.	Учащиеся работают с текстом, находят необходимую информацию, составляют маркировочную таблицу (классификация информации по графам.)  Знаю+ Хочу знать? Узнал ^ Против мнения -	Индивидуальная и/или групповая работа
<b>3. Видеофильм «Вскармливание детей до года»</b>	Просмотр фильма	Просмотр фильма и обсуждение	Групповая работа
<b>3. РЕФЛЕКСИЯ – (само – и взаимооценка)</b>			
Методы и приемы <b>1. Обсуждение инсерта</b>	Преподаватель предлагает учащимся ответить на вопрос «Какую новую информацию они получили после работы с текстами?» « В процессе обсуждения возникает групповая дискуссия, обязательным условием которой является уважение к разным точкам зрения и совместный поиск конструктивного решения. Правила дискуссии: конфиденциальность, никаких личностных нападок, нет глупых вопросов, умение слушать не перебивая»	Учащиеся вычитывают или устно сообщают о том, какую информацию они получили. Учащиеся получают возможность переосмыслить полученные сведения, сравнить свое видение проблемы с другими взглядами, приобретают опыт критики, отстаивания своей позиции	Индивидуальная работа или работа в режиме У1-У2 -У3 и т.д. ( по цепочке)

<b>2. Решение ситуационных задач</b>	Преподаватель предлагает осуществить взаимоконтроль и демонстрирует правильные варианты ответов.	Учащиеся проверяют работы друг друга.	Работа в парах
<b>3. СИНКВЕЙН</b>	Преподаватель предлагает учащимся составить синквейн (пятистрочье) по теме, к слову «Вскармливание»	Учащиеся составляют синквейн по группам, затем идет афиширование его на доску	Работа «малыми группами»
<b>4. Тестирование</b>	Преподаватель предлагает решить тест, Взаимоконтроль по эталону	Учащиеся решают тесты, взаимоконтроль	Работа парами
<b>5. Эссе «Профиль умений»</b>	Преподаватель предлагает учащимся ответить на вопросы «Профиля умений», который позволяет зафиксировать те умения, которые есть на настоящий момент в разных областях, определить сильные и слабые стороны.	Учащиеся работают по опроснику	Индивидуальная работа
Подведение итогов урока.	Учитель предлагает учащимся подвести итоги урока, оценить свою работу. Комментирует оценки.	Учащиеся дают оценку своей работе, делятся впечатлением, высказывают свое мнение о достижении цели урока.	Фронтальная работа
Домашнее задание	Учитель предлагает составить подобные тесты к буклету «Закаливание ребенка», а также составить к нему кластер.	Учащиеся записывают домашнее задание.	

На разных этапах учебного занятия преподаватель оказывает помощь и поддержку учащимся в учебной и исследовательской деятельности.

При этом учитываются индивидуальные, психологические и возрастные особенности учащихся.

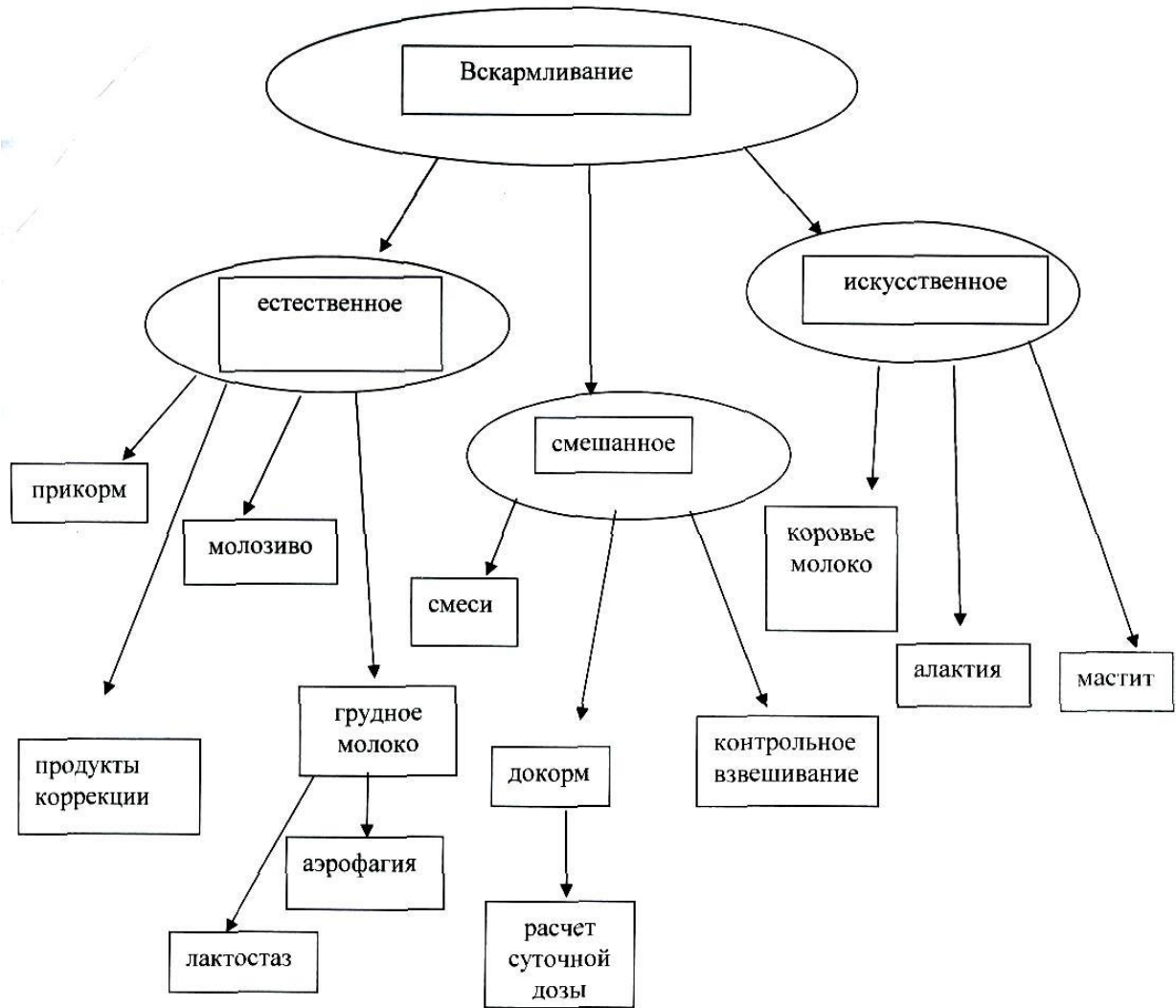
**ИНСЕРТ «Вскармливание по требованию»**

статья в журнале «Мой ребенок»

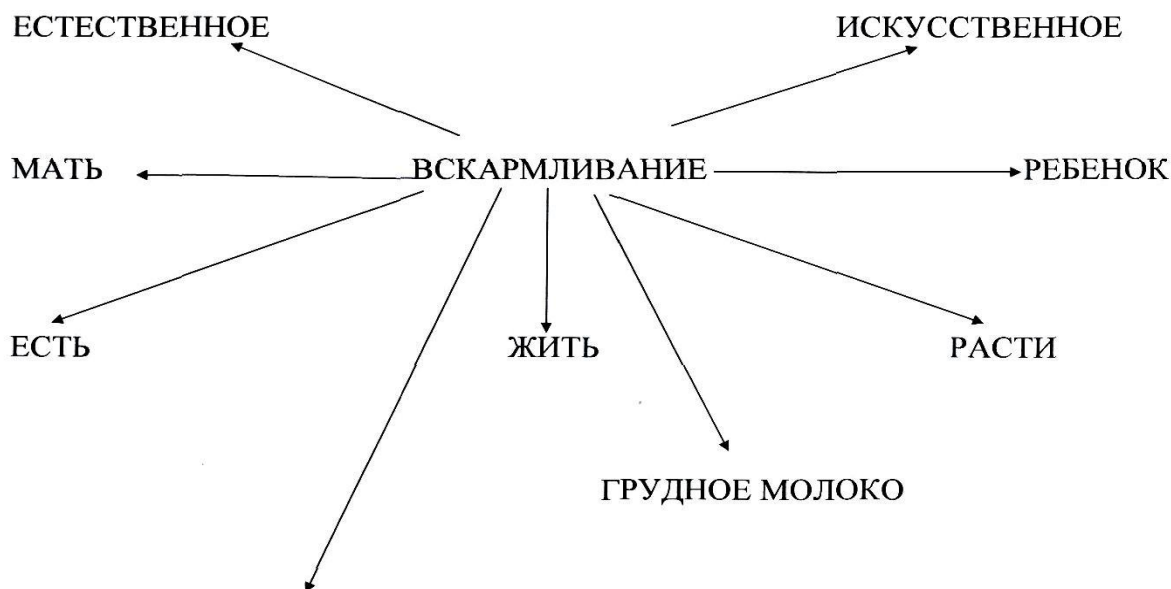
автор Л.Казакова, консультант по вскармливанию

«\» известно	«+»интересно, но неожиданно	«-» не согласен	«?»неясно, хотелось бы узнать побольше
<p>1.Грудное молоко - самая лучшая пища для ребенка</p> <p>2.Сосание груди для ребенка – это необходимая составляющая общения с мамой</p> <p>3. Кормление по требованию</p> <p>4.Молоко и смазка околососкового кружка по вкусу и запаху похожи на околоплодные воды</p> <p>5.Ребенок первых месяцев жизни не отделяет свою личность от личности матери. Мама и ее грудь представляются малышу вселенной и им самим.</p>	<p>1.Реальное кормление по требованию означает прикладывание к груди на каждый его писк</p> <p>2.До рождения находясь в теплом, тесном пространстве маминого живота, малыш сосал пальчики, пуповину и глотал околоплодные воды.</p> <p>3.Единственное знакомое действие малыша – сосание</p> <p>4. Единственный знакомый вкус и запах – мамино молоко</p> <p>5. Слышит стук маминого сердца и привыкает к тому, что мама решит все его проблемы.</p> <p>6. В традициях многих народов был обычай на первые 40 дней после родов отстранять женщину от любых работ, чтобы занималась только ребенком ( у нас часто муж говорит: «Ты весь день дома, а я работал!» и ложится на диван)</p>	<p>1.Действие, которое должно стать автоматически м: при плаче приложить малыша к груди.</p> <p>2. Откликаться на каждый писк кормлением</p> <p>3. Кормить по требованию 15-16 и до 20 раз в сутки без ночного перерыва (когда маме отдыхать?)</p> <p>4.Не спускать с рук.</p> <p>5. «Запивать» маминым молоком новую пищу.</p> <p>6.Кормить ночью до 6 раз.</p>	<p>1. Вредна ли соска?</p> <p>2. Как правильно вводить прикорм.</p> <p>3. С какого возраста можно отнять от груди (здесь советуют кормить до2-х лет)</p>

КЛАСТЕР «Вскармливание ребенка до года»



## СИНКВЕЙН «ВСКАРМЛИВАНИЕ»



### ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ

СИНКВЕЙН – ЭТО СТИХ, 5- СТРОЧЬЕ

1. ПРИЛАГАТЕЛЬНОЕ-2

2. СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ -2

3. ГЛАГОЛ-3

4. СЛОВО – АССОЦИАЦИЯ

5. ФРАЗА, КОТОРАЯ ОТРАЖАЕТ ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ДАННОМУ ПОНЯТИЮ

### ЭССЕ ДЛЯ РЕФЛЕКСИИ «ПРОФИЛЬ УМЕНИЙ»

Профессия и карьера	Общение, групповая деятельность	Оценка и самооценка
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Могу четко определить для себя область самовыражения</li> <li>2. Могу четко определить свои интересы</li> <li>3. Могу на этой основе определить профиль обучения</li> <li>4. Могу принять решения по поводу будущей профессии</li> <li>5. Могу определить, какие знания и умения мне необходимы для будущей работы</li> <li>6. Могу спланировать действия по получению профессии и развитию карьеры</li> <li>7. Могу выделить факторы, влияющие на возможность работы</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Могу в большинстве случаев найти общий язык с людьми</li> <li>2. Могу сотрудничать в работе с другими членами группы</li> <li>3. Могу распределить работу в группе, оценив способности каждого</li> <li>4. Могу дать инструкции по поводу выполнения задания</li> <li>5. Могу выслушивать мнения других людей</li> <li>6. Могу объяснить свое мнение, аргументировать его</li> <li>7. Могу делать сообщение, как официально, так и неформально</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Могу оценивать свои собственные характерные особенности (черты)</li> <li>2. Могу оценивать характерные черты других людей</li> <li>3. Понимаю, как разные роли влияют на поведение людей</li> <li>4. Могу узнавать стереотипы и понимать их эффект</li> <li>5. Могу оценивать результаты – последствия своих действий, а также пути улучшения результатов – изменения последствий</li> <li>6. Могу определить, какими знаниями и умениями владею в достаточной мере</li> <li>7. Могу определить, какие знания и умения недостаточно для самореализации или карьеры</li> </ol>

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА**

*Рыжкова В.С. – преподаватель педиатрии ГОУ СПО  
«Медицинский колледж департамента  
здравоохранения администрации  
Магаданской области»*

*Речиц Татьяна – студентка IV курса фельдшерского  
отделения ГОУ СПО «Медицинский  
колледж департамента здравоохранения  
администрации Магаданской области»*

Грудное вскармливание – лучший и наиболее безопасный способ кормления младенцев, при котором дети получают самое качественное питание, т.к. состав грудного молока каждой матери точно соответствует потребностям именно ее малыша. Белки, жиры и углеводы в нем находятся в идеальном для усвоения детским организмом соотношении 1:3:6 (95% компонентов грудного молока используется организмом ребенка).

Важно и то, что оно поступает от матери к ребенку при температуре тела, почти стерильным, содержащим бактерицидные вещества, стимулирующие рост гормоны, ферменты.

Здоровье, рост и гармоничное развитие ребенка зависят от характера питания. Особенно отчетливо это проявляется в первые дни жизни, когда происходит адаптация новорожденного к внеутробному существованию.

По данным ВОЗ уровень заболеваемости и смертности детей, находящихся на грудном вскармливании, значительно ниже, чем детей вскармливаемых искусственно (~ 22 %).

Известно, что после рождения происходит заселение кожи, слизистых оболочек органов дыхания и пищеварения вирусами и бактериальной флорой. Однако в первые дни жизни новорожденные отличаются низкой резистентностью, что наряду с анатомо-физиологическими особенностями строения и функций отдельных систем обуславливается отсутствием активного иммунитета.

Заселение желудочно-кишечного тракта бактериальной флорой является одним из основных стимулов формирования активного иммунитета. Молозиво и переходное молоко, которые ребенок получает после рождения, иммунологически активны ко многим антигенам, т.к. в нем содержатся различные антитела. В грудном молоке обнаружены антитела к сапрофитическим и энтеропатогенным эшерихиям, шигеллам, энтеровирусам, кокковой флоре и др., а также неспецифические факторы защиты (макрофаги, лизоцим и др.). Секреторный иммуноглобулин А женского молока является первой линией защиты, предупреждающей развитие инфекции у ребенка. Кроме того, лимфоциты, попадая в желудочно-кишечный тракт ребенка, стимулируют местный иммунитет кишечника. Также в женском молоке имеются микро- и макрофаги, обладающие фагоцитозом.

Наряду с этим в грудном молоке содержатся комплемент и лактоферрин, которые обладают антибактериальным и антианемическим свойствами. Косвенно препятствует заселению кишечника патогенной микрофлорой бифидус-фактор, благодаря которому интенсивно развивается бифидус-флора.

В противоположность этим свойствам коровье молоко и молочные смеси лишены иммунобиологических факторов защиты ребенка, так как они видоспецифичны.

Другой, не менее важной проблемой вскармливания детей является пищевая аллергия, учеными доказано, что женское молоко полностью лишено антигенных



свойств. Данные ВОЗ говорят о том, что дети, вскормленные искусственно в 1,5-2 раза чаще страдают проявлениями экссудативного диатеза.

Отмечено влияние грудного вскармливания на развитие центральной нервной системы. Женское молоко содержит наиболее оптимальное количество различных веществ (галактоза, фосфатиды) необходимых для гармоничного развития ребенка, по сравнению с коровьим молоком и смесями, приготовленными из него. Вероятно, этим можно объяснить, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, отличаются более высокой двигательной активностью благодаря своевременному созреванию корковых анализаторов. Возможно также, что ощущения, которые испытывает ребенок при сосании груди матери, являются «импринтингом», который пожизненно закрепляется. Это оказывает определенное влияние на взаимоотношения, которые в дальнейшем складываются между ребенком и матерью, а также на будущее поведение ребенка.

Таким образом, женское молоко в процессе эволюции приобрело ряд биологических свойств, которые способствуют нормальному развитию ребенка. Любые искусственные смеси, как бы близко они не подходили по своему химическому составу к женскому молоку, не смогут полностью заменить молоко матери, особенно при вскармливании детей первых месяцев жизни.

Первое прикладывание новорожденного к груди матери проводят сразу после рождения. Прикладывание к груди сразу после родов и так называемый ранний кожный контакт матери и ребенка благоприятно сказываются на их здоровье. Под влиянием акта сосания у матери вырабатывается гормон окситоцин, вызывающий сокращение матки: тем самым предупреждающий маточное кровотечение. Кроме того, при раннем прикладывании к груди улучшается лактация и не возникает угрозы гипогалактии.

Данные некоторых исследований свидетельствуют, что дети, которых в раннем возрасте кормили грудью, показывают более высокие результаты при тестировании уровня умственного развития, чем дети, которые находились на искусственном вскармливании.

Результаты сравнительно недавно проведенных исследований (1997 г.) позволяют сделать вывод, что грудное вскармливание способно защитить организм ребенка от таких хронических заболеваний как ожирение, сахарный диабет, рассеянный склероз и воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Все эти болезни чаще встречаются у подростков и взрослых, которых в детстве кормили искусственными смесями.

Большое практическое значение имеет и то, что в последние несколько лет мы узнали много нового о физиологии грудного вскармливания. Эти знания дают нам возможность лучше понять, из-за чего у большинства матерей возникают проблемы с кормлением грудью, и какую помощь необходимо оказать им и их детям, для того, чтобы грудное вскармливание проходило успешно.

Пребывание в родильном доме нередко мешает этому процессу. Например, когда в тех или иных случаях не обеспечивается совместное пребывание матери и ребенка в палате, когда существует расписание кормлений или детям дают ненужный прикорм в виде смесей или растворов глюкозы.

Целью нашего исследования является попытка выявить причины непродолжительного грудного вскармливания.

По данным детской поликлиники № 3 за 2004-2005 гг., число детей находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев составило ~ 12%.

Нами была разработана анкета, включающая 16 вопросов, наиболее важными из которых явились:

- срок взятия на учет беременных в женскую консультацию;
- обучение их в школе матерей необходимым знаниям для успешного грудного вскармливания;
- осуществление дородового патронажа;
- срок первого прикладывания к груди;

– мероприятия по борьбе с гипогалактией;  
– заболевания детей 1-го года жизни и наличие проявлений экссудативно-катарального диатеза.

В результате опроса 58 женщин были сделаны следующие выводы.

Возраст большинства опрошенных матерей составил от 18 до 30 лет.

66 % женщин встали на учет в женской консультации до 12 недель беременности. Возможно, неким стимулом является и то, что Федеральным Законом от 28.12.01 г. «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей, гарантирует единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинские учреждения в ранние сроки беременности (до 12 недель) в размере 510 рублей.

Обучение в школе матерей по грудному вскармливанию прошли лишь 26 % женщин.

81 % женщин первородящие.

Низок охват дородового патронажа, который не проводился в 69 % случаях.

У большинства опрошенных течение беременности и родов было неосложненным.

В 2004 г. родились 1483 ребенка – 100 %, из них не приложены к груди в родзале 267 детей – 18 %.

Уменьшается процент детей, находящихся на грудном вскармливании до 4 мес. За период 2004-2005 гг. по нашим данным он составил 7 %.

В 79 % лечение гипогалактии не проводилось.

Проявления экссудативного диатеза до 1 года наблюдались у 38 % детей.

Большинство детей, находящихся на искусственном вскармливании получали адаптированные смеси.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают тенденцию к снижению числа детей раннего возраста, находящихся на естественном вскармливании.



Наши рекомендации. Для успешного начала и продолжения грудного вскармливания матерям необходима активная поддержка, как во время беременности, так и в послеродовом периоде, не только семьи, но и всей системы здравоохранения, т.к. работники здравоохранения являются источниками авторитетной информации по грудному вскармливанию.

Каждому учреждению, оказывающему родовспомогательные услуги и осуществляющему уход за новорожденными, рекомендуется соблюдать ряд правил:

– информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания в школе обучения матерей при женской консультации;

– помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов еще в родзале;

- не давать новорожденным иной пищи или питья, кроме грудного молока, полный отказ от допаивания даже просто кипяченой водой;
- практиковать круглосуточное нахождение новорожденного и матери рядом в одной палате;
- поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, а не по расписанию (режиму);
- обеспечить беременную памяткой в отношении практики грудного вскармливания.

В заключение хотелось бы сказать, что от поощрения и содействия практике грудного вскармливания зависит очень многое, но не все.

С самого раннего детства и в подростковом возрасте следует вырабатывать у девочек положительную ориентацию на грудное вскармливание, как посредством жизненного опыта, так и с помощью системы образования. Следует подчеркивать преимущества грудного вскармливания в процессе воспитания подростков в семье.

#### Литература

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Детские болезни. – М.: Медицина, 2001 г.
2. Итоги. – Журнал, специальный выпуск, 1998.
3. Кормление детей первого года жизни. – В научном журнале ВОЗ под ред. Джеймса Акре. – ВОЗ, Женева, 1991.
4. Медицинская помощь. – Журнал. – 2002. – № 2
5. Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ. – Женева, 1989.
6. Педиатрия. – Журнал, - 2003. - № 1.
7. Р. Сэведж Кинг. Помощь матерям в кормлении грудью. – Wellstart International, 1995.
8. Также использовались данные из Интернета.

### **АКТИВИЗАЦИЯ**

#### **ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ**

*Гарная Л. Д. – преподаватель педиатрии АМИЖТ  
филиала ДВГУПС в г. Свободном  
факультета СПО медицинского  
училища.*

Каждое занятие должно расширять представления о выбранной профессии, четко концентрировать внимание на материале, без знания которого студент не может приступить не только к профессиональной деятельности, но и к выполнению работ на практических занятиях. Работа медицинской сестры такова, что качество ухода, лечения во многом зависит от ее личностных качеств. Моделирование подготовки такой личности возможно при личностно- ориентированном подходе к обучению.

Учебным планом предусмотрено занятие по различным темам. Особое значение уделяется разделу: «Сестринский процесс при болезнях новорожденных», теме «Сестринский процесс при асфиксии».

Так как патология новорожденных является одной из актуальных проблем педиатрии. Особое внимание связано с физиологическими особенностями новорожденного, своеобразно протекающей патологией, высокой смертностью в этом возрастном периоде. В структуре заболеваемости новорожденных асфиксия

занимает одно из первых мест и наблюдается у 5-7 %. Прогнозирование вероятности рождения ребенка позволяет перейти к реанимационным мероприятиям с первых секунд.

Целями практического занятия являются:

1. научить осуществлять этапы сестринского процесса за новорожденными при асфиксии;
2. усвоить особенности ухода за новорожденным при асфиксии;
3. продолжить совершенствование практических навыков и умений по уходу за новорожденным. Занятие состоит из этапов:

I этап - Мотивация учебного занятия.

Целью, которого является создание у студента положительного настроения на работу.

II этап - Активация опорных знаний.

Осуществляется путем эвристических бесед, в виде фронтального и индивидуального опроса, тестовых заданий, в которых предусмотрены задания двух уровней сложности. Используются таблицы, наглядные пособия, муляжи, препараты. Для лучшего освоения материала используется мультимедийная презентация, где наглядно изображаются основные понятия, факторы риска, причины, клиническая картина, алгоритм оказания неотложной помощи (шаги реанимации), диагностика, особенности ухода за новорожденным.

В ходе беседы и просмотра студенты подготавливаются к восприятию новой информации, усиливается интерес к данной теме, важности прогнозирования и своевременной реанимации, особенностям ухода за новорожденным с асфиксией.

III этап - Формирование новых знаний, умений, навыков.

На этом этапе осуществляется закрепление и систематизация полученных знаний по данной теме. Определяется оптимальная целевая установка. В ходе самостоятельной работы проводятся:

- сбор данных о новорожденном, определение проблем, планирование ухода, оформление карты сестринского процесса;
- оценка состояния новорожденного: определение ЧД, ЧСС, температуры тела, оценка кожных покровов, оценка по шкале Апгар.
- особенности работы кувеза;
- отработка практических манипуляций согласно алгоритму: аспирация слизи из носа и зева, кормление через зонд, ИВЛ через маску, не прямой массаж сердца новорожденному.

Самостоятельная работа проводится в форме ролевой игры, моделирование приближенной к реальной жизни ситуации.

Студенты работают согласно определенной роли: медицинская сестра приемного отделения роддома, медицинская сестра родильного зала, медицинская сестра процедурного кабинета, медицинская сестра палаты новорожденного. Задания дифференцированы по сложности и объему.

Во время работы студенты имеют возможность:

- реализовать себя, в результате чего повышается его познавательная активность;
- повышается качество знаний;
- привыкают свободно ориентироваться в пройденном материале;
- отрабатывается совместная деятельность участников;
- осуществляется контроль времени.

Решение ситуационных задач, работа по индивидуальным карточкам, способствует развитию логического мышления и закреплению полученных знаний.

Преподаватель координирует работу, способствует обеспечению эмоционально-психологического комфорта на занятии и педагогическую поддержку.

Оценка выставляется в зависимости от достижений каждого студента, и с учетом индивидуальных особенностей, согласно критериям.

IV этап - Подведение итогов. Контроль знаний, умений, навыков, строится с учетом индивидуальных особенностей. Подводятся итоги работы группы в целом и по каждому студенту. Учитываются итоги тестовой работы, беседы, опроса, умений и практических навыков, решение ситуационных задач. Анализируется уровень активности студентов.

V этап - определение домашнего задания. Указываются основные и дополнительные источники информации, определяются вопросы для самоподготовки.

Практические занятия способствуют проявлению активности студентов, предполагают развитие профессионального мышления, овладение первичным профессиональным опытом, проверку профессиональной готовности к самостоятельной деятельности.

Сделать процесс обучения результативным можно при помощи глубокого и интересного содержания, яркой и живой формы. Применение технологии обучения должно быть, прежде всего, направленно на организацию самостоятельной учебной деятельности студентов.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ**

*Березань Е.В., Рыбалка С.А. – преподаватели ГОУ  
«Биробиджанский медицинский  
колледж»*

Профилактика инфекционных заболеваний у детей - одна из главных проблем отечественного здравоохранения, медицинской науки и практики, так как дети болеют инфекциями в 3 раза чаще взрослых. По данным статистики, особенно часто заболевают дети, посещающие детские дошкольные учреждения и интернаты. Они переносят острые инфекционные заболевания на 2-м году жизни до 4-6 раз, на 3-м – 3-4 раза, до 10 % детей болеют еще чаще. На инфекции приходится до 90 % внутрибольничной летальности (по данным литературы). При этом надо учесть, что фиксируются не все случаи инфекционных заболеваний, так как у нас официально учету подлежат не более 60 нозологических форм, а в мировой медицинской литературе описано до 2500 возбудителей инфекционных заболеваний. Своевременная вакцинация с помощью современных вакцин обеспечивает защитный эффект у 80-90 % привитых детей.

**Подготовительный этап нашей работы предусматривал следующие направления:**

- ✓ Организацию творческих групп студентов.
- ✓ Составление анкет для проведения исследования.
- ✓ Проведение анкетирования:
  - среднего медицинского персонала;
  - студентов медицинского колледжа;
  - родителей.
- ✓ Обработку результатов анкетирования и составление сводных таблиц.
- ✓ Обмен информацией и активное сотрудничество с работниками практического здравоохранения.

**Целью настоящего студенческого исследования** было изучение эффективности иммунопрофилактики и определение роли среднего медицинского работника в проведении этих мероприятий, а также выявление степени осведомленности о вакцинопрофилактике.

### **Работа велась по следующим направлениям:**

- ✓ Выявление информированности о вакцинопрофилактике среди населения.
- ✓ Выявление отношения медицинских работников, родителей к иммунопрофилактике.
- ✓ Определение роли медицинской сестры в подготовке ребенка и родителей к вакцинации.
- ✓ Выявление наиболее часто встречающихся проблем, препятствующих проведению профилактических прививок.

### **Материалы и методы исследования.**

Работа основана на анализе данных 269 анкет.

При проведении исследования мы обращали внимание на источники информации, на мнения, убежденность в необходимости вакцинопрофилактики, на роль медицинской сестры и семьи в подготовке ребенка к прививке.

Анкетировано подлежали медицинские сестры детских образовательных учреждений, родители и студенты БМК (соответственно 40, 129, 100 респондентов).

Таблица № 1 *Количественный состав подлежащих анкетированию.*

<b>Медицинская сестра</b>	<b>Родители</b>	<b>Студенты БМК</b>	<b>Всего</b>
40	129	100	269

### **Результаты и их обсуждения:**

Ухудшение эпидемиологической ситуации в России во многом связано с разноречивой информацией о вакцинопрофилактике. Негативную роль сыграли дискуссии в средствах массовой информации на эту тему, результатом которых стали массовый отказ от прививок, а вслед за этим - резкий подъем заболеваемости рядом инфекций, в отдельных случаях достигающий эпидемического уровня. Благодаря «Закону об иммунопрофилактике» (1998), предоставляющему возможность отказа от прививок, даже у многих медицинских работников сложилось мнение об их необязательности. В связи с этим приобретает чрезвычайную актуальность работа в области санитарного просвещения населения.

Студенты выпускных групп сестринского отделения провели социологический опрос родителей детей, наблюдающихся в детской поликлинике г. Биробиджана, посещающих детские дошкольные учреждения; средних медицинских работников и студентов колледжа. Всем респондентам были представлены анкеты, разработанные творческой группой студентов и преподавателей.

*Анализ анкет родителей* позволил увидеть работу медицинских сестер глазами родителей.

Всего было опрошено 129 человек. По данным опроса 77,5 % опрошенных родителей считают прививки важным фактором профилактики инфекционных заболеваний. При этом основным источником для большинства родителей стали средние медицинские работники. Для получения сведений о прививках 55,8 % родителей обращаются к медицинским сестрам; 33,3 % - знания получили из литературы; 10,9 % - от других родителей.

Одна из сторон проблемы вакцинопрофилактики - подготовка ребенка к проведению прививки. Согласно стандартам сестринской деятельности медицинская сестра планирует вакцинацию, дает советы по питанию, режиму до и после вакцинации. Однако по данным анкеты 40,3 % опрошенных не осведомлены о подготовке к иммунопрофилактике, 29,4 % - имеют представления, а 30,3 % - имеют частичные знания.

Закономерным фактом оказалась связь между неосведомленностью родителей и отсутствием беспокойства за ребенка перед и в дни после прививки. Примерно из 70 %

неосведомленных родителей не испытывают беспокойство - 45,3 % .

Положительным моментом в сестринской деятельности нами был выявлен тот факт, что 82,1 % имеют представление и знают на какую прививку и против какого заболевания будет привит их ребенок.

***Одним из основных разделов работы медицинской сестры является профилактическая,*** в основе которой стоит вакцинопрофилактика. Нами был проведен анонимный опрос сорока медицинских сестер, работающих в детской поликлинике г. Биробиджана и в дошкольных образовательных учреждениях. По данным анкетирования 77,5 % респондентов 30 % рабочего времени уделяют вакцинопрофилактике, у 22,5 % - медицинских сестер 50 % объема работы составляет прививочная.

Учитывая чрезвычайную актуальность рассматриваемого вопроса, связанного с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, нам было интересно выявить мнение среднего медицинского персонала о необходимости вакцинопрофилактики. В необходимости этой работы уверены 70 % медицинских сестер, однако настораживает тот факт, что 25 % опрошенных не считают эту работу нужной и 5 % - сомневаются.

Основными трудностями по вакцинопрофилактике медицинские сестры считают работу с родителями и загруженность работой, соответственно 60 % и 70 %.

Основными сестринскими проблемами, затрудняющими работу, являются:

- дефицит знаний родителей;
- медицинские отводы;
- отказ родителей;
- возможность развития постпрививочных осложнений.

Меньше всего беспокоит родителей страх заразиться инфекционными заболеваниями. Стараясь убедить родителей в необходимости прививок, 34 медицинских сестры из 40 опрошенных используют беседы с родителями, в которых объясняют опасность заболевания, в меньшей степени используют примеры успешной вакцинации и первоисточники (медицинскую литературу).

Какие же источники информации о прививках указали участники опроса?

Как выяснилось, знания о вакцинопрофилактике медицинские сестры получают в основном во время обучения в колледже и на курсах повышения квалификации. Реже используют медицинскую литературу и другие источники.

Сестринский процесс предусматривает, согласно стандартам сестринской деятельности, во избежание поствакцинальных осложнений подготовку ребенка к предстоящей вакцинации.

Как показал опрос свою роль медицинские сестры видят в:

- обследовании ребенка;
- беседах с родителями;
- психологической подготовке;
- информировании об инфекционном заболевании, против которого проводится прививка;
- выявление возможных фоновых заболеваний и своевременная их профилактика и лечение.

По данным анкеты особую тревогу вызывают дети с аллергическими состояниями, что отметили 31 медицинская сестра из сорока. Примерно одинаково распределились места между социально-неблагоприятными семьями и патологией центральной нервной системы.

Несмотря на то, что основными принципами иммунопрофилактики является доступность и бесплатность, в своих анкетах средний медицинский персонал поднимает основные проблемы, такие как:

- перебой в поступлении вакцинных препаратов;
- платная вакцинация (отметили все опрошенные.)

Для выполнения Федеральной целевой программы «Вакцинопрофилактика» необходимы грамотные, хорошо подготовленные специалисты, которые должны знать Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

методы специфической профилактики инфекционных заболеваний. Нами проведено **анкетирование студентов выпускных групп** с целью выявить их отношение к вопросам иммунопрофилактики.

Результаты анкеты показали, что все 100 % опрошенных студентов убеждены в необходимости вакцинопрофилактики, тогда как среди медицинских сестер только 70 % ответили положительно. На вопрос о возможных последствиях, возникающих при отсутствии прививок, ответ «отсутствие прививок ничем не грозит», не дал ни один студент, 80 % отметили угрозу инфекционных заболеваний, 20 % - ослабление иммунитета. Также наши студенты, не являясь пока работниками практического здравоохранения, все уверенно ответили, что роль медицинской сестры в вакцинопрофилактике очень велика, так как, по их мнению, успех вакцинации во многом зависит от настроения родителей. Для убеждения родителей в необходимости прививки 75 % респондентов предлагают объяснить опасность заболевания, 20 % используют примеры из медицинской литературы о тех последствиях, которые возникли при отказе и только 5 % использовали примеры успешной вакцинации, полученные из дополнительной литературы и на занятиях в колледже.

#### **Выводы:**

1. Вакцинация является единственным специфическим методом профилактики инфекционных заболеваний.

- Принципы вакцинопрофилактики: бесплатность, информированность, обязательность, добровольность – должны неукоснительно соблюдаться.
- Основным звеном в подготовке и проведении прививочной работы считать средний медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений.

#### **Предложения:**

✓ Акцентировать внимание на изучение вопросов специфической профилактики инфекционных заболеваний при базовом обучении в колледже и на факультете повышения квалификации средних медицинских работников.

✓ Больше уделять внимание санитарно - просветительной работе среди населения о необходимости вакцинопрофилактики, используя все средства массовой информации.

#### **Литература**

1. Анисимова Т.Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания / Серия «Медицина для вас». Ростов-н/Д: Феникс, 2003 г.
2. Еренков В.А. «Справочник по уходу за больным ребенком». 1982 г.
3. Каукинайнен А.Б. «Часто болеющие дети». Ленинград. 1990 г.
4. Мазурин А.В. с соавторами «Общий уход за детьми». Москва. 1989 г.
5. Мазурин А.В., Запруднов А.М., Григорьев К.И. «Общий уход за детьми». 1998 г.
6. Солодуха Н.Н., Ежова КВ., Русаков Е.М. «Сестринский процесс в педиатрии».

### **КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ Г.БИРОБИДЖАНА**

*Березань Е.В., Баженова А.С. – преподаватели  
ГОУ «Биробиджанский  
медицинский колледж»*

Целью настоящего исследования было изучение причины заболевания сахарного диабета, распространенности осложнений диабета, способы и эффективность лечения.

Работа основана на анализе 42 историй болезни детей от 3 до 17 лет, находящихся на лечении в стационаре ОГУЗ «Детская больница» в период с 2004 по



2006 год.

Из обработанного материала удалось выявить, что 36 детей (85,7 %) госпитализированы в плановом порядке, 6 детей (14,3 %) госпитализированы по экстренным показаниям.

Также при исследовании статистического материала была выявлена тенденция к повышению численности госпитализации детей в стационар. Так минимальная численность госпитализации была в 2005 г. - 11 чел., а максимальная в 2006 году – 18.

Из изученных материалов можно заметить, что в стационар госпитализировались жители области (2004 – 5 детей, 2005 – 6 детей, 2006 – 8 детей), и жители города (2004 – 7 детей, 2005 – 5 детей, 2006 – 10 детей).

Инсулинозависимый сахарный диабет наиболее часто развивается в критические периоды максимального роста, гормональной, иммунологической перестройки организма. Основным пик заболеваемости приходится на 11 лет, так же чаще заболевание возникает в 5-7 лет, 39 % случаев заболеваний было манифестировано в возрасте 9-12 лет, можно предположить, что это связано с началом пубертатного периода, изменением образа жизни детей, большей подверженности стрессам, 21 % случаев заболеваний приходится на возраст 5-7 лет, 33 % случаев на другие возраста и 7 % случаев на возраст до 5 лет.

При изучении причин заболевания четкую связь с отягощенной наследственностью можно выявить в 14 % случаев, связь с инфекционными заболеваниями в 4 % случаев, причина не установлена в 64 % случаев.

Анализируя полученную информацию, можно отметить, что чаще всего заболевание начиналось остро с таких симптомов как: полиурия, энурез, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, повышения аппетита, жажды и т.д., что совпадает с данными научной литературы.

Нами выявлено, что наиболее часто развивается такое осложнение как диабетическая ангиопатия сетчатки (46 % случаев заболеваний), на втором месте – диабетическая нефропатия (43 % случаев) и лишь в 11 % случаев заболеваний развивается диабетическая полинейропатия.

#### **Выводы:**

1. Причиной возникновения заболевания является действие нескольких факторов: чаще всего инфекционный, наследственный, другие причины (например, стрессы).
2. В происхождении инсулинзависимого сахарного диабета существенное значение имеют два фактора – генетический и аутоиммунный.
3. У всех детей развивается сахарный диабет 1 типа.
4. Ухудшение состояния наступает при наложении интеркурентных заболеваний.

#### **Предложения:**

- ✓ Уделять больше внимания санитарно-просветительной работе среди населения.
- ✓ Обучать больных детей и их родственников строгому соблюдению методов лечения при диабете, контролю за состоянием.
- ✓ Уделять больше внимание психологическому состоянию больных сахарным диабетом и формировать правильное отношение к заболеванию.
- ✓ Привлекать детей к занятиям в «Школе диабетика».
- ✓ Акцентировать внимание на вопросах оздоровления детского населения и необходимости выявления данного заболевания на ранних стадиях.

## **РОЛЬ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ**

*Кузьмина И.И. – преподаватель СД в педиатрии  
филиала ГОУ СПО «АМК»  
в г. Райчихинске*

Многолетний опыт работы заведующей детским отделением ЦГБ убедил меня в том, что деятельность медсестры тем эффективнее, тем качественнее, чем больше у нее багаж медицинских знаний. С точки зрения сестринского процесса это особенно актуально.

Проводя практические занятия со студентами по педиатрии, я убеждаюсь в том, что для понимания сути происходящих патологических изменений студентам очень полезно знать этиопатогенез заболеваний. А когда достигнуто понимание сути патологических изменений, становится понятна и легко запоминается симптоматика заболевания и необходимость принятия нужных мер по оказанию помощи. Становится возможным разработать программу дальнейших мероприятий, направленных на выздоровление больного.

Например: медсестра видит у ребенка карпопедальный спазм. При этом налицо все признаки рахита. Она приходит к выводу, что у ребенка на фоне рахита выражена гипокальциемия, которая проявляется в форме спазмофилии, а именно в виде карпопедального спазма, или ляренгоспазма. В чем будет заключаться неотложная помощь ребенку? Естественно, в инъекции препаратов кальция. Можно привести и другие примеры. Но ясно одно – понимание сути патологического процесса для медсестры – вещь необходимая.

К сожалению, в учебниках по педиатрии для средних медработников этим вопросам уделяется слишком мало внимания. Поэтому на практических занятиях приходится начинать изучение темы с вопросов этиопатогенеза.

Хочется подчеркнуть и еще один недостаток в современных учебниках – некоторые заболевания, которые обязательны для изучения в соответствии с министерской программой, вообще не отражены в них. Например: токсическая диспепсия... Нет четкой программы лечения гипотрофий. И очень плохо, что в учебниках нет странички с глоссарием, что помогло бы студентам лучше понять суть некоторых патологических состояний.

Мне, как преподавателю, очень помогает большой опыт работы в больнице. По каждому заболеванию могу привести интересные случаи: менингококковая инфекция, пневмония, рахит, гипотрофия, гломерулонефрит, лейкоз и т.д. Это очень оживляет интерес студентов к изучаемой теме. А вопросы, которые я ставлю перед студентами, развивают у них способности к логическому и клиническому мышлению.

Помогают в усвоении учебного материала демонстрация диафильмов (о рахите, дифтерии, о правилах ухода за новорожденным и др.); проведение уроков в форме деловой игры, круглого стола, где обсуждаются рефераты, выполненные самостоятельно по той или иной теме.

Очень важно не допускать на уроках скуки – надо постоянно оживлять интерес студентов вопросами, демонстрацией больного, разбором истории болезни и др. способами. Решение ситуационных задач позволяет лучше всего оценить качество усвоения учебного материала. В отличие от тестов, которые не всегда соответствуют уровню знаний студента: бывают случаи, когда студент активен на всех занятиях, успешно решает ситуационные задачи, но тесты пишет на плохую отметку. И наоборот, студент среднего уровня подготовки может тесты выполнить на «отлично».

Большой интерес у студентов вызывает самостоятельная работа с детьми: сбор анамнеза, выявление симптомов заболевания. Эта работа осуществляется в стационаре, в поликлинике на врачебных приемах и при патронаже на дому. Эта работа вселяет в Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

студентов уверенность в своих знаниях и умениях.

Выводы:

1. Освещать на занятиях вопросы этиопатогенеза и патоморфологии в доступной для понимания студентами форме.
2. Шире использовать средства, активизирующие внимание студентов на занятии (демонстрация больных, фотоснимков, видеофильмов, рассказы об интересных случаях из личной врачебной практики, решение ситуационных задач и тестов и др. методов).
3. Развивать у студентов способность логического и клинического мышления.

Все это будет способствовать повышению профессиональных качеств у будущих медработников.

### ***БУКЛЕТ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ КОНТРОЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ***

*Вазанкова С.А. – преподаватель педиатрии и  
сестринского дела в педиатрии  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

Слово буклет произошло от французского слова *bouclette* - колечко. Буклет представляет собой непериодическое издание в виде листков печатного материала, складываемых параллельными сгибами без папки или переплета так, что их читают или рассматривают, раскрывая как ширму.

Буклеты широко применяются в детских лечебно-профилактических учреждениях, так как они оказывают неоценимую помощь родителям, потому что в них до мельчайших подробностей можно описать ход выполнения различных манипуляций, которые в домашних условиях могут проводить сами родители. Кроме того, через буклет можно пропагандировать здоровый образ жизни, методы профилактики различных заболеваний и т.п.

Подготовка буклета является одной из форм самостоятельной работы студентов по предметам педиатрического цикла («СД в педиатрии», «Педиатрия с детскими инфекциями», «Здоровый человек и его окружение»).

Встречаясь с такой формой самостоятельной работы впервые, студенты иногда теряются, и не знают, с чего же начать работу. Для формирования навыков подобной деятельности мною подготовлены рекомендации, пользуясь которыми, студенты приступают к работе.

Прежде, чем составить буклет, студентам необходимо будет прочитать теоретический материал, причем не один источник. При работе с литературой им приходится анализировать, систематизировать данные, попутно составляя план будущего буклета, подбирать иллюстративный материал.

Я рекомендую студентам после первичного отбора материала отложить его на несколько дней в сторону, а затем вновь тщательно пересмотреть его и только после этого приступать к оформлению самого буклета.

На первой странице буклета я рекомендую поместить основную мысль всей дальнейшей информации, подчеркнуть важность соблюдения того, что рекомендует данный буклет.

Затем следует само описание манипуляции или серии манипуляций. При этом информация должна подаваться последовательно, поэтапно и подкрепляться рисунками, таблицами, фотографиями и другими иллюстративными средствами. Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

Родителям следует подробно разъяснить гигиенические требования, правила безопасности, время выполнения манипуляций. Следует акцентировать их внимание на, возможных противопоказаниях к выполнению данной манипуляции (плохое самочувствие ребенка и т.п.) и осложнениях, при которых следует сразу же обратиться за помощью к врачу.

В конце буклета следует пожелать ребенку здоровья, а родителям: успехов при овладении данной манипуляцией.

Прочитав, такой краткий, иллюстрированный буклет, любой родитель сможет по всем правилам выполнить ту или иную манипуляцию.

Таким образом, подготовка буклета студентами дает возможность преподавателю выявить следующее:

- Уровень теоретической подготовленности студента.
- Умение студента самостоятельно подбирать и анализировать литературные данные.
- Умение логически верно выразить свои мысли.
- Знание методики конкретной манипуляции.
- Навыки сестринской педагогики.
- Уровень эстетического развития студента.

Применяя составление и оформление буклетов, как во время практического занятия, так и при выполнении самостоятельной работы, преподаватель не только разнообразит деятельность студента, но и вносит в нее элементы творчества.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРАКТИКИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ КОНТРОЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

*Вазанкова С.А. – преподаватель педиатрии и сестринского дела в педиатрии ГОУ СПО «Амурский медицинский колледж»*

При прохождении практики в детской больнице студенты могут встретить ряд особенностей в своей работе. Эти особенности нужно знать и всегда о них помнить:

1. На стационарном лечении могут находиться дети различных возрастных периодов жизни, начиная с периода новорожденности и заканчивая периодом полового развития. Но вы знаете, что каждому периоду жизни соответствуют определенные анатомо-физиологические особенности детского организма. Поэтому, без знания этих особенностей вы не сможете организовать полноценный сестринский уход и наблюдение за ребенком.

2. Медицинская сестра вместе с врачом добиваются успеха в лечении ребенка. Но для этого необходимо понимать смысл врачебных назначений и осознанно выполнять их. Значит, вам необходимы и определенные теоретические знания, а также умение применять их на практике. Если вам не понятны назначения врача или вы затрудняетесь в проведении какой-либо манипуляции, вы должны обратиться к старшей сестре отделения или постовой, более опытной медсестре.

3. Важное значение в работе медсестры имеет создание благоприятных деловых отношений с родителями и родственниками заболевшего ребенка. Никто не может заменить ребенку мать, находясь рядом, она облегчает его страдания, помогает адаптироваться к больничной обстановке. Но стать помощницей медсестре она сможет

только тогда, когда между ними установятся здоровые отношения, основой которых является доброжелательность, взаимное уважение и взаимопонимание. Основная роль в становлении этих отношений принадлежит медсестре. Неприятно звучат слова «мамаша, папаша». К родителям следует обращаться по имени и отчеству.

4. В настоящее время в стационарах больниц могут находиться дети-сироты. Постарайтесь быть с ними более внимательными. Чаще улыбайтесь, разговаривайте, берите на руки. Пусть они тоже почувствуют заботу о себе.

5. Медсестра детской больницы кроме лечебной работы, обязана заниматься воспитательной работой с детьми. Для этого она должна овладеть определенными педагогическими знаниями и умениями. Так как правильно организованный досуг, интересная игра, прочитанная сказка, веселая песня способствуют выздоровлению ребенка.

6. Медицинской сестре необходимо постоянно контролировать свое поведение и отношение к детям. Дети бывают разными по характеру, к одним могут возникать симпатии, а к другим такого чувства может не быть. Однако профессиональный долг не позволяет медсестре к одним детям относиться хорошо, а к другим плохо. Заболевший ребенок чутко реагирует на неоправданно повышенную заботу к одному из детей, они обижаются и тоскуют. Однако все дети одобряют чуткое и внимательное отношение к тяжелобольным и даже сами помогают, чем могут.

7. Внимательное отношение к тяжелобольным и даже сами помогают, чем могут.

8. Внешний вид медсестры имеет большое значение. Одежда ее должна быть опрятной, без вычурных украшений, руки, чисто вымытые с остриженными ногтями. Она должна следить за выражением своего лица. Улыбка идет к любому лицу. Спокойное, внимательное и доброжелательное выражение лица благоприятно влияет на детей и их родителей.

9. Медицинской сестре, работающей с детьми, должны быть присущи такие душевные качества, как чуткость, ласка, контроль за своими действиями, настроением. Она всегда может успокоить ребенка и его родителей, вселить в них веру в выздоровление, сумеет убедить родителей ребенка в необходимости строгого соблюдения режима, предписанного врачом.

Успешно справиться с нелегкими обязанностями медсестры смогут те студенты, которые с первых дней учебы постоянно воспитывают в себе высокие моральные качества, волю и развивают чувство самоконтроля.



**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ  
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ»**

*Вазанкова С.А. – преподаватель педиатрии и  
сестринского дела в педиатрии  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

В системе здравоохранения нашей области трудится более 9 тысяч медицинских сестер, 11 часть из них работает в педиатрии.

Постдипломная подготовка этих специалистов проводится на факультете повышения квалификации АМК.

Все мы знаем, что работа с детьми очень трудная, так как помимо работы с ребенком, а он, в свою очередь, может быть здоровым или больным, приходится Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

работать с родителями и многочисленными родственниками. При этом семья и ребенок получают сведения о том, каким образом можно сохранить здоровье, каким образом можно предотвратить болезнь, а при возникновении болезни сестра должна организовать квалифицированный сестринский уход на дому или в стационаре.

Но в настоящее время такой уход в нашей стране отсутствует, пациенты могут получать только отдельные его элементы, потому что уход – это тщательно продуманная и научно обоснованная система мероприятий, обеспечивающая максимальную адаптацию пациента к жизни в условиях болезни и ограниченной свободы. Возникает вопрос: «Почему же пациенты не могут получать такой уход?» Можно выделить несколько причин.

Во-первых, медицинская сестра значительную часть времени тратит на неквалифицированную, не свойственную ей работу. Она подклеивает истории болезней, карты развития ребенка, сопровождает детей на консультации к специалистам и кабинеты дополнительного медицинского обследования, списывает лекарственные препараты, даже моет пол, раздает пищу, вместо того, чтобы постоянно быть с пациентом, помогая ему в решении проблем, который возникают у него в здоровой повседневной жизни и при болезни.

Вторая причина исходит с 1933 года, когда медсестре определили роль помощника врача. Большая медицинская энциклопедия 1972 года выпуска подтверждает роль медицинской сестры, как помощника врача и дает ей определение: «Это лицо, имеющее среднее специальное медицинское образование, работающее под руководством врача и предназначенное для помощи в его работе».

Но работа этих специалистов абсолютно разная. Если врач занимается лечебной и диагностической работой, то медицинская сестра должна заниматься сестринским уходом. Но если она помощник врача, то значит, она берет на себя определенные функции лечебной и диагностической работы, а ухаживать за пациентом в этом случае некому. Но, хотя оба специалиста преследуют одну цель: обеспечить здоровье ребенка, но идут они к этой цели разными путями.

Медицинским сестрам, работающим в сельской местности, приходится значительно труднее, так как не всегда врач-педиатр находится рядом. Отдаленность от райцентра, отсутствие телефонной связи приводит к тому, что им приходится осуществлять лечебную помощь детям, что является недопустимым явлением, так как медсестра не может даже самостоятельно дать кислород пациенту.

В этой ситуации врачей в первую очередь необходимо знакомить с реформой сестринского дела, объясняя им цели и задачи средних медицинских работников.

Поэтому нашей задачей является освобождение медицинских сестер от несвойственной им работы. Необходимо повернуть ее лицом к пациенту, чтобы она могла продумать и научно обосновать все свои мероприятия, связанные с сестринским уходом, т.е. она должна в совершенстве владеть всеми пятью этапами сестринского процесса.

В настоящее время этому процессу в медицинских колледжах уделяется должное внимание. Значит, все вопросы обязательно включаются в рабочие программы, а так же в теоретические и практические занятия.

Курсанты изучают философию сестринского дела, теории потребностей, модели сестринского дела и сам сестринский процесс. Все эти новые темы полностью усваиваются курсантами. При этом слушатели считают, что сестринский процесс необходим, он нужен, но выход в практическое здравоохранение полностью не возможен, так как необходимы дополнительные штаты средних медицинских работников, улучшение материально-технического обеспечения рабочих мест и др.

На практических занятиях курсанты знакомятся с новыми предметами и средствами ухода за здоровым и больным ребенком, так как на смену примитивным вате и марле пришли современные средства: удобные ватные тампоны, электронные весы, одноразовые пробирки для бактериологических исследований, назальный

аспиратор, щипчики и ножницы для стрижки ногтей, различные приспособления для купания, огромное количество средств по уходу за кожей и зубами.

За последние пять лет на прилавках книжных магазинов появилось много специальной литературы для медицинских сестер по педиатрии, но, работая в сельской местности, специалисты не имеют возможности приобрести эти книги. В областном центре их можно приобрести в магазинах «Лукоморье» (в районе автовокзала), «Буквица» (угол улиц Зейская - Б.Хмельницкого), на 2-м этаже Амурской ярмарки, книжный киоск областной больницы.

В литературе авторы отражают современные теоретические вопросы. В практической части манипуляции представлены в виде алгоритмов с обоснованием каждого этапа.

Без сомнения работа с детьми - это работа творческая. Хорошая детская сестра - это не только медик, но и педагог и психолог. В настоящее время медицинские сестры уходят из профессии по разным причинам, но те, которые остаются, продолжают работать, невзирая на трудности, потому что от их работы зависит будущее нашей страны и нации.

Внимание к ребенку семьи, лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения - залог здоровья наших детей!

### ***ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ С ЛПУ***

*Марченко Т.Г. – преподаватель «СД в педиатрии»  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

В апреле 2007 года в Детской Областной Клинической Больнице (ДОКБ) прошла конференция по теме: «Нетрадиционные методы выхаживания недоношенных детей».

Было представлено 5 докладов, которые подготовили студенты 3 курса под руководством преподавателей «СД в педиатрии» Кривошапкиной Л.В. и Марченко Т.Г.

На конференции присутствовали врачи и медицинские сестры из детских больниц и поликлиник города.

Студенты АМК ознакомили их со статистикой рождения недоношенных детей на территории Амурской области, а также дали морфологическую и функциональную характеристику недоношенных детей, представили вниманию слушателей нетрадиционные методы выхаживания недоношенных детей, такие как: ароматерапия, музыкотерапия и сухая иммерсия.

Все это сопровождалось компьютерной презентацией данной темы. За проведенную конференцию администрацией больницы было вручено благодарственное письмо.

В данное время идет подготовка к новой конференции по теме: «Лечебное питание детей, страдающих кишечными коликами и синдромом срыгивания», которую будут проводить студенты АМК для медицинских работников детских больниц города.

## **ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

*Матвеева С.И., Симонова Г.А. – преподаватели  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*



Вопросы исследования клинического мышления всегда были связаны с врачебной деятельностью. Впервые термин «клиническое мышление» ввёл М.П. Кончаловский для обозначения определённых характеристик врача. А.Ф. Билибин и Г.И. Царегородцев определяют клиническое мышление как интеллектуальную, логическую деятельность, позволяющую находить особенности, характерные для данного патологического процесса у данной конкретной личности. Клиническое мышление характеризуется единством аналитических и синтетических умственных операций. Аналитические операции осуществляются при сборе информации, а операции синтетического типа предназначены для её синтеза и обоснования заключений. В жизни эти операции не всегда одинаково совмещаются, у одних медработников лучше выполняются аналитические, у других – синтетические. Если у человека есть способность совмещать эти операции, это высокий уровень клинического мышления. Такой уровень мышления был развит у выдающихся отечественных терапевтов, сделавших большие открытия. Такому уровню мышления научить нельзя. Мы можем и должны учить студента логическому мышлению, дать ему основы клинического мышления.

Формирование основ клинического мышления, необходимо начинать с изучения нормативных документов и соответствующего планирования, используя сквозное обучение, обучение студентов у постели больного, чтение проблемных лекций, УИРС, НИРС, производственную практику.

В соответствии с реформой сестринского дела сегодня медицинская сестра является не просто и не только помощником врача, осуществляющим зависимые действия, а специалистом, выполняющим и независимые действия в рамках сестринской компетенции. Она является не только манипулятором, работающим по указанию врача, а медицинским работником, у которого расширились рамки самостоятельной деятельности. Медицинская сестра при осуществлении сестринского процесса проводит обследование пациента, определяет его потребности, выявляет проблемы, составляет план ухода, оценивает полученные результаты.

С целью ориентации студента на мыслительную деятельность широко используется проблемное обучение. Проблемное обучение не заменит традиционной работы студентов с пациентом, но готовит их к ней. Важное место здесь занимает решение клинических задач. Проблемной является не всякая задача, а лишь не имеющая стандартного решения, то есть, решаемая не по схеме, образцу, образцу, алгоритму, а требующая самостоятельного нахождения нетривиального решения.

Особенно наглядно умение медсестры клинически мыслить выявляется на этапе определения проблем пациента, планирования независимых сестринских вмешательств и, конечно же, на 5 этапе – оценке эффективности сестринского процесса. 5 этап, несмотря на кажущуюся простоту, наиболее сложен, поскольку требует умения подвергать анализу полученные результаты ухода. Если проблема решена и цель достигнута, медсестра должна обосновано это утвердить. Если не решена - то с целью выяснения причины этого проанализировать все этапы сестринского процесса, подвергнуть план коррекции.

Приведу примеры проблемных ситуаций, которые мы используем:

1. Задачи с неопределённостью условий, то есть задачи, требующие поиска  
Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии



необходимой информации. При использовании этих задач необходим диалог между преподавателем и студентом. Это вариант клинических игр. Например: ребёнку 3 месяца. В настоящее время масса ребёнка 5100 г. В последнее время мама отмечает нарушение сна, пугливость малыша, во время кормления ребёнок сильно потеет. Появилось облысение затылка. О каком заболевании и почему идёт речь? Соответствует ли масса ребёнка долженствующей? В чём причина данной патологии? Чтобы ответить на эти вопросы студент должен узнать дополнительную информацию у преподавателя.

2. Задачи с неопределённостью искомого. Ситуация, при которой необходимо выбрать оптимальный вариант. Например: выбрать правильный вариант действий при оказании неотложной помощи при анафилактическом шоке.

3. Задачи, с избыточными сведениями в условии. Например: в поликлинику обратился пациент в возрасте 9 лет с жалобами на боль в правой ноге, которая появилась после падения с велосипеда, нарушение сна, потерю аппетита. При проведении сестринского обследования медицинская сестра собрала следующие сведения: перенёс ветряную оспу, корь, пневмонию. Неделю назад переболел гриппом. В настоящее время учится в школе, в 3 классе. При осмотре: пациент раздражителен, припухлость в области правого голеностопного сустава, резкая болезненность, в области голени пигментные пятна размером 5X10 см. Диагноз: перелом нижней трети малой берцовой кости. Окажите первую неотложную помощь пациенту.

4. Задачи с противоречивыми, частично неверными сведениями в условии. Например: у ребенка 6 лет озноб, температура 38,5, головная боль, сухой кашель, приступообразный. Анализ крови: СОЭ – 4 мм (в данном случае показатели СОЭ должны быть выше)

5. Задачи, предусматривающие лишь вероятные решения. Например: у больного клинические симптомы могут указывать на диагноз – пищевая токсикоинфекция, на самом деле возможен острый панкреатит.

6. Задачи на обнаружение ошибки в предыдущем решении.

Большое значение имеет реализация принципа наглядности. Если для решения задачи определяющей служит информация о внешнем виде пациента, то лучше использовать не текстовое описание, здесь нужны фотографии, слайды, видеофрагменты.

Медицинские сёстры должны уметь самостоятельно мыслить, для того, чтобы правильно решить предложенную ситуацию. При решении всех ситуационных задач велика роль преподавателя. Решение задач кажется иногда элементарным, но нужно переработать большой объём информации, чтобы прийти к окончательному выводу о причине подобного состояния. Это и способствует развитию клинического мышления, так необходимого в их будущей профессии.

Умению думать, размышлять способствует учебно-исследовательская работа студентов. Наши студенты самостоятельно проводят исследования заболеваемости сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, заболеваниями щитовидной железы. Их выводы бывают очень интересными и полезными для практического здравоохранения.

В процессе учебно-производственной практики представляется максимальная возможность закрепить навыки клинического мышления, осуществляя курацию больных, написание истории болезни.

Одна из задач сестринской практики заключается в предоставлении информации, её объяснении и обеспечении её понимания пациентами. Инструктируя пациента, когда ему следует принимать лекарства, медсестра ставит цель научить его делать это в нужное время. Объясняя родителям ребёнка все положительные и отрицательные стороны вакцинации, медсестра подбирает убедительные примеры, иллюстрирующие значение вакцинации в профилактике тех или иных заболеваний, в то же время предоставляет им право выбора.

Медицинская сестра должна так руководить деятельностью пациента, чтобы он был убежден в необходимости данного вывода из знакомых ему фактов и явлений. Перефразируя слова А. Дистервега, можно сказать следующее: «Плохая медсестра преподносит истину, хорошая – учит её находить».

В соответствии с основными положениями формирования клинического мышления, диагностический поиск должен быть ориентирован на следующие установки:

1. Болезнь - это реакция организма на повреждение, поэтому анализ каждой конкретной клинической ситуации должен различать эти моменты и выявлять приспособительную реакцию организма.

2. Принцип целостности организма обязывает к полноте диагностики болезни и оценке состояния всех физиологических систем организма и личности больного (холистический подход).

3. Принцип единства организма и окружающей среды лежит в основе этиологического анализа отношений: больной - внешняя среда, включая социальные факторы.

Формирование у студентов навыков клинического мышления начинается с изучения пропедевтики клинических дисциплин. Дальнейшее развитие и формирование основ клинического мышления проводится при изучении терапии и синдромной патологии. Чтобы научить студентов мыслить клинически, на всех этапах практических занятий по этим дисциплинам я использую метод проблемного обучения:

➤ Индивидуальный опрос позволяет выяснить полноту и глубину усвоения темы, а студентов учит излагать мысли и развивать речь;

➤ Проведение деловой игры, в ходе которой у студентов возникает разновариантность решения поставленной проблемы, что позволяет широко ее обсуждать, размышлять, исправлять ошибки и совместными усилиями прийти к правильному решению;

➤ Использование карточек - заданий различных типов:

а) «установи логическую связь» - например, установить логическую связь между симптомами хронического обструктивного бронхита и появившимися в последнее время отеками, увеличением печени, асцитом;

б) «лабораторная фантазия» – на карточках с определенными анализами формулируются вопросы: о каком осложнении основного заболевания можно думать?, возможные причины данного осложнения?, какой прогноз заболевания? Например: лейкопения при пневмонии, анемия при язвенной болезни; гипогликемия при сахарном диабете.

➤ Решение задач по неотложным состояниям с постановкой проблемы: выбрать правильный вариант ответа и обосновать. Например, неотложная помощь при коллапсе, вызванном кровотечением и коллапсе, вызванным критическим падением температуры тела; целесообразность использования при этом вазопрессоров. При оценке ситуации необходимо указать на последствия неправильно выбранного решения;

➤ Решение задач, в основе которых лежит конкретная клиническая ситуация. Решение должно быть обоснованным, поэтому в вопросах к задаче необходимо указывать «обоснуйте», в обосновании и заключается мыслительная деятельность студентов.

➤ Работа методом «малых групп». Этот метод наиболее приемлем при изучении дисциплины «Синдромная патология». Количество групп соответствует количеству этапов диагностического поиска. Необходимо сопоставить три этапа диагностического поиска так, чтобы в конце третьего диагностировать заболевание (I этап содержит жалобы пациента и данные анамнеза, II этап – данные объективного исследования, III этап – данные лабораторно-инструментальных исследований);

Особенностью преподавания клинических дисциплин является работа с

больными, где широко используется метод обучения у постели больного. Каждая встреча с больным представляет собой проблемную ситуацию. Изучая методику исследования больных и применяя ее на практических занятиях, студенты учатся умению оценивать полученные данные, вырабатывают способность формулировать заключение о состоянии здоровья пациента, изучают диагностическое значение симптомов болезни (семиотика), а это уже два первых, очень важных этапа клинического мышления.

Преподаватель должен давать задание, побуждающее студентов думать и рассуждать, искать логическую связь между симптомами и причинами болезни, рассматривать диагностическое исследование, как предпосылку для лечения.



Эффективным методом, развивающим познавательную активность, является самостоятельная работа (домашнее задание), например: провести диф.диагностику между плевритом и гидротораксом, предложив при этом литературные источники.

Конечно, не все студенты справятся с этим заданием, но каждый прочитает об этих заболеваниях, еще раз сходит к больному и более детально обследует.

Негативное влияние на процесс формирования клинического мышления оказывает технократизация медицины, когда в первую очередь «смотрят» анализы, ЭКГ, результаты других дополнительных исследований, при этом умаляя значение или даже пропуская клинические проявления заболевания. Никакое дополнительное исследование и клиническая задача не заменит беседы с больным и его объективного обследования.

Только в общении с больным студенты учатся наблюдать, делать свои выводы, принимать конкретные решения. Несомненно, положительным моментом в формировании клинического мышления является, если преподаватель – одновременно врач больницы, это позволяет брать студентов на обходы. Во время обхода есть возможность продемонстрировать все этапы диагностики, особенно первый и второй, а после обхода обсудить и обобщить полученные данные, при этом дать возможность каждому студенту высказать свое мнение.

Трудно переоценить значимость учебно-производственной и производственной практики в формировании клинического мышления. В процессе практики студенты максимально приближены к реальной медицине, участвуют в лечебно-диагностическом процессе, зачастую видят его результат, имеют возможность динамического наблюдения за больным, а также возможность проведения учебно-исследовательской работы не по статьям в журнале, а на больных.

В заключении хочется отметить, что развитие клинического мышления - задача не только преподавателей специальных дисциплин. Навыки клинического мышления должны прививаться уже при изучении анатомии, физиологии, фармакологии и патологии.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ**

*Марченко Т.Г. – преподаватель сестринского  
дела в педиатрии  
ГОУ СПО «АМК»*

Возрастающая роль информации, необходимость обработки максимального ее объема за минимальное время поставили общество перед проблемой – создание информационных технологий.

Новая (современная) информационная технология – это технология, основанная на:

- ✓ повсеместном применении ЭВМ и оргтехники;
- ✓ активном участии пользователей (непрофессионалов в области вычислительной техники и программировании) в информационном процессе.

Основными средствами новых информационных технологий обучения являются компьютер, мультимедиа, телекоммуникации. Применение их в образовании породило новые формы организации учебного процесса, внесло изменения в его структуру. Сегодня необходимо рассматривать в роли обучаемого не отдельного индивидуума, но уже говорить об обучаемом тандеме «человек – компьютер» и рассматривать следующие цепочки в овладении знаниями:

- ✓ учитель – компьютер – учащийся (индивидуально и фронтально);
- ✓ компьютер – группа учащихся;
- ✓ компьютер – учащийся (использование интеллектуальной системы, обеспечивающей индивидуальное познание).

Таким образом, можно выделить следующие цели внедрения ИКТ в образовательный процесс:

1. оптимизация планирования учебного процесса;
2. повышение эффективности подготовки и проведения урока;
3. помощь студенту в самостоятельной работе по усвоению и закреплению учебного материала;
4. осуществление мониторинга достижений учащихся.

К учебным функциям ИКТ относят познавательную, образовательную, диагностическую, коммуникативную, ценностно-ориентационную и художественную.

Под социальными подразумеваются: усилительная (увеличение скорости вычислений, объема памяти), уравнивательная (повышение возможностей слабоуспевающих, рост достоинства личности), гуманистическая (дружественность интерфейса, оказание своевременной помощи при затруднениях), реабилитирующая (предоставление возможности осуществления социально значимой деятельности учащимся с физическими недостатками), управляющая (поддержание заданного сценария предъявления информации), тренинговая (развитие умений и навыков при решении задач) и развлекательно-успокоительная функции.

ИКТ являются средством, субъектом образовательного процесса и позволяют увеличить объем обрабатываемой информации, расширить кругозор, свернуть репродуктивную составляющую познавательной деятельности, оставляя больше времени для творчества. В этом случае предоставляется возможность творческого самовыражения студентам, не считавшимся ранее особо талантливыми.

Огромную роль в решении задач повышения эффективности обучения посредством предоставления новой наглядности играет получающая все более широкое распространение технология мультимедиа. Она успешно применяется в обучении, повышая его эффективность за счет оптимизации структуры информации и комбинации различных способов ее представления, средств контроля и оценки усвоения знаний и умений. Под технологией мультимедиа в настоящее время понимают совокупность приемов, методов, способов продуцирования, обработки, хранения, передачи аудиовизуальной информации. Использование мультимедийных технологий в образовательном процессе привело к появлению новых способов взаимодействия учителя и студента. Знания, умения и навыки использования технологии мультимедиа для решения дидактических задач при изучении конкретной учебной темы являются одним из обязательных компонентов современного образования.

Технология мультимедиа, основные признаки которой в большей или меньшей степени присущи всем современным программам общего назначения, обладает следующими дидактическими возможностями:

- ✓ возможность использовать несколько каналов восприятия в учебном процессе;
- ✓ презентация материала различными способами, что позволяет актуализировать различные органы чувств;
- ✓ визуализация абстрактного содержания;
- ✓ представление процессов в динамической манере.

Таким образом, использование в педагогическом процессе программ общего назначения, обладающих мультимедийными качествами, способствует реализации принципов наглядности, соответствия возрастным особенностям учащихся, дает возможность обеспечивать индивидуализацию обучения и может являться средством развития творческих способностей учащихся.

Под влиянием ИКТ, используемых в учебном процессе, изменяются некоторые качества традиционного общения, усиливаются требования к точности формулировок, логичности и последовательности изложения.

Условиями эффективного применения ИКТ в учебном процессе являются:

- ✓ комплексное применение компьютера на уроках;
- ✓ интегрированное использование компьютерной техники вместе с другими современными видами технических средств;
- ✓ специальная разработка компьютерного обеспечения предметов и эффективное использование их в учебном процессе.

Очевидно, что недостаточно просто поставить компьютер в класс, необходима планомерная разработка, апробация и внедрение методик применения информационных компьютерных технологий в образовательном процессе, направленных не просто на обучение данными средствами, но на развитие личности учащегося в процессе обучения с использованием этих технологий.

Информационные технологии должны соответствовать следующим требованиям:

- ✓ поддерживать и развивать системность мышления обучаемого;
- ✓ поддерживать все виды познавательной деятельности человека в приобретении знаний, развитии и закреплении навыков и умений;
- ✓ реализовывать принципы индивидуализации учебного процесса при сохранении его целостности;
- ✓ индивидуализировать контроль и оптимизировать процесс перехода внешнего контроля во внутренний самоконтроль учащихся.

В качестве примера я хочу представить вам одну из презентаций лекций.

### **Используемая литература:**

1. М.Ф. Войцеховская «Информационные технологии в образовании», 2007 г., г. Благовещенск.
2. Виштынецкий Е.И., Кривошеев А.О. «Применение информационных технологий в сфере образования и обучения».

## **ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

*Кривошапкина Л.В. – преподаватель ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*

Самостоятельная внеаудиторная работа студентов является одной из составляющих глубокого изучения учебного материала. Она активизирует познавательные и творческие способности студентов, заставляет их задуматься над  
Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

различными медицинскими проблемами, найти пути их решения, улучшить оказание помощи маленькому пациенту и его родителям.

Для того чтобы воспитать не просто специалиста как функционала-работника, но, прежде всего Человека, следует развивать в нем способности к пониманию смысла сути изучаемых вещей и явлений. Однако смысл, понимание нельзя получить ни от преподавателя, ни даже от самого творца мыслей. Их нельзя прочесть в книгах, сколько бы гениальны эти книги не были. Их нельзя учить, показывая.

Смысл, понимание всегда требуют работы собственной мысли, воображения и самостоятельной работы. Без этого истинное знание существовать не может. А главное - оно невозможно без неистребимой, к счастью, внутренней потребности человека понимать. Потребность понимать следует всячески беречь и культивировать с детства. Без понимания утрачивается способность мыслить широко, целостно. Утрачивается то, без чего невозможна культура. А культура - это понимание явлений, процессов, людей.

Понимание возможно только при целостном, всестороннем изучении и восприятии феноменов. Таким образом, средняя специальная школа должна учить мыслить, самостоятельно работать, обеспечивать понимание всех изучаемых дисциплин большинством студентов.

Надо учить студентов думать, добывать знания. Более того - открывать знания, закономерности, основные положения, принципы, технологии целостного, качественного решения целевых проблем на их основе. В этом суть и самое главное в образовании - в создании обоснованных условий для самостоятельного осуществления студентами «открытий» новых знаний в ходе аудиторного и самообразовательного процесса. Вовлеки и создай условия для студента, и он обязательно будет открывать для себя достижения человеческого гения.

Альтернативы методологии «открытий» студентами знаний просто нет. Обычно педагогика исходит из того, что знания можно передавать от учителя к ученику. Но проблема состоит в том, что собственно знание всегда выводится только самим человеком - путем мышления, самостоятельной работы.

Воспитать творчески мыслящего человека можно, но для этого нужно ответить на вопрос «Что такое мыслящий человек?». Мыследеятельная педагогика отвечает на этот вопрос: «Человек, способный владеть своей мыследеятельностью, то есть в ситуации неопределенности способный создать такую мыслительную конструкцию, которая выступит для него средством (схемой ООД) успешного действия».

В современном обществе самой необходимой способностью становится умение учиться. Научить человека учиться самостоятельно - значит развивать его способности в процессах коммуникации и понимания, творческого мышления и действия.

Я обращаю особое внимание на организацию самостоятельной внеаудиторной работы студентов, применяя при этом разнообразные ее виды.

# Внеаудиторная работа

## СЦЕНАРИЙ КЛАССНОГО ЧАСА «ЭКОЛОГИЯ ДУШИ»

*Сиваева Г.Н. – преподаватель химии, классный  
руководитель ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*  
*Пархунова Л.А. – заместитель директора по  
воспитательной работе ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*

*Цель:* способствовать формированию сознательного отношения к половым и семейным взаимоотношениям.

*Задачи:*

- дать правдивую информацию об искусственном прерывании беременности, последствиях для физического и психического здоровья женщины, о моральной ответственности перед не рожденными детьми;
- развеять «мифы», существующие среди молодежи о безвредности абортов и способах предохранения от беременности;
- ознакомить студентов с проблемой брошенных детей;
- представить специалистов, занимающихся проблемами искусственного прерывания беременности и работниками социального приюта;

План:

### I. Вступление.

1. Вступительное слово преподавателя.
2. Вступительное слово 1 ведущего о теме классного часа, о проблемах, возникающих у молодых людей на почве половых взаимоотношений;
3. Анализ проведенного психологического теста о ценностях, преобладающих среди молодежи (психолог);

### II. Искусственное прерывание беременности и последствия для физического и психического здоровья женщины

1. Романтические отношения между мужчиной и женщиной (фрагмент из к\ф “Москва слезам не верит”);
2. Стихотворение М. Цветаевой “Еще вчера в глаза глядел”
3. Последствия сексуальных отношений молодых людей и проблема рождения ребенка (фрагмент из к\ф “Москва слезам не верит”, где героиня просит своего возлюбленного помочь ей устроиться в больницу для прерывания беременности);
4. Последствия для физического и психического здоровья женщины искусственного прерывания беременности (врач-гинеколог);

### III. Что чувствует зародыш при аборте

1. Исповедь московского врача-гинеколога;
2. Стихотворение «Остановись! Пусть он увидит солнце»;
3. Демонстрация кадров из в\ф «Безмолвный крик»
4. Стихотворение «Я – ребенок, не родившийся на свет» ;
5. Статистика по данной проблеме, «мифы», существующие в молодежной среде по данной проблеме, советы специалиста (подростковый врач-гинеколог женской консультации).

#### IV. Брошенные дети

1. Представление гостей, работников социального приюта;
2. Стихотворение «Эта работа - одна из забот»;
3. Проблема брошенных детей, причины, статистика, задачи социального приюта для детей и подростков г. Благовещенска (социальный педагог приюта и воспитатель младшей группы).
4. Вручение книг для детей младшей группы;
5. Стихотворение А. Дементьева «Уходит женщина от счастья»

#### V. Заключение.

##### *Оформление:*

На доске плакаты: «Экология души», «Материнство», «Милосердие», фотографии детей.

##### *Оборудование:*

Мультимедиа, видеоприставка, экран, к\ф «Москва слезам не верит»

#### I. Вступительное слово педагога (цели мероприятия, представление гостей)

##### *1 ведущий*

Мы хотим сегодня обратиться к вечной теме материнства и милосердия. Может быть, сегодня мы сможем вместе дать ответы на вопросы: Почему современные женщины делают так много абортов? Почему в детских приютах и домах так много брошенных детей? Виноваты в этом только ли социальная неустроенность и наша бедность? А где материнский инстинкт, присущий всему живому? Неужели человечество в погоне за призрачными благами, иллюзорными ценностями настолько очерствело, что забыло свое великое предназначение – продолжение рода, воспитание будущих поколений. Что происходит с нами?



##### Слово предоставляется психологу

(перед началом классного часа провести экспресс-опрос, в ходе которого выяснить приоритеты студентов. Например, что вы поставите на первое, второе и т.д. место: карьера, деньги, дети, семья.)

Может быть, причины следует искать именно в воспитании наших детей, в тех



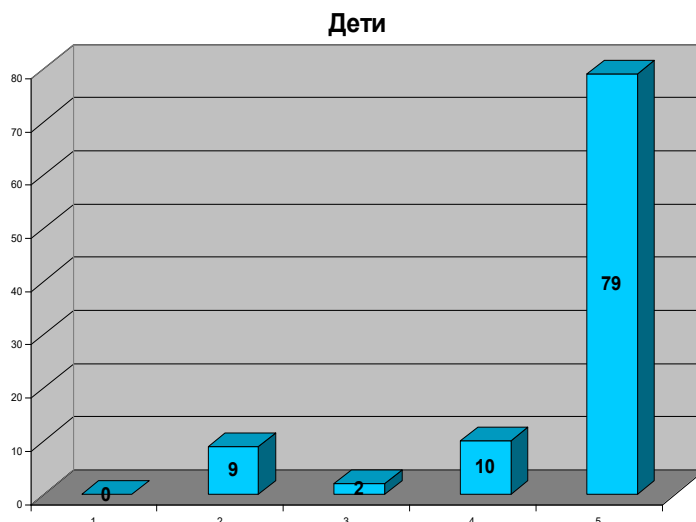
ценностях, которые формируют у них родители и окружающее общество.

С целью определения иерархии ценностей среди студентов колледжа было проведено исследование.

Результаты выглядят следующим образом (гистограмма №1). На первое место большинство опрошенных поставили такую ценность как здоровье.

2-е место занимает ценность «материально обеспеченная жизнь», на 3-е место вышла такая ценность, как друзья, на 4-ом месте – свобода, на 5-ом – счастливая семейная жизнь.

А как обстоит дело с такой ценностью, как дети? (гистограмма №2). На первое место ее не поставил ни один студент!



На 2-е и 3-е место ее поставили по 11,3% опрошенных. Следует отметить, что большое количество респондентов ставят эту ценность на места ниже 5-го. Их количество составляет 67,5% опрошенных студентов. Это очень большая цифра.

Наши подростки не осознают всю значимость этой величайшей ценности - «дети», не понимают до конца, что в детях – смысл жизни.

Итак, ценности счастливая семейная жизнь и любовь занимают у большинства опрошенных 5-е и 6-е место.

II. Почему женщины делают аборты, их последствия для женщин и не рожденных детей.

**2 ведущий:** Мужчины и женщины, романтические отношения, объяснения в любви, обещания, а потом...

(Тема начинается кадрами соблазнения героини из фильма  
«Москва слезам не верит»)

**Чтец:**

*Вчера еще в глаза глядел,  
А нынче все косишься в сторону!  
Вчера еще до птиц сидел –  
Все жаворонки нынче - вороны  
Я глупая, а ты умен,  
Живой, а я остолбенелая  
О, вопль женщин всех времен:  
«Мой милый, что тебе я сделала?!»*

*И слезы ей – вода, и кровь-  
Вода, - в крови, в слезах умылася!*

*Не мать, а мачеха – любовь:  
Не ждите ни суда, ни милости  
Увозят милых корабли  
Уводит их дорога белая  
И стон стоит вдоль всей земли:  
«Мой милый, что тебе я сделала?»*

*Вчера еще в ногах лежал  
Равнял с Китайскою державою,  
Враз обе рученьки разжал,-  
Жизнь выпала - копейкой ржавою!  
Детоубийцей на суду  
Стою – немилая, несмелая  
Я и в аду тебе скажу:  
«Мой милый, что тебе я сделала?»*

*Марина Цветаева, 1920г.*

(демонстрация кадров из фильма «Москва слезам не верит», о том, что главная героиня беременна и просит своего возлюбленного помочь ей устроиться в больницу)

Врач-гинеколог рассказывает о последствиях аборта.

### ***1 ведущий***

III. Что чувствует зародыш при аборте.

Исповедь хирурга-гинеколога была напечатана в газете «Спид-Инфо» №15/2004 г.)

Хирург-гинеколог одного из московских роддомов пришел в редакцию газеты, чтобы сказать: «Не могу больше!». За свою жизнь он сделал больше 10.000 аборт.

(Читает отец, через микрофон или записать заранее на ленту голос, желательно мужской, во время чтения на экране демонстрируются лица детей).

Говорят, если спросить людей на улице, кого они скорее пожалеют – бездомного человека или несчастную собаку, они ответят: «Конечно, животное – ведь оно даже не может попросить о помощи. Те, о ком идет речь, тоже не могут попросить за себя, но им не только не подадут на жизнь – сотрут с лица земли! За что? Да за то, что появились.

Совсем зеленые девчонки или матери семейств ежедневно ложатся под нож хирурга. И я подумал: а ведь женщина не представляет, что испытывает ребенок, который уже на 8 неделе имеет болевую чувствительность.

Аборт на сроке 8-12 недель производится с помощью ножа – кюретки. Маленькое тельце иссекается на куски, а голова ребенка в это время уже большая, не проходит через отверстие матки. Поэтому ее нужно раздавить щипцами.

В Америке, а также в других странах сейчас после 16-недельного срока с помощью длинной иглы внутрь околоплодной оболочки впрыскивается концентрированный раствор соли. Плод «вдыхает» соль и получает интенсивные ожоги. Смерть ребенка наступает в течение часа, сопровождается для ребенка сильными болевыми ощущениями. Через сутки начинаются роды, появляется на свет обожженный, ярко-красного цвета, словно обваренный кипятком ребенок. Его рот обычно открыт в гримасе.

Аборт до 18 недель производится щипцеобразным инструментом с острыми зубьями. Гинеколог захватывает часть плода и отрывает его. Это продолжается до тех пор, пока все части тела и послед не будут удалены. Медсестра должна восстановить

все части тела, чтобы убедиться, что ничего не осталось.

Аборт с помощью кесарева сечения делается на больших сроках беременности. Знаю, за деньги делают его и без медицинских показаний. Ребенок извлекается жизнеспособным и умирает сам, достаточно положить его между рамами или в холодильник.

Единственная «гуманная» смерть для плода, - мини-аборт на ранних сроках между 4-й и 6-й неделями, когда у плода нет еще болевых ощущений.

Глупо считать, что насильно можно насадить нравственность. Просто, если хоть одна женщина, узнав теперь, каково беззащитному, за которого некому просить, которого никто не любит, возьмет и пожалеет... Просто пожалеет... Спасибо ей.

(чтец читает стихотворение, на экране лица детей).

Остановись! Пусть он увидит солнце  
Услышит шум весеннего дождя  
И будет в час счастливейшей бессонницы  
Смотреть на звезды, глаз не отводя  
Тебе легко не дать ему родиться  
Тебя не станут за руки держать  
Ведь он не сможет даже защититься  
Не сможет крикнуть, встать и убежать.  
И разве не смогла б ты поделиться  
С ним миром, домом, лаской и теплом?  
И если нужно даже потесниться  
И дать ему местечко за столом  
И, может быть, ни кто другой, а этот,  
Чья жизнь на ниточке висит,  
Окажется ученым иль поэтом-  
И целый мир о нем заговорит!

**2 ведущий:** предлагаем вам посмотреть небольшой отрывок из фильма, который сняли американские ученые, введя в тело женщины миниатюрные телекамеры

(демонстрируются кадры из фильма «Безмолвный крик»)

*звучит музыка, на фоне которой воспроизводится запись детского голоса*

I.

Я - ребенок, не родившийся на свет,  
Я – безродная душа по кличке Нет,

Я – колючий холодок в душе врача.  
Узелок, людьми разрубленный сплеча.

Пусть же будет вам легко, отец и мать,  
Жить, как все, и ничего не понимать.

Все равно я вас люблю сильнее всех,  
Даже если вы забыли этот грех...

# «Я – ребенок, неродившийся на свет»



*(зажигаются поминальные свечи)*

*Подростковый врач-гинеколог рассказывает о статистике и современных способах контрацепции (данные статистики проецируются через мультимедиа на экран).*

IV. Брошенные дети.

## **1 ведущий**

Почему сейчас в детских домах, приютах больше детей, чем это было в военные и послевоенные годы? Почему взрослые люди, решив дать жизнь ребенку, не заботятся о нем? Даже не очень высокоорганизованные животные заботятся о своем потомстве, обогревая, защищая, заботятся о пропитании своих детенышей.

*(демонстрация кадров из научно-популярного фильма о родственных взаимоотношениях в животном мире).*

## **2 ведущий**

Как умиляют нас эти кадры. Так почему и зачем взрослые люди бросают своих кровных детей, которые при всем при этом любят своих мам и пап, пьяных и опустившихся, променявших все на рюмку водки.

*(фрагменты из видеофильма праздника, посвященного дню матери в социальном приюте г. Благовещенска, интервью детей младшей группы, о том, кого они больше всего любят и с кем бы хотели жить).*

## **1 ведущий**

Мы пригласили к нам на классный час директора детского приюта Фицкую С.В. и воспитателя младшей группы Косицыну О.А. Но прежде чем им предоставить слово, студентка 302 группы прочитает стихи, посвященные этим людям:

## **Чтец:**

Эта работа – одна из забот  
Просто хороших людей,  
И без нее миллионам сирот  
Было бы выжить трудней.

Эта работа – одна из забот  
Просто нормальных людей;  
Но без нее не уменьшить невзгод  
Наших любимых детей.

Эта работа – одна из забот  
Просто приличных людей.  
Надо сберечь человеческий род  
В бурях сегодняшних дней.

## **2 ведущий**

Слово предоставляется работникам социального приюта

(рассказать о своей работе, о судьбах детей, ответить на вопросы студентов).

По окончанию выступления работников социального приюта вручаются детские книги, собранные студентами колледжа.

## **Чтец:**

Уходит женщина от счастья,  
Уходит от своей судьбы  
А то, что сердце бьется часто  
Так это просто от ходьбы  
Она от сына отказалась  
Зачем ей сын в 17 лет?  
Не мучат страх ее и жалость  
Не взглянет мальчик ей вослед.  
Уходит женщина от счастья  
Под горький шепот матерей  
Ее малыш- комочек спящий  
Пока не ведает о ней.  
Она идет легко и бодро,  
Не оглянувшись на роддом  
Вся в предвкушении свободы  
Что опостылет ей потом  
И рухнет мир, когда среди ночи  
Приснится радостно почти  
Тот теплый ласковый комочек,  
Сопевший у ее груди.

А. Дементьев

**Заключение:** преподаватель предлагает самим сделать выводы, не озвучивая их, и определить, в чем смысл названия классного часа.



**СЦЕНАРИЙ ТОК-ШОУ  
«НУЖНЫ ЛИ РОССИИ РУССКИЕ ДЕТИ»**

*Михайлова Г.Д. – преподаватель ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*

*Сидоренко М.А. – заместитель директора по НМР  
ГОУ СПО «Амурский медицинский  
колледж»*

*Фроленко Е.Н. – заместитель директора по  
практическому обучению ГОУ СПО  
«Амурский медицинский колледж»*

**Ведущий:**                    *Дорогие друзья!*

Мы проводим сегодня ток-шоу на очень актуальную тему: «Нужны ли России русские дети?!»

Наши гости - журналисты российских и американских газет, представители департамента образования Администрации Амурской области, Специалисты по защите детства, детей сирот и находящихся под опекой. Мы выслушаем мнения социологов, представителей приютов и детских домов, приёмных родителей. Мы не навязываем вам определённых решений. Мы хотим понять: «Нужны ли России русские дети?»

Итак, первое слово – социологам.

**Социолог:** – Тема сегодняшнего ток-шоу не то, что актуальна, она – вопрос жизни и смерти нашей Родины - России.

**Ведущий:** Это очень высокие патетические слова. Неужели всё так серьёзно?

**Социолог:** Серьёзнее некуда. Выведите, пожалуйста, на экран диаграмму.

«Русский крест» – так учёные-демографы называют происходящее с нашей страной. Ещё в 1992 году они, как обычно, прочертили на карте народонаселения России две линии: смертности и рождаемости. И ужаснулись: впервые в истории линии пересеклись. Извечное соревнование между родильными домами и моргами выиграло последние. Мы начали вымирать.

**Ведущий:** Это очень страшные слова. Вы можете подтвердить это фактами?

**Социолог:** Раньше учёные старались сглаживать ситуацию. Слишком жуткий термин «русский крест» они смягчили на «русские ножницы».

Но эти самые «ножницы» уже 12 лет выстригают из России по миллиону человек в год.

**Журналист «Амурского комсомольца»:**

Наша газета уже второй год проводит журналистское расследование в данном направлении. Я могу подтвердить, что действительно учёные России уже ввели термин «точка невозврата». Когда нация до этой точки доходит, шансов возродиться у неё уже нет. По прогнозам демографов, к 2005 году в России вместо сегодняшних 143,7 млн. человек будут жить всего 125 млн. А в 2050 году нас останется лишь 100 миллионов.

**Ведущий:** Россия до этой точки дошла?

**Социолог:** Судя по всему, нынешнее поколение дошло. Современная молодёжь плодится в два раза активнее, чем сейчас, уже не сможет. Вся надежда на тех, кого они произведут на свет – на следующее поколение.

**Журналист:** Выведите на экран, пожалуйста, следующую диаграмму. /Прилагается/.

Согласно последней переписи населения 2002 года с лица земли и с карты России исчезли 11 тысяч сёл и 290 городов. Испарились. Вымерли. Ещё 13 тысяч деревень – почти каждая десятая – остались без жителей. Это трудно почувствовать, но очень надо. Пока мы занимаемся ежедневными делами, суедемся, выясняем отношения, в это время в России каждый день вымирает по 2 деревни. Представьте себе: каждый год в стране становится на одну губернию меньше! Сколько их у нас всего – 89?

Долго ли такое государство просуществует?

**Социолог:** Ещё один показатель – достаточность населения для удержания территории страны. Напротив нашей Амурской области, через речку, в северо-восточном Китае живут 300 миллионов человек. И на 1 россиянина здесь приходится 350 китайцев. А теория «достаточности» говорит, что перевес даже 50 к 1 вскрывает любые границы, как крышку на кипящем котле. Мы продолжаем вырождаться.

**Журналист:** Кроме того, мы стареем. Среднестатистический россиянин на 4 года старше, чем советский человек. Современному мужчине сейчас 34 года. Женщине – 40 лет. Причём, представительниц слабого пола в России уже на 10 миллионов больше, чем особей сильного. Хотя мальчиков мы рождаем даже больше, чем девочек. Но к 33 годам их становится поровну. А дальше – бабье царство. Мужики гибнут на опасной работе, в военных конфликтах, с бутылкой в подворотне. Их век – 58 лет. Женщины дотягивают почти до 72.

Медики просчитали – из нынешних пацанов, моложе 18-ти до пенсии доживут меньше половины. Зато старушек у нас будет прибавляться в любом случае. Но сильно непонятно, кто их будет кормить.

**Ведущий:** Да, я понимаю, что вы подводите нас к первой схеме. Давайте взглянем на неё ещё раз. В здоровой растущей стране поколения должны выстраивать «ёлочку» – в широком основании – молодёжь, работяги, которые кормят себя и тонкую верхушку – стариков. Россия идёт к тому, что её карта населения уже через 10-20 лет будет похожа на облако от ядерного взрыва: вверху огромный шар из стариков – самые многочисленные поколения страны, дети хрущёвской оттепели и брежневского застоя,

отправятся на пенсию. А содержать их придётся самой тощей со времён Отечественной войны прослойке – детям ельцинских и путинских реформ – «ножке» ядерного гриба. Ножка такой нагрузки может не выдержать. Загнуться. Ей же надо ещё детей рожать в 2 раза больше современных пап-мам. Или окончательно ставить крест на стране. Тот самый «русский». У меня вопрос к представителю органов защиты детства. Какова сейчас ситуация с рождаемостью в стране?

**Специалист комитета защиты детства:** К сожалению, не радужная. Сегодня россиянка в течение своего «интересного возраста» рождает в среднем лишь 1,25 ребёнка. И потому гробов в стране в 1,7 раза больше, чем детских колясок. А для того, чтобы нация не вымерла, женщине надо производить хотя бы 2,15 ребёнка. А чтобы восстановить Россию в прежних границах населения, рожать надо уже троих.

Начиная с 2000 года, блеснула надежда: рождаемость совсем чуть-чуть – на 10 %, но подпрыгнула, и линии нашего «креста» со скрежетом сдвинулись к распрямлению.

**Ведущий:** Возрождаемся?

**Специалист комитета защиты детства:** Вряд ли. С 2006 года рождаемость опять уйдёт в минус. Просто сейчас на пик детородного возраста вышли девочки андроповско- горбачёвской поры. А их много. В те годы матерям увеличили отпуск по уходу за ребёнком, а по отцам ударили антиалкогольной компанией. И народ пошёл плодиться.

**Ведущий:** Так что же делать, чтобы побежали плодиться теперь?

**Журналист:** Как что? В России пособие на ребёнка – 70 рублей. А пособие на случай смерти – 1000 рублей. Государство должно уже решить, что ему важнее: дети или покойники. И открыто об этом объявить.

**Ведущий:** Вроде всем всё понятно. Надо рожать детей и заботиться о них. Тогда они вырастут и позаботятся о нации и своей Родине. Не так ли?

**Социолог:** К сожалению, не всё так просто. Виновата бедность и беспрецедентная поляризация доходов. Четверть работников в России с трудом могут прокормить себя. А половина – себя и одного ребёнка. Причём чаще всего это люди науки, культуры, здравоохранения. Сливки нации, её «мозги». Именно их генофонд теряет страна. Даже за последние 5 лет, когда экономика России росла, разница между доходами самой бедной и самой богатой групп населения в стране увеличилась с 13,5 до 15 раз.

**Ведущий:** Да, печально. Вряд ли захочется завести ещё пару ребятешек, если болит голова, как прокормить и обеспечить одного. Выходит, у нас один выход – беречь тех детей, которые у нас уже есть?

**Директор детского дома:** В России на сегодняшний день функционирует 249 домов ребёнка, где проживает 19,3 тысячи детей. Причём увеличивается число новорождённых, по отдельным территориям страны – до 40 %. Причём уровень здоровья детей, поступающих в Дома ребёнка, резко ухудшается. К 2000 году дети, имеющие заболевания нервной системы, нарушения психики и наследственные заболевания, составили 81%.

**Специалист комитета защиты детства:** Даже в нашей Амурской области в настоящее время работают 15 социальных приютов, 29 детских домов и интернатов. В 2005 году планируется открыть ещё 2 – в селе Дмитриевка Ивановского района и в Райчихинске. Накануне 1 сентября только в благовещенском приюте находились 52 ребёнка, причём 39 из них уже имели путёвки в детские дома и интернаты. У нас почему-то не стыдно стало отдавать детей в государственные учреждения.

**Журналист:** Да, в ходе нашего журналистского расследования не раз приходилось встречаться с беспризорными детьми или детьми, предоставленными самим себе. Недавно на рынке в микрорайоне милиция задержала шестилетнего мальчика и его трёхлетнюю сестру, долгое время разгуливавших там без взрослых. Где их родители, дети не знали, но, к счастью, старший ребёнок смог назвать свою



фамилию. По ней вычислили маму. Оказалось, женщина приехала с детьми в областной центр из Зеи, нашла себе мужчину, а тому её малолетний «хвост» показался лишним - новоиспечённый «папаша» выгнал детей из дома. Мать даже не пыталась разыскать пропавших малышей!

**Ведущий:** Конечно, лишение родительских прав горе-родителей, определение в социальные приюты и дома-интернаты призваны защитить брошенных детей. И это, конечно, забота государства о своём будущем поколении. Но всем известно, что жизнь в государственных домах ребёнка – не мёд и не сахар. Ребёнку нужна нормальная семья. Часто ли усыновляют детей российские семьи?

**Социолог:** К сожалению, процент усыновлённых русскими семьями детей не очень велик. Уже не говоря об экономической обстановке в стране, существуют немало других факторов. Посмотрите на диаграмму. Недавно проведённый социологический опрос позволил сделать определённые выводы.

#### **Цифры.**

◆ В прошлом году из российских детских домов забрали 14 101 ребёнка. 7175 усыновили россияне, а 6926 иностранцы.

◆ 71 % усыновлённых российских мальчиков и девочек уехали в США, 12 % - в Испанию, 5 % - во Францию, 2 % - в Италию, 2 % - в Канаду, 8 % - в другие страны.

◆ Чаще всего из детских домов забирают детей до 3 лет.

#### **Опрос «КП»**

ПОЧЕМУ РОССИЯНЕ ТАК РЕДКО УСЫНОВЛЯЮТ ДЕТДОМОВЦЕВ?

◆ Боятся дурной наследственности – 54 %

◆ Я бы тоже не усыновил: чужой есть чужой – 17 %

◆ Чиновникам выгоднее продавать детей за границу – 13 %

◆ Я готов усыновить ребёнка из детдома – 16 %

(Опрос проведён на сайте «Комсомольской правды» – [www.kp.ru](http://www.kp.ru). В опросе приняли участие 1540 чел.)

**Ведущий:** Да, наконец, мы и подошли к вопросу – нужны ли России русские дети? Если нам не хватает детей, почему мы отдаём их иностранцам?

#### **Американский журналист:**

Позвольте мне встать на защиту наших соотечественников. Из России в Америку отдают на усыновление только детей, которые не нужны вашей стране.

По статистике 80 % усыновлённых российских детдомовцев увозят американцы. Везут они малышей не только из России, но и из Китая, Румынии, Индии, Камбоджи, Вьетнама. Почему граждане США забирают сирот со всех концов планеты? Им не хватает своих детей, американских?

В Америке нет детских домов. Нежелательные беременности – редкость. На автобусных остановках, в метро, магазинах разбросаны листовки «Ты беременна? Не хочешь этого ребёнка? Позвони нам, и мы тебе поможем!»

Если девушка забеременела слишком рано, если у неё нет денег и возможности растить своё будущее дитя, если родители выгоняют распутницу из дома, ей нужно только набрать номер телефона. Социальные работники поселят её в пансионат и будут ухаживать за ней всю беременность. Будущую маму постараются уговорить оставить этого ребёнка, а как только он родится – решение за ней. Либо она становится законной мамочкой, и тогда государство помогает ей во всём – находит жильё, работу, платит пособие на ребёнка. Либо она отказывается от новорождённого, и тогда ему находят родителей-усыновителей в считанные дни.

Для сирот постарше социальные службы находят «фостер-фэмили» – патронатные семьи. Приёмные родители не усыновляют ребёнка, он просто живёт в их доме, а они получают за это приличные деньги, их освобождают от большей доли налогов. За всё – одежду, еду, школу – платит государство, но сирота при этом растёт в

Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

настоящей семье, а не в приютском «инкубаторе», у него есть своя комната.

Вот и получается, что американцам, которые хотят усыновить кроху, найти ребёнка непросто. Детдомов нет, за сиротами выстраивается очередь. Гораздо проще приехать в Россию и выбрать себе сына или дочь.

#### **Специалист комитета защиты детства:**

Позвольте вам возразить. По вашим словам – увезли ребёнка из России – и закончились все проблемы? А как же трагическая история Вити Тулимова? Кто ответит за смерть русского ребёнка, взятого на воспитание в Америку?

**Ведущий:** Я напому всем присутствующим, что тело Вити доставили в местный госпиталь 29 октября 2000 года. Мальчик не дышал, температура его тела опустилась до 28 градусов. Врачи определили, что его сердце остановилось примерно 80 минут назад. Реаниматологам удалось запустить его. Но ребёнок умер через два дня, так и не придя в сознание. Ещё не зная всех обстоятельств дела, медики ужаснулись состоянию маленького пациента: на его теле обнаружилось около 40 синяков и ссадин.

...С родителями Вите не повезло дважды. Ему было 4 года, когда суд лишил прав на шестерых детей алкоголиков Тулимовых. Через два года для него забрезжил лучик надежды: в детский дом далёкого приамурского городка Свободный приехали американцы, каким-то чудом выбравшие его из тысяч мечтавших о маме с папой сирот.

Теперь они сидят на скамье подсудимых – грузноватые, солидные на вид люди. Работяги, исправные католики, уважаемые родители, воспитавшие четверых собственных детей. На лицах Роберта и Бренды Мэтью испуг перемешивается с обидой: да разве же для того они налетали и наездили 15 тысяч километров, потратили тысячи долларов, усыновили больного ребёнка, чтобы затем уморить его в чулане? Обвинение не поленилось доставить в суд дверь этого чулана. На ней пятна Витиной крови, принадлежность подтвердила экспертиза. Мальчик бился головой, когда его отправляли за провинности в тёмное и неотопливаемое подвальное помещение (в октябре тут, случается, подмораживает). Отправляли, видимо, частенько. Мэтью даже установили в подвале дополнительный микрофон, чтобы и там следить за мальчишкой.

Своих детей они растили в крайней строгости. С появлением в доме мальчика с расшатанной детским домом психикой все воспитательные усилия сосредоточились на нём. Виктор страдал недержанием мочи – его «лечили», как поведал суду 12-ти летний сводный брат Джонатан, холодным душем.

Приёмш кричал – ему заклеивали рот. В ход шли плётка, кнут, алюминиевые пруты и просто подзатыльники. Распространённым наказанием был принудительный бег на месте. При этом новый американский папаша держал над головой воспитуемого угрожающе занесённую бейсбольную биту. Когда уже после смерти паталогоанатомы производили вскрытие, они обнаружили в желудке мёртвого ребёнка сырые фасолевые бобы – такой была штрафная диета дома Мэтью.

Адвокаты супругов Мэтью не поленились слетать на самую китайскую границу в далёкий город Свободный и привезти оттуда историю болезни Виктора и фотографии его спившихся родителей. По версии защиты, причиной смерти мальчика стала плохая наследственность: алкогольное отравление ещё на эмбриональной стадии, будто бы заставившее провести его месяцы на больничной койке ещё до усыновления. Хотя воспитатели детского дома утверждали, что особых проблем со здоровьем у него не было. Самое главное, прокуратуре не удалось доказать, что мальчик провёл в ледяной кладовке именно последние часы перед остановкой сердца. А, значит, американская фемида не в состоянии обвинить приёмных родителей-изуверов, что переохлаждение организма мальчика последовало после их очередного «воспитательного» мероприятия.

#### **Представитель американского посольства:**

Я считаю необходимым подключиться к разговору. Бренда и Роберт Мэтью, усыновившие Витю Тулимова и ставшие причиной его трагической гибели, осуждены

американским судом за жестокое отношение к сироте. Они приговорены к 10 годам лишения свободы.

**Ведущий:** Но есть же и другие примеры трагедий с детьми, привезёнными в США из России. Вот только несколько:

Ирма Павлис из пригорода Чикаго арестована в декабре 2003 года за убийство 5-летнего Алекса.

47-летняя Наталья Хайджер (штат Массачусетс) обвинена в 2002 году в убийстве 2-летнего Захари.

33-летняя жительница города Лоуэлл (штат Индиана) Натали Фабиан Эванс убила в 2001 году полуторагодовалого приёмного мальчика.

Хитер Линдорф из городка Франклин (штат Нью-Джерси) в 2002 году предъявлены обвинения в убийстве пятилетнего Джекоба. Но суд признал его виновным в более лёгком преступлении – создании угрозы благосостоянию ребёнка.

Рене Полрейс (штат Колорадо) осуждена в 1997 году за убийство 2-летнего Дэвида.

Супруги Карен и Ричард Торн признаны в феврале 1998 года виновными в избиении в самолёте двух маленьких детей, которых они везли к себе в Аризону. Суд решил оставить приёмных девочек с Торнами.

### **Представитель американского посольства:**

Но есть же и другие примеры:

Первым из астронавтов увёз за границу русскую девочку француз Жан-Лу-Кретьен. Сейчас он женат на американке и работает в НАСА. Там, в Техасе, нашла вторую родину Света. Её мама, растившая дочь одна, умерла от тяжёлой болезни.

А новый папа 12-летнего Миши Морозова и 9-летнего Стасика Баранова был на Луне. У 74-летнего генерала Томаса Стаффорда есть две дочери и внуки, но они с женой очень хотели наследников, которые продолжили бы знаменитую фамилию. В России с усыновлением астронавту помогали его друзья-космонавты Алексей Леонов и Валерий Кубасов.

Стасик и Миша попали в детдом давно, у обоих матери- одиночки, лишённые родительских прав.

Как только Стаффорды вернулись домой, они сразу же отправили сыновей в школу. Мише учиться понравилось, а вот Стасик не раз закатывал скандалы из-за того, что в классе у него одни девчонки!

На летние каникулы Томас увозил семью на свою виллу во Флориду, но сейчас Стаффорды вернулись в Оклахома-Сити. По шесть часов в день Майкл и Стас занимаются английским, а по выходным играют в теннис и плавают в бассейне перед домом. Томас Стаффорд гордится, что его сыновья очень умные и здорово разбираются в математике.

### **Журналист «Комсомольской правды»:**

Справедливости ради я вынужден с этим согласиться. Недавно мне довелось общаться с американской девочкой- чемпионкой Параолимпийских игр - Джессикой Лонг, которую 11 лет назад звали Таней.

Она стала настоящей сенсацией Параолимпийских игр в Афинах. Для своей страны она завоевала три золотые медали. Причём последнюю из наград маленькая Джессика получила за победу в заплыве среди женщин! Эти рекорды могли стать славой России.

Биологические родители отказались от малышки ещё в роддоме их родного Иркутска. Ребёнок родился без малой берцовой кости. У малышки практически отсутствовала структура коленей и большая часть костей в ступнях. Восемнадцать месяцев крошка провела в детском доме, пока не объявились её новые родители – американцы Стив и Бет Лонг.

Помимо тяжёлобольной Тани, пара решила усыновить ещё одну кроху – мальчика Дениса с врождённым расщеплением нёба. Бывшая сотрудница органов

опеки Людмила Кукуруза, оформлявшая документы на удочерение, отлично помнит случай, когда американская семья усыновила сразу двоих детей-инвалидов:

- О состоянии здоровья Тани и Дениса мы ничего не скрывали, но Лонгов это не остановило. Стив и Бет говорили, что хотят стать родителями детям, которым действительно нужна помощь.

Уже в Америке девочке, имя которой стало писаться через дефис Джессика-Таня, ампутировали ноги от колена и подобрали протезы. Тогда она впервые начала ходить, а через пару лет - и плавать.

Кто бы мог подумать, что этот безнадежно больной ребёнок превратится в настоящую спортсменку с сильным характером и счастливой судьбой. Своих новых родителей Джессика очень любит, о чём им постоянно говорит. Правда, по-английски, русский язык она забыла.

**Американский журналист:** Вы же не можете не понимать, что у американских приёмных родителей не всё так гладко складывается с приёмными, как правило, больными и психически неполноценными детьми. Их воспитание стоит не только больших материальных затрат, но и огромного терпения и эмоциональных усилий.

**Вот только один пример:**

Родную маму Лена и Коля почти не помнят. Когда Лене исполнилось 4 года, а Коле - 2, их забрали у родителей и отправили в детский дом. Маму и папу лишили родительских прав. Брат с сестрой не видели игрушек и мультиков, их никто не учил говорить и не покупал им одежду. Лену заставляли чистить картошку и учили пить водку. А через два года Лена и Коля уже летели со своими новыми родителями в Вашингтон, обнимая больших плюшевых медведей.

Рональд Федеричи, известный в Америке детский психиатр, невропатолог, и его жена Джейн решили усыновить темноволосых и темноглазых Лену и Колю, увидев их на тусклой полароидовской фотографии на сайте детского дома. Когда все бумаги были оформлены и Федеричи выложили за своё семейное счастье 50 тысяч долларов (по 25 тысяч - за каждого ребёнка), их пригласили в Москву – забирать детей.

С самого первого дня Джейн и Рональд пытались внушить своим малышам, что теперь их никто больше не обидит, не ударит. Джейн научилась готовить борщ и лепить пельмени, Рон чмокал Лену в русские щёчки: «Мой малёнька дочка». Когда первые дни абсолютного счастья прошли и дети нагляделись мультиков по цветному телевизору, начались проблемы, Коля боялся спать без света и плакал по ночам, Лена прикрывала голову, если кто-то рядом резко взмахивал рукой.

- Лена всё время старалась что-нибудь стащить в магазине, - рассказывает Рон, - незаметно клала в карман заколочки, игрушки.

Дети не могли поверить, что еда будет всегда, они ели, пока им не становилось плохо, Коля прятал бутерброды под подушкой, а Лена – огурцы у себя в носочках.

Однажды брат с сестрой украли главное, по их мнению, сокровище на свете – папин кошелек. Рональд быстро обнаружил потерю и устроил серьёзную разборку: он велел детям отрабатывать всё, что они украли. Целый месяц Лена и Коля мыли ванну и протирали пыль. А потом Рон и Джейн придумали свою систему воспитания: дети должны были зарабатывать очки. За каждую провинность получаешь «минус», за доброе дело – «плюс». Накопится 5 минусов – ты наказан: сидишь целый день в своей комнате и делаешь двойную порцию домашнего задания и целую неделю без телевизора! Накопится 5 плюсов – выбирай себе подарок.

- Новые родители думают, что главное – завалить приёмного ребёнка мягкими игрушками и отвезти в Диснейленд, - рассуждает доктор Федеричи, - но это ошибка. Так детдомовец поймёт, что можно манипулировать добренькими дурачками-родителями, давить на жалость и обеспечить себе отличную жизнь. Ребёнку нужно с первого дня объяснить, кто главный в семье, дать понять, что нужно любить и уважать свою семью.

... Я познакомилась с Леной и Колей через 4 года после того, как они переехали

в Штаты. Лена гордо представлялась «Элейна Федеричи», отлично училась в школе, занималась танцами, болтала с американскими подружками по телефону и худела, считая калории. На зубах её сияла пластинка, исправляющая прикус. Коля, получивший в школе прозвище Кока-Коля, увлёкся историей, делал успехи в карате и говорил, что «девчонки – отстой!», таких, как мама, всё равно больше нет. Чтобы Кока не боялся спать без света, Рональд приклеил на потолок в его комнате россыпь звёздочек, которые светились в темноте.

**Ведущий:** Итак, мы отдаём наше будущее другой стране – Америке. Я хочу обратиться к директору Агенства по усыновлению: предположим, семья Джонсонов решила установить русского ребёнка, что им нужно?

**Директор:**

- Джонсоны обращаются в агентство по усыновлению в своём штате.

За ними закрепляется социальный работник, который разговаривает с их соседями, делает запрос на работе и в полиции – всё ли в порядке в семье. Психолог проводит курс подготовки родителей приёмных детей. Все документы агентство посылает в иммиграционную службу. А они - к нам, в российское агентство. Мы отсылаем их запрос в Минобразования, и специалисты подбирают ребёнка из банка данных. В банке для международного усыновления есть только те дети, которым не нашли семью в России.

Когда ребёнка находят, Джонсоны приезжают сюда. Навещают ребёнка в детдоме, общаются с ним не менее 4 дней, а психологи и соцработники наблюдают. Если всем всё нравится, назначают день суда и по суду отдают ребёнка новым родителям.

**Ведущий:** А кто потом следит, чтобы ребёнку хорошо жилось в приёмной семье?

**Директор:** Каждые полгода в семью приходит американский социальный работник, разговаривает с ребёнком, смотрит, чтобы у него было всё необходимое. И пишет отчёты. И мама с папой сдают отчёты с фотографиями регулярно. У родителей есть номер телефона экстренной помощи. Если что-то не так – они могут вызвать психолога, переводчика.

**Ведущий:** Так почему родители Вити Тулимова не справились?

- По Гражданскому кодексу иностранцам необязательно обращаться в агентство. Они могут провести независимое усыновление через знакомых. И тогда следить за судьбой русского ребёнка сложно. Возможно, так и было с Витей.

**Директор:** А что если американцы откажутся от ребёнка, что будет с сиротой?

- Тут ответственность за ребёнка ложится на американское агентство по усыновлению. Они обязаны найти ему другую семью. Это просто: желающих взять детей в этой стране много.

**Ведущий:** Итак, вроде расставлены все точки над «i». Наша нация вымирает. Родить и прокормить детей нам сложно. Уже рождённых детей может ждать судьба беспризорника или холодное безразличие пьющих родителей. Чужая страна готова принять и помочь. Но ведь в чужой стране вырастают и чужие граждане. Так, где же выход?

Давайте думать вместе. Я предлагаю аудитории проголосовать: «За» – отдавать детей в чужую страну?

«Нет» - русские дети нужны России.

**Ведущий:** Итак, итог.

За - \_\_\_\_\_

Против - \_\_\_\_\_

Я думаю, что сегодняшний разговор - лишь начало, отправная точка.

Давайте подумаем, посмотрим вокруг, обогреем хоть одного ребёнка, не обидим

своего. Глядишь, и будущее России станет светлее.  
Спасибо!

**КОГО В СТРАНЕ СТАЛО МЕНЬШЕ...**  
(в тыс. чел.)

	<b>1989 г.</b>	<b>2002 г.</b>	<b>Убыль</b>
Русские	119866	115889	-3,3 %
Украинцы	4363	2943	-32,5 %
Чуваши	1774	1637	-7,7 %
Мордва	1073	843	-21,4 %
Белорусы	1206	808	-33 %
Немцы	842	597	-29,1 %

***И КОГО БОЛЬШЕ...***  
(в тыс. чел.)

	<b>1989 г</b>	<b>2002 г</b>	<b>Прирост</b>
Татары	5522	5555	+0,6 %
Башкиры	1345	1673	+24,4 %
Чеченцы	899	1360	+50 %
Армяне	532	1130	+110 %
Азербайджанцы	336	622	+90 %
Ингуши	215	413	+90 %

# Учебно-исследовательская и научно-исследовательская работа студентов

## ТИПЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

Соколова Г. – студентка 303 группы  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»

Известный венгерский психиатр, невропатолог, психотерапевт И. Харди (1981 г.) пишет, что главная задача медицинской сестры в уходе за больными и в занятиях с ними.



Контакт с больными возникает в процессе, когда сестра проявляет заботливость, по отношению к больному, информирует его о необходимых мероприятиях, связанных с его пребыванием в клинике; следит за выполнением больными лечебных назначений, утешает его, если расстроен, успокаивает при наличии у него состояния беспокойства и т. П.; по существу, медицинская сестра мягкой и в то же время твёрдой рукой управляет поведением больного, стремится поддержать у него надежду на выздоровление. Сестра также должна помнить о необходимости соблюдения медицинской тайны и ни в коем случае не разглашать другим больным и иным посторонним лицам то, что доверительно сообщает ей больной, И то, что должно быть достоянием только медицинского персонала, связанного с процессом лечения.

И. Харди даёт описание характерологических типов медицинских сестёр. Наиболее часто встречаются:

### 1. Практический тип (сестра - рутинёр).

Тип, оставшийся в наследие от прошлого. Наиболее характерным для сестры – рутинёра является механическое выполнение своих обязанностей. Выполняет всё, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет. Такая сестра работает автоматически, безлично, не чувствуя больных; она даёт всё, упуская из виду одного самого больного. В парадоксальном случае может разбудить спящего больного, чтобы дать назначенное врачом снотворное.

### 2. Артистический тип (тип сестры «играющей заученную роль»)

Такие сёстры сознательно играют определённую роль, например благодетельницы, но нередко переходят допустимые границы, переигрывают, и тогда появляется неискренность, фальшь. Такая сестра старается произвести впечатление на больного. Подобные медицинские сестры услужливы и внимательны без меры, если хотят понравиться.

### 3. Тип нервной сестры.

Это сестра эмоционально лабильна, раздражительна, нередко груба, склонна к невротическим реакциям. Такие сёстры часто не выходят на работу по причине различных соматических расстройств, они легко утомляются, их профессиональное поведение в целом зависит от настроения.

### 4. Мужской тип (тип сестры с мужеподобной сильной личностью)

Эту сестру характеризует настойчивость, решительность, возмущение по поводу малейшего беспорядка. Однако при недостатке культуры, общего развития, недостаточной гибкости такая сестра часто ведёт себя с больными грубо, даже агрессивно.

### 5. Материнский тип (сестра материнского типа).

Эти сестры выполняют свою работу с максимальной заботой и сочувствием к

больным. Они успевают во всём, несмотря на свой возраст.

Работа для них – неотъемлемое условие жизни.

Обычно заботой о других, любовью к людям пронизана и их личная жизнь.

### 6. Сестра – «узкий специалист»

Пренебрежительно относится к медицинским сестрам общей практики. Имеет завышенную самооценку. Поведение такого «специалиста» провоцирует конфликтные ситуации.

### 7. «Смешанный» тип.

Присутствуют характеристики сразу нескольких типов.

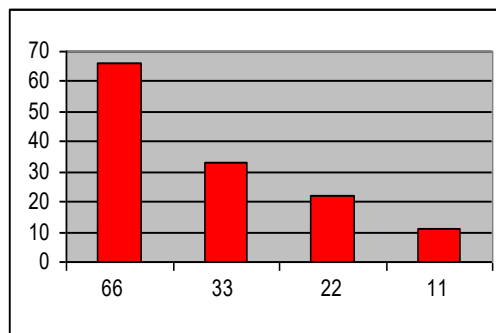
Психология медицинской сестры делающей первые профессиональные шаги, эмоционально ближе к психологии больного, в центре внимания которого стоит не объективная картина болезни, а субъективные переживания. Это помогает начинающей медицинской сестре понять, как пациент воспринимает больничную обстановку, как переносит боль, страх, неуверенность. В дальнейшем у сестёр происходит профессиональная адаптация. Однако в начале карьеры медицинские сёстры ищут доверия больных, находясь в менее выгодном положении, чем более опытные. Это недостаток проходящий, его компенсирует добросовестность. В то же время с возрастом может происходить профессиональная психическая деформация, развивается безразличие к страданиям другого человека, подсознательное уклонение от своих обязанностей.



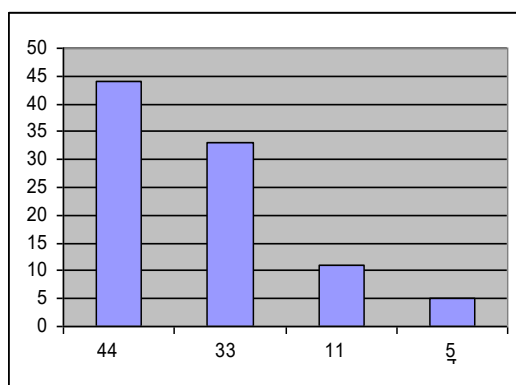
Нами проведено тематическое анкетирование пациентов и их родителей «медицинская сестра глазами пациентов». Общее количество опрошенных – 20. Результаты анкетирования следующие:

На вопрос: **«Что Вы считаете важным в работе медицинской сестры?»**

- 66% считают, что выполнение своей работы с максимальной заботой о больных;
- 33% - отличное владение манипуляционной техникой.
- 22% - способность медицинской сестры разделить чувства, потребности и интересы больного.



На вопрос **«С каким типом медицинских сестёр чаще встречаются пациенты?»**



- 44% - сестры, отлично владеющие манипуляционной техникой;
- 33% - сестры, настойчивые, решительные, нетерпимые к малейшим беспорядкам в сочетании с периодической грубостью;
- 11% - сестры услужливые, внимательные, желающие понравиться больному;
- 5% - сестры, выполняющие свою работу с максимальной заботой о больном.

На вопрос **«Считаете ли вы, что главное в работе медицинской сестры – умение**

**выполнять процедуры?»**

- 44% считают, что это главное;
- 56% - так не считают.

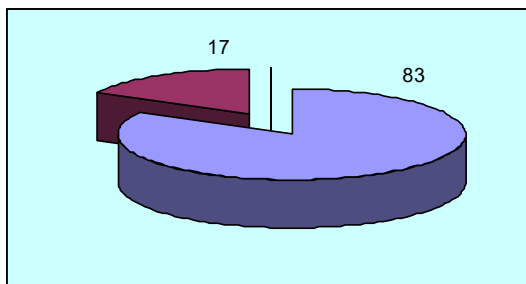
На вопрос **«Как медицинская сестра может добиться доверия пациента (родителей)?»**



- 83% ответили – умением общаться с больными;
- 17% - умением правильно выполнять врачебные назначения.

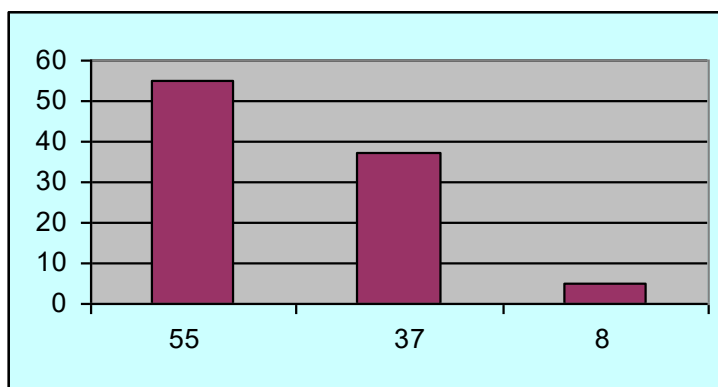
С негативными факторами в работе медицинской сестры встретились все опрошенные пациенты.

- Наиболее часто 61%, в качестве недостатка упоминают приказной тон;
- 37% - равнодушие;
- 22 % - грубость;
- 11% халатное отношение к работе.



Мнение опрошенных пациентов о том, что влияет на качество работы медицинской сестры:

- 55% считают, что это излишняя поспешность в работе;
- 37% - недостаточное внимание к пациенту;
- 8% - недоброжелательность и грубость.



Таким образом, результаты нашего опроса наглядно подтверждают, что медицинская сестра, это не только специалист, владеющий технической стороной профессии, отличный «манипулятор», а в первую очередь, как говорил Семашко «...близкий, родной человек». И если недостаточная профессиональная квалификация не всегда может быть распознана больными или его родственниками, то недобросовестное отношение к своим обязанностям, грубость, невнимательность, не только подрывает авторитет медицинской сестры, но и являются ятрогенными факторами.

### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

*Пивоварчик С. – студентка 303 группы  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

Обстановка в детской поликлинике не должна внушать страх и опасение маленьким пациентам. Чистота, уют, яркие игрушки, сказочные персонажи в холлах и кабинетах призваны вызывать у ребёнка положительные эмоции, а приветливость медицинского персонала – расположить к себе.

В кабинете врача родители должны видеть, что всё внимание педиатра и сестры уделено ребёнку. Посторонние разговоры вызывают у родителей чувство недоверия. В первую очередь следует установить контакт с маленьким пациентом.

- Никогда не путайте пол ребёнка (родители усматривают невнимание с вашей стороны и безразличие к самому дорогому для них существу).
- Всегда найдите, за что похвалить ребёнка – родителям это приятно, они расценивают это как внимание к ним, к ребёнку.
- Чем больше вы проявляете внимания к деталям жизни ребёнка, тем больше вызываете доверия у родителей.

Как только родители отметят, что малыш не сопротивляется осмотру, они тоже начинают относиться к медицинскому персоналу с доверием.

Нередко медицинским работникам приходится иметь дело с плохо воспитанными и нервными детьми, которые категорически отказываются выполнять просьбы и привыкли добиваться выполнения своих желаний криком, истерическими реакциями. В общении с ними надо сохранять внешнее спокойствие, невозмутимость, уметь твёрдо отклонить необоснованные просьбы и, не прибегая к окрикам и угрозам, переключить внимание ребёнка. Иногда приходится спокойно и аргументировано убеждать и мать в необоснованности претензий. Спокойный тон – путь к доверию, возбуждённый, раздражённый – нарушает взаимный контакт. Отсутствием такта, грубостью можно навредить, даже выполняя все предписания врача.



В процедурном кабинете недопустимо приготовление инструментов в присутствии ребёнка. Выполняя неприятные для ребёнка манипуляции и процедуры, сестра должна отвлечь его внимание разговором, неожиданным восклицанием. Некоторые дети лучше ведут себя, когда сестра, проявляя доброту и участие, ещё строга и требовательна. Дети чувствуют, что здесь не может быть возражений. Говорить ребёнку о том, что укол будет совершенно безболезненный, недопустимо: ребёнок после инъекции разоблачит ложь. Это может в дальнейшем вызвать недоверие к медсестре. Ребёнок любого возраста – это личность, которая нуждается в понимании и уважении, правдивом, бережном отношении к себе со стороны взрослых.

Основной задачей участковой медицинской сестры является неспецифическая профилактика, которая, как известно, действеннее, но труднее достигаемая, потому что напрямую связанная с образом жизни. И здесь главная роль принадлежит патронажам.

Что такое патронаж, в чем его суть? Слово «патронаж» означает покровительство. Поэтому настоящий патронаж не возможен, если медицинская сестра не видит ребенка и не общается с ним. Если сестра бежала по улице, увидела маму со своего участка с коляской и на ходу спросила, как дела, а мама ответила, что все хорошо, это еще не значит, что медицинская сестра осуществила патронаж.

Патронаж – это когда сестра идет в семью с определенной программой, соответственно подготовившись, зная на что нужно обратить внимание, ответы на какие вопросы обязательно следует получить.

При посещении ребёнка на дому сестра становится объектом изучения и наблюдения со стороны семьи. Установление контакта является очень важной, порой и сложной задачей. Родители судят о сестре и её профессионализме по внешнему виду, опрятности, манере держать себя, умении найти контакт с ребёнком. Выполняя служебные обязанности, сестра не должна забывать элементарных правил культуры поведения: перед входом в квартиру очищать обувь от грязи, приветливо здороваться, мыть руки, не вносить лишнего беспокойства, находить пути подхода к ребёнку. От медицинского работника не должно исходить раздражающих запахов духов и

табачного дыма. При беседе с матерью необходимо учитывать, что она может забыть или не понять рекомендаций. Взмолненным и несосредоточенным родителям следует повторить или записать сказанное в виде памятки.

Занимаясь профилактической работой, медицинская сестра должна не только научить семью тому, как сохранить здоровье ребенка и предотвратить возникновение какого-либо заболевания. Она еще обязана выполнять и адвокатскую функцию – защищать ребенка от вредного воздействия окружающей среды, от неадекватных медицинских вмешательств, а иной раз от его собственных родителей.

Приведу такой пример. Времена тотального дефицита канули в Лету, глаза разбегаются при виде ярких, красивых этикеток, и рекламных щитов. Однако пока наше общество трудно назвать обществом цивилизованного потребления, и очень часто родители самостоятельно выбирают для ребенка продукты, которые должны назначаться исключительно специалистами. Поэтому детская медицинская сестра должна объяснить родителям, что все лекарственные препараты, в том числе от насморка, кашля, боли в горле и т. д. должны назначаться врачом - педиатром и только с его разрешения могут происходить изменения в лечении и питании грудного ребенка.

Кроме того, медицинской сестре следует помнить, что любые рекомендации, будь они самые прогрессивные, должны учитывать социальное положение семьи. Сестра должна помочь семье из огромного количества предлагаемых на рынке детских товаров и услуг сделать выбор, который обеспечил бы наилучшее соотношение цена – качество.



Иногда возникают ситуации, когда работа медицинской сестры может оказать решающее воздействие на судьбу ребенка. Одни будущие мамы ждут мальчика, другие – девочку, кто-то хочет вырастить балерину, кто-то академика, но никто не ждет неполноценного ребенка. Генетическое консультирование у нас не принято проходить, да и не везде есть такая возможность. Кроме того, неполноценность может носить не генетический характер - мы ведь живем в экологически неблагоприятной обстановке. Иногда будущая мать, заболев в период беременности, принимает некоторые медицинские препараты, которые опасны для будущего ребенка. И в случаях, если ребенок родился неполноценным, от работы медицинской сестры во многом зависит то, как семья переживет трагедию.

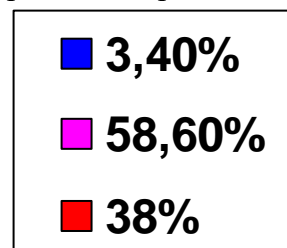
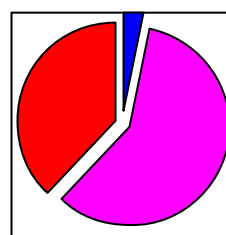
Для того чтобы такая деятельность была успешной, медицинская сестра должна владеть ситуацией и быть убедительной, а родители в свою очередь, должны быть уверены в том, что она искренне заинтересована в судьбе ребенка, а ее работа – забота о его здоровье.

Для этого ей необходимо много знать и уметь. Ей следует, во-первых, постоянно изучать семью и ребенка, задавать вопросы, получать информацию, анализировать, выявлять факторы риска, обучать и объяснять, как уменьшить их влияние. Она должна обладать коммуникативными навыками, знать принципы системы опросов.

Где участковой медицинской сестре взять время и, главное, где взять внутренние силы, чтобы уделить столько внимания каждой семье и каждому ребенку?

Профессиональная медицинская сестра всегда сможет правильно организовать свой рабочий день, распределить силы и время, вовремя и четко вести необходимые записи, звонить, узнавать и контролировать важные детали жизни детей своего участка.

Студентами АМК проведено анкетирование 30 матерей, имеющих детей грудного возраста.



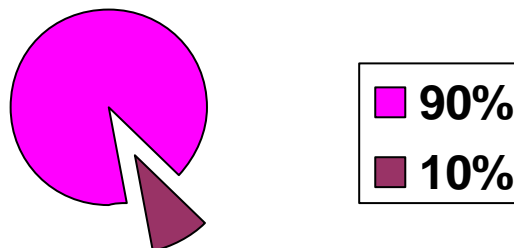
Из данных анкет следует, что у 96,6 % женщин проводились дородовые

патронажи. Из них двукратно – 58, 6 %.

После выписки из родильного дома медицинская сестра посетила новорожденного ребёнка в первые два дня в 100 % случаев.

86 % матерей считают, что их участковая медицинская сестра квалифицированная и заинтересованная в своей работе. 14 % - считают, что их М/С – формально относится к своей работе.

90 % родителей отметили, что медицинская сестра при проведении патронажей выполняет правила культуры поведения (т.е. снимает верхнюю одежду, моет руки); и 10 % - не выполняют эти правила.



Без сомнения работа детской участковой медицинской сестры – это работа творческая. Хорошая детская медицинская сестра – не только медик, но и педагог, психолог.

Все практические советы, которые отражены в докладах, представлены в памятках «Психология общения», которые подготовили студенты АМК.

## **БОЛЕЗНЬ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЁНКА**

*Бориско М. – студентка 303 группы  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

**Госпитализация** – это серьёзная психологическая травма для любого человека, особенно для ребёнка. Медицинская сестра должна знать, какое поведение ребёнка следует считать нормальным, а какое – отклонением от нормы или указывающим на то, что он испытывает дискомфорт, боль, страх и др. Она обязана принять все необходимые меры, чтобы уменьшить эту травму.

**Варианты реакции детей на госпитализацию в зависимости от возраста.**

### **1. Реакция детей грудного возраста**

Грудные дети полностью зависят от людей, которые за ними ухаживают. Смена обычного окружения создаёт у них атмосферу недоверия и опасности. Медицинская сестра должна помнить, что ребёнок в этом возрасте боится посторонних и разлуки с родителями.

➤ Реакция на госпитализацию считается **нормальной**, если на дискомфорт ребёнок раннего возраста реагирует плачем и беспокойством, увеличением потребности в сосании.

➤ Реакция считается **тяжёлой**, если отмечается значительная потеря аппетита, отсутствие реакции на посторонних, снижение двигательной активности, удлинение сна.

Если ребёнок госпитализирован с матерью, сестра должна помочь ей справиться со стрессовой ситуацией и переутомлением, обучить рациональному уходу



и организовать питание ребёнка.

Чтобы предотвратить тяжёлую реакцию **Медицинская сестра должна:**

- научиться понимать причину плача;
- не проводить травмирующих процедур в кроватке ребёнка (она должна оставаться для него безопасным убежищем);
- чаще брать его на руки, заворачивать в одеяло, нежно ласкать, укачивать перед сном и когда он плачет;
- разговаривать, напевать ему тихо песни, вступать в зрительный контакт в ходе общения;
- предложить ребёнку соску, полностью удовлетворять возросшую потребность в сосании;
- чаще менять положение ребёнка, если возможно, использовать детский стульчик или ходунки;
- обеспечить ребёнка безопасными цветными игрушками, соответствующими его возрасту.

### **2. Реакция детей от 1-го до 3-х лет.**

Дети этого возраста чувствуют себя в безопасности, когда соблюдаются привычные для них стереотипы жизни: режим дня, привычная еда, способы ухода. Сестра должна выяснить об этих особенностях у родителей. Наибольший страх вызывает у детей этой возрастной группы разлука с родителями и изоляции.

➤ Реакция на госпитализацию считается **нормальной**, если ребёнок не хочет общаться ни с кем, кроме матери, громко плачет во время лечебных процедур. Когда мама уходит, ребёнок становится агрессивным, выбрасывает игрушки из кроватки.



➤ Реакция на госпитализацию считается **тяжёлой**, если ребёнок избегает контакта, закрывает голову руками, длительно монотонно плачет, становится абсолютно пассивным или очень агрессивным, не реагирует на боль. В тяжёлых случаях может наблюдаться фиксированный взгляд в пространство, длительный сон.

**Медицинская сестра должна:**

- убедить родителей в том, чтобы они проводили как можно больше времени с ребёнком;
- если родители уходят, они должны предупредить об этом ребёнка и быстро уйти;
- обеспечить ребёнка соответствующими его возрасту игрушками;

### **3. Реакция детей от 3-х до 6-ти лет**

Дети, как правило, реагируют негативной реакцией на расставание с родителями. В отличие от детей младшего возраста, дошкольники могут выразить свои проблемы словами.

➤ Реакция на госпитализацию считается **нормальной**, если отмечается снижение аппетита, он скучает по родителям, трудно вступает в контакт, сопротивляется процедурам.

➤ Реакция на госпитализацию считается **тяжёлой**, если ребёнок становится замкнутым, его преследуют тяжёлые сны и фантазии, отмечаются вспышки гнева и агрессии.

**Медицинская сестра должна:**

- дать ребёнку возможность высказать свои страхи и фантазии;
- обеспечить игрушками и играми в соответствии с возрастом;

- при подготовке к процедурам использовать терапевтическую игру;
- обеспечить частый контакт с родителями.

### **1. Реакция детей от 6-ти до 12 –ти лет**

Дети реагируют на госпитализацию более адекватно, но не всегда понимают, что с ними происходит. Больше всего они боятся потери друзей, неизвестности и независимости, всё ещё нуждаются в присутствии родителей, скучают по дому.

➤ Реакция на госпитализацию считается **нормальной**, если они отрицают свою болезнь, хуже спят, в играх утрачивают чувство меры, проявляют склонность к грубым играм, сопротивляются лечению, нуждаются в поддержке родителей.

➤ Реакция на госпитализацию считается **тяжёлой**, если они гиперактивны, их беспокоят бессонница и ночные кошмары и отсутствие желания выздороветь.

#### **Медицинская сестра должна:**

- создать атмосферу доверия;
- попросить ребёнка выразить свои тревоги посредством рисунка;
- создать круг общения со сверстниками;
- при подготовке к инвазивным процедурам использовать терапевтическую игру.

### **2. Реакция детей от 12-ти до 17 лет**

Дети реагируют на госпитализацию, в основном, адекватно, так как владеют многими механизмами преодоления стрессовых ситуаций. Но они больше всего боятся изменения в своей внешности в связи с заболеванием, потери независимости, ослабления дружеских отношений со сверстниками. Подростков может преследовать страх неизвестности, **смерти**.

➤ Реакция на госпитализацию считается **нормальной**, если они просят о помощи, рассказывают о том, что у них болит, выражают нетерпение и непослушание, не признают авторитета врача и сестры, не подчиняются внутреннему распорядку.

➤ Реакция на госпитализацию считается **тяжёлой**, если они безразличны к своему заболеванию, замкнуты, не верят, что больны, проявляют апатию.

#### **Медицинская сестра должна:**

- доверительно обсудить с ребёнком состояние его здоровья;
- поощрять самоуход;
- обеспечить продлённый сон и достаточный отдых;
- организовать общение со сверстниками;
- поддерживать положительные эмоции;

С целью снижения психотравмы целесообразно использовать терапевтическую игру. Терапевтическая игра применяется в педиатрической практике в процессе подготовки к манипуляциям, операциям, лечебно-диагностическим процедурам во время болезни.

#### **Цель терапевтической игры:**

- предотвратить тяжёлую реакцию ребёнка на госпитализацию;



#### **При подготовке к процедурам необходимо:**

1. Предварительно рассказать о предстоящих вмешательствах на понятном ребёнку языке, используя при этом предметы ухода и манипуляционной техники, поиграть с ним тематическими игрушками (детским фонендоскопом, термометром, шприцем и пр.)

2. Потом объяснить ребёнку, что от него потребуется и как ему себя вести во время предстоящего вмешательства, рассказать, что он увидит и почувствует в ходе его проведения. Можно проиграть с ним ход процедуры.

3. Если во время процедуры планируется присутствие родителей, то нужно обучить их правильному поведению и общению с ребёнком во время медицинских манипуляций.

Этапы подготовки детей различного возраста к предстоящим медицинским мероприятиям с помощью терапевтической игры отражены в памятках, которые подготовили студенты АМК.

### **СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

*Ляндау Е. – студентка 402 группы  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»*

В связи с социально-экономическими изменениями, происходящими в обществе в течение последних трех десятилетий, проблема исследования синдрома выгорания встала особенно остро. В обществе происходит изменение отношения людей к работе, возрастают требования к представителям коммуникативных профессий. Люди теряют уверенность в гарантированном рабочем месте, обостряется конкуренция за престижную работу, нарастают явления специализации.

В современной науке существует более 60 определений синдрома профессионально выгорания. Но все они сводятся к тому, что «выгорание» - это специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми.

По определению К. Маслач, выгорание представляет собой синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к клиентам.

Зона риска профессионального выгорания объединяет все профессии, предполагающие постоянное тесное общение: медицинские работники, учителя, служащие офицерского состава, руководители. Согласно результатам исследований у представителей медицинских профессий чаще, чем у других специалистов встречается синдром выгорания. Объяснить такое положение дел очень просто. От медицинских работников требуется высокая мера ответственности за результаты своей деятельности. Труд медицинских работников требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психо-эмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях.

Развитию синдрома «выгорания» предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах. Но затем наступает истощение – чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. Частыми являются следующие жалобы: «Я чувствую себя как выжатый лимон», «Работа высасывает из меня все силы». У медицинского работника проявляется психологический стресс, для которого характерны следующие признаки:

- Невозможность сосредоточиться на чем-то;
- Слишком частые ошибки в работе;
- Слишком частое возникновение чувства усталости;
- Отсутствие прежней радости от работы.

Стрессогенные факторы применительно к медицинскому персоналу могут вызвать следующие виды стрессов, типичные для сестринского персонала: постоянный эмоциональный контакт с большим количеством людей, нуждающихся в помощи; постоянный контакт со смертью; материальные затруднения; монотонная работа; Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

перегрузки; сменная работа.

Обобщая стрессогенные факторы, можно выделить следующие **группы стрессов**, типичные для сестринского персонала.

**1. Стрессоры, вызванные условиями сестринского труда.**

**2. Возникающие по личным причинам.**

**3. Провоцируемые администрацией.**

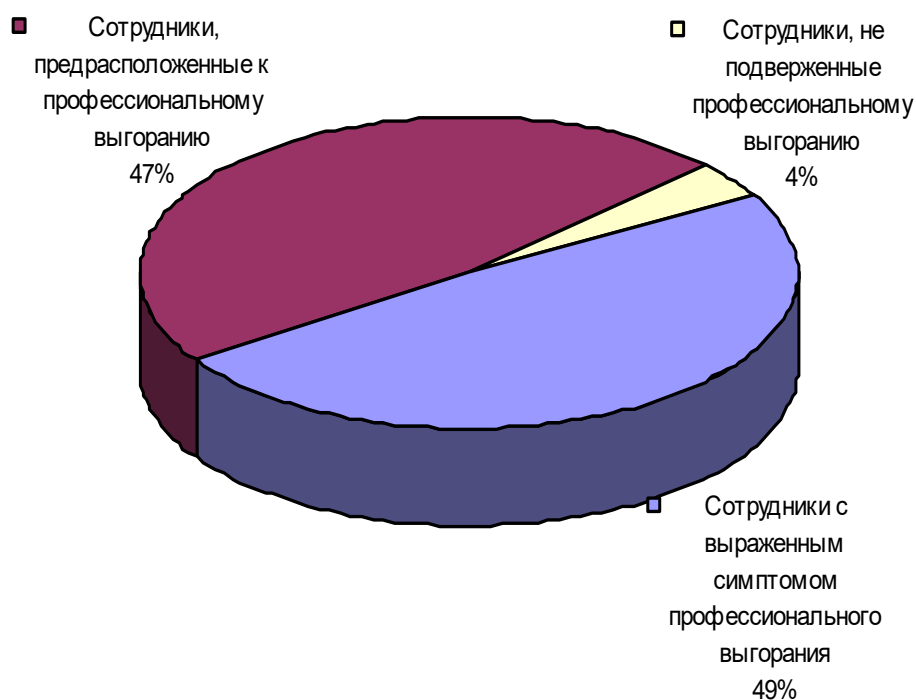
**4. Возникающие при общении с коллегами.**

Синдром профессионального выгорания имеет 3 стадии. На первой стадии человек истощен эмоционально и физически и может жаловаться на простуду, головные и другие боли.

На второй стадии выгорания характерны два набора симптомов: может возникнуть отрицательное, циничное и обезличенное отношение к людям, с которыми работаешь, или могут возникать негативные мысли относительно себя из-за чувств, которые возникают к пациентам. Чтобы избежать этих негативных чувств, человек уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы и не хочет ни с кем ссориться.

Третья стадия (полное выгорание) обнаруживается не так часто, выливается в полное отращение ко всему на свете. Человек обижен на себя и на все человечество, жизнь кажется неуправляемой. На первых двух стадиях выгорания индивидуум может восстановиться, но полностью выгоревший человек, вероятно, не изменится.

Студенты и преподаватели Амурского медицинского колледжа провели исследования с целью выявления предрасположенности и наличия синдрома профессионального выгорания у медицинских работников среднего звена г. Благовещенска и студентов Амурского медицинского колледжа. Результаты исследования представлены на гистограмме: 49 % сотрудников городских больниц имеют симптомы профессионального выгорания, 47 % предрасположены к появлению синдрома, 4 % - не подвержены профессиональному выгоранию.



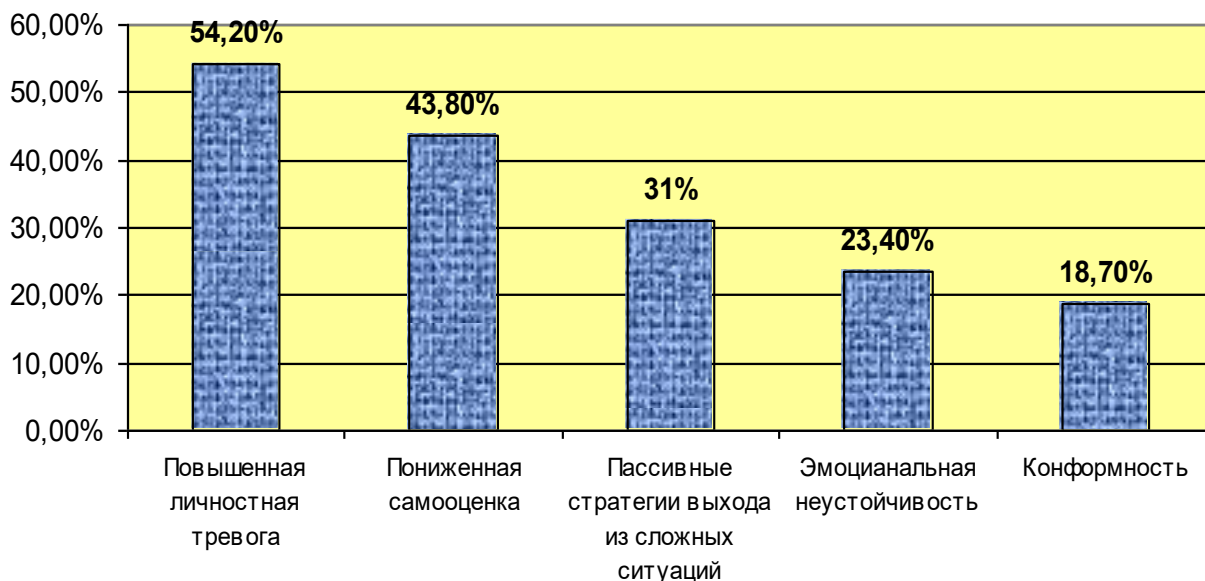
Второй этап исследования предполагал изучение личностных особенностей медицинских работников, имеющих симптомы профессионального выгорания. Среди личностных особенностей яркую выраженность имеют:

**1. Повышенная личностная тревога.**

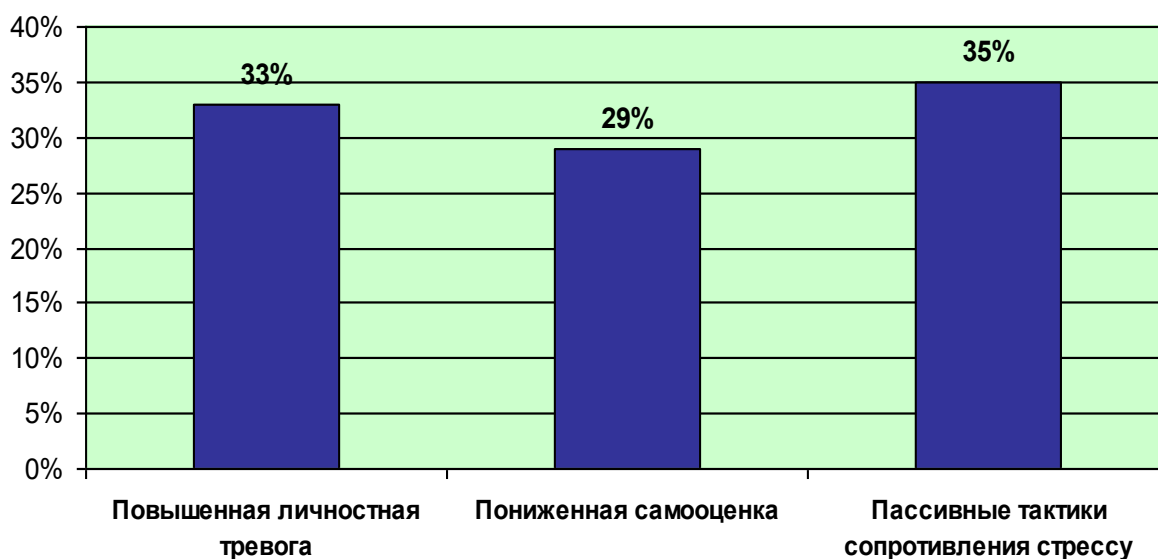




2. Пониженная самооценка.
3. Нежелание искать выход из сложных ситуаций.
4. Эмоциональная неустойчивость.
5. Конформность (мягкость, кротость, услужливость).



Третий этап исследования позволил выявить студентов Амурского медицинского колледжа, подверженных риску раннего проявления синдрома профессионального выгорания, исходя из личностных особенностей.



По результатам исследования выявлено, что 29 % студентов характеризуются пониженным уровнем самооценки, 33 % из числа опрошенных имеют повышенный уровень личностной тревожности, 35 % студентов характеризуются пассивными тактиками сопротивления стрессу.

Таким образом, уже студенты старших курсов медицинского колледжа, имеющие конкретные личностные особенности, могут быть подвержены раннему проявлению синдрома профессионального выгорания.

«Выгорание» опасно не только для конкретной личности, оно имеет социальные последствия: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к выполнению задач, увеличивается число конфликтов на работе и дома, часты прогулы, наблюдается переход на другую работу, смена профессии. Растет число профессиональных ошибок.

Поэтому нашей задачей было не только выявление медработников, Из опыта работы преподавателей сестринского дела в педиатрии

подверженных данному синдрому, но и поиск путей его предотвращения.

Ведущим фактором его предотвращения считают **индивидуальную выносливость**, которая защищает нас от напряжения двумя способами: путем изменения восприятия стрессовой ситуации и путем включения защитных механизмов, которые подразделяют на *адаптивные* и *неадаптивные*.

*Адаптивные механизмы* предполагают:

— Контроль над чувствами и эмоциями.

*Неадаптивные механизмы* – это увеличение потребления кофеина, курение, переедание, употребление алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов; а также любое другое действие, которое либо гасит отрицательные эмоции, либо направлено на уход от проблемы. Неадаптивные методы могут помочь снять напряжение на какое-то время, а могут обернуться новыми проблемами – болезнями, лишним весом, выработкой зависимости от сильнодействующих средств и т.д.

Итак, в заключении мы разработали рекомендации по профилактике синдрома выгорания для студентов колледжа, а также для медицинских работников, уже подверженных синдрому.

Мы считаем, что система работы по профилактике проявления синдрома выгорания у медицинских работников должна складываться из следующих этапов: диагностика, работа структурных подразделений по профилактике выгорания, самовоспитание, работа социально-психологической службы.

#### ***Наши рекомендации следующие:***

1. Постоянно проводить диагностику медработников и студентов с целью изучения личностных особенностей, влияющих на формирование синдрома профессионального выгорания.
2. Систематически информировать студентов и медицинских работников о наличии методик релаксации, саморегуляции поведения.
3. Проводить тренинги, способствующие развитию личности.
4. Способствовать созданию благоприятного климата в коллективе, стимулировать ситуацию успеха.

# Творчество преподавателей

## **НЕКОТОРЫЕ РЕЦЕПТЫ ИСПОЛЬЗОВАЛА ЕЩЕ МОЯ БАБУШКА**

Публикация Кривошапкиной Л.В.  
в журнале «Домашний  
доктор»

Меня зовут Лариса Витальевна. По специальности я врач-педиатр. Более 20 лет преподаю в медицинском колледже. У меня есть несколько интересных рецептов, которые использовала еще моя бабушка. Буду рада, если они кому-то принесут пользу.

*При заболеваниях сердца помогает изюм.* Принимать его нужно по строгой схеме. На весь курс потребуется 2 кг изюма, желательно светлого. Первый килограмм нужно есть по 40 изюминок ежедневно утром натощак (хватит примерно на 3 месяца). Затем начните убавлять ежедневно по одной изюминке' (39, 38, 37 и т. д.), пока не останется 10 изюминок на один прием. Доедаем весь килограмм по 10 штук ежедневно. Обратите внимание, что этот рецепт не годится тем, кто страдает сахарным диабетом.

*При больном сердце* также хорошо помогают конфеты из сухофруктов. Для их приготовления возьмите по 200 г кураги, инжира, изюма, ядер грецких орехов, 2 небольших лимона и несколько ложек засахаренного меда. Сухофрукты промойте, пропустите через мясорубку вместе с орехами и лимоном (с кожурой, но без семечек). Все смешайте, добавьте мед и скатайте из получившейся массы небольшие шарики. Можно их обвалить в какао, кокосовой стружке или крошках печенья. Храните в холодильнике. В день можно съедать по 3-5 штук.








Этот рецепт также нельзя использовать больным сахарным диабетом.

*При болях в горле* помогает ягодный кисель. Варить его нужно в таком количестве, чтобы выпить за один раз, еще горячим. В течение дня необходимо выпить 3-4 стакана такого киселя. Себе я чаще всего готовлю лечебный кисель из брусники.

*От кашля* хорошо помогает жженый сахар. На чистую сухую чугунную сковороду насыпьте тонким слоем сахар и поставьте на средний огонь. Как только сахар растопится, налейте в сковороду теплую воду и дайте несколько раз вскипеть. Жидкость (она не должна сильно горчить) слейте в кружку, остудите и делайте из нее по 3-4 глотка каждые 2 часа. Взрослым на 7 стакан жидкости можно добавить 2-3 ст. ложки кагора.

## **ИЗ ОТВЕТОВ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ «УХОД ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ», «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ».**

Кривошапкина Л.В. – преподаватель  
ГОУ СПО «Амурский  
медицинский колледж»

-  Выбухание пупка из ранки.
-  Осложнение ветряной оспы - ветряная менингококкцемия.
-  На коже конъюнктивы.
-  Многоразовая беременность.
-  Введение противодифтерийной сыворотки по методу Даниленко.
-  Кости мозга.
-  В желудок - через пуповину.

- 📄 Желудок переходит в прямую кишку.
- 📄 Трахея переходит в желудок.
- 📄 Менингеальный симптом: «Отбрасывание головы».
- 📄 Физиологическая желтуха новорожденных появляется к концу года.
- 📄 Анемия развития матки.
- 📄 Когда ребенок спит, у него поднимается живот.
- 📄 Стеноз - это стенка носа
- 📄 Возбудителем ветряной оспы является больной человек.
- 📄 Энтеробиоз - это воздушно-капельная инфекция.
- 📄 Слизь из верхних дыхательных путей отсасывают электронасосом.
- 📄 Менингеальный симптом: «Голову запрокидывает на плечи».
- 📄 Температура воды для гигиенической ванны ребенку I -го года жизни - +4°.
- 📄 Физический метод охлаждения при гипертермии - мокрая пеленка к пяткам.
- 📄 Диета больного сахарным диабетом - орбит без сахара.
- 📄 В матке ребенок находится в собранном состоянии.
- 📄 Уложить больного на твердую поверхность, чтобы искривина выпрямилась.
- 📄 Уборка родильницы - это мытье половое.
- 📄 Уши принимают участие в акте дыхания.
- 📄 Хрящевая мускулатура.
- 📄 Подготовка мамы и новорожденного ребенка к первому кормлению – ребенку почистить зубы, а маме прокипятить соски.

Мы пришли сюда не зря,  
Здесь мы учимся, друзья!



Как детей  
запеленать!



Как носы  
им вытирать,



Не забудем про лечение,  
хоть оно для нас мученье.



В руки шприц потом возьму  
И больного приглашу,



Почему я встал у стенки,  
У меня дрожат коленки,  
Стал бледнее, чем побелка,  
Руки ходят ходуном,





Ну-ка, друг, давай вдвоем!



Шутки в сторону,  
друзья,

Все ж учились  
мы не зря!







Поиграем в хоровод,



Всем лекарства раздадим,

Всех излечим, исцелим!



*Автор стихотворений и  
фотографий Кривошапкина Л.В.*

# На практических занятиях



# *Итоговая государственная аттестация*



# Теоретический семинар для преподавателей клинических дисциплин

## "Атеросклероз"



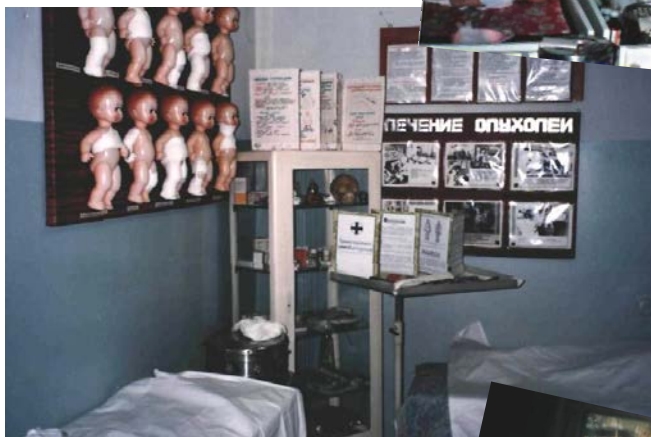


# *Педагогические чтения "Единая методическая система колледжа"*





# ГОТОВИМ



# профессионалов

