

ная) и макароны. Овощи, фрукты регулярно употребляют лишь 6% опрошенных, не употребляют 8-10%, остальные – редко.

По сравнению с сельской и арктической зонами респонденты из промышленной зоны питаются в основном в соответствии с гигиеническими рекомендациями.

Результаты ответов респондентов на вопросы «Ваше отношение к алкоголю» показали, что не употребляют алкоголь: в сельской зоне – 44,7%, арктической – 35,2% и промышленной – 21,3%; употребляют по праздникам: в сельской – 42,8%, арктической – 35,2% и промышленной – 62,2%; часто употребляют: в сельской – 9,2%, арктической – 15,4% и промышленной – 16,5%.

Наиболее высокая частота курения отмечалась в арктической зоне (51,5%) в сравнении с промышленной и сельской зонами (39 и 33% соответственно).

При сравнительном анализе ответов на вопросы блока «Медицинская активность семьи» выявлено, что в случае болезни чаще обращаются за помощью к медицинским работникам респонденты промышленной и сельской зон (84,8 и 77,1% соответственно) в отличие от опрошенных арктической

зоны (63,8%). В то же время каждый четвертый житель арктической зоны вынужден лечиться самостоятельно и 2,6% обращаются к услугам народной медицины. Основными причинами низкого уровня посещения лечебно-профилактических учреждений являются недостаточная укомплектованность медицинскими кадрами, слабая материально-техническая база учреждений первичного звена здравоохранения, отсутствие круглогодичной устойчивой транспортной связи между населенными пунктами и их отдаленность от районного центра.

Корреляционный анализ по Спирмэну выявил, что на формирование БСК влияют такие факторы, как возраст ($p < 0,01$), материальная обеспеченность ($p < 0,05$), занятость ($p < 0,01$), семейное положение ($p < 0,05$), должность ($p < 0,05$), вид деятельности ($p < 0,05$), жилищные условия ($p < 0,05$), употребление мяса ($p < 0,05$), фруктов ($p < 0,05$), курение ($p < 0,01$), употребление алкоголя ($p < 0,05$). Все перечисленные факторы относятся к группе социально-экономических факторов.

Заключение

Результаты проведенного одномоментного выездного исследования по-

казали, что наиболее значимыми социально-гигиеническими факторами, влияющими на формирование болезни системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста, являются: незанятость населения, материальное неблагополучие, условия проживания, наличие вредных привычек, качество питания. Несмотря на более благоприятные условия проживания в промышленной зоне в сравнении с сельской и арктической зонами уровень пораженности БСК несколько выше, что, возможно, связано с трудностями адаптации пришлого населения к экстремальным климатогеографическим и новым для них социально-экономическим условиям.

Литература

1. Егорова А.Г. Смертность населения РС(Я): динамика, причины и структура / А.Г. Егорова // Якутский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 50 – 52.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
3. Особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца и ее факторов риска в Якутии / К.И. Иванов, Т.М. Климова, В.П. Алексеев, В.Г. Кривошапкин. – Якутск: СМЫК-MASTER, 2008. – 136 с.
4. Тырылгин М.А. Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера: на примере региона Якутия / М.А. Тырылгин. – Новосибирск: Наука, 2008. – 304 с.

Д.А. Алексеев, С.Г. Васильева

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ

В декабре 2008г. в г.Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский съезд средних медицинских работников под эгидой Ассоциации медицинских сестер России с девизом «Будущее профессии создадим вместе! Образование, профессионализм, качество». Вопросы, которые поднимались на съезде и принятые решения повлияли на отечественное здравоохранение, стали стимулом повышения качества медицинского труда.

Данный большой Всероссийский форум средних медицинских работников прошел в период, когда национальный проект «Здоровье» стал общегосударственной реальностью. Рассмотренные на съезде вопросы способствуют:

- содействию повышения качества и общедоступности медицинской помощи населению РФ и улучшению показателей здоровья населения;
- оказанию помощи в повышении квалификации, решение других вопро-

сов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников

- консолидации сестринской профессии, повышение ее престижа и авторитета;
- содействию, внедрению и поддержанию высоких стандартов сестринского дела;
- поддержке самосовершенствования медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, фельдшеров-лаборантов.

Вопросы, поднятые на съезде, окажут влияние на систему здравоохранения, на формирование национальной концепции здравоохранения и на совершенствование сестринского профессионального образования.

Современные условия диктуют образовательным учреждениям необходимость подготовки конкурентоспособных выпускников, их трудоустройства и закрепления на рабочем месте. Реализация этих задач возможна только при развитии системы социального партнерства между колледжем и лечебно-профилактическими учреждениями. Научную и организационную основу системы социального партнерства кол-

леджа с учреждениями здравоохранения составляют согласование целей и содержания подготовки специалистов, координация педагогических действий руководителей, преподавателей и организаторов практического обучения, связь теории с практикой. Одной из таких форм деятельности является подготовка специалистов для конкретного лечебно-профилактического учреждения.

Новые аспекты в подготовке кадров можно сформулировать следующим образом:

- обеспечить качество образовательного процесса через эффективную систему управления качеством и системой контроля качеством;
- подготовить будущих специалистов с учетом потребности заказчика;
- учесть личностные качества и интеллектуальное развитие студентов;
- модифицировать систему обратной связи с учреждениями здравоохранения, с целью выявления удовлетворения конкретного учреждения здравоохранения-заказчика в необходимом кадровом потенциале и выпускника как личности в его профессиональном самоопределении;

- проводить анализ уровня профессиональной подготовки молодых специалистов, их адаптации на рабочем месте.

Современный медицинский работник среднего звена должен адаптироваться в быстро меняющейся информационной и технологической среде. Для этого в практику обучения и повышения квалификации необходимо внедрять передовые практикоориентированные, интерактивные, проектные и другие обучающие технологии. А также для работодателей существенное значение имеют такие профессиональные качества специалиста, как хорошее клиническое мышление, способность работать в бригаде, умение критически рассматривать все варианты решений и выбирать наиболее оптимальные.

В этих условиях на первый план выходят запросы работодателя, потребителя конечного продукта. Именно потребитель, являясь конечным арбитром качества нашей продукции, сфокусировал сегодня свои требования на следующих составляющих – профессионализме, коммуникабельности, толерантности.

В настоящее время у работодателей складывается новая система требований к специалистам. Профессиональные компетенции станут определяющим фактором, отвечающим требованиям и потребностям рынка труда.

Реализация социального партнерства как условие повышения качества

подготовки специалистов среднего медицинского звена направлена на проведение качественных преобразований организации подготовки специалистов и позволит обеспечить подготовку профессионально компетентного специалиста для системы здравоохранения в нашей республике.

Недавно в Якутском базовом медицинском колледже прошло распределение выпускников комиссией Министерства здравоохранения РС (Я). Будущие фельдшера, медицинские сестры, фармацевты и акушерки с учетом заявок лечебно-профилактических учреждений и пожеланий выпускников поедут по 33 из 34 улусов и городов республики. В том числе в 11 северных арктических улусов поедут работать 27 будущих специалистов. В Ленский улус, который согласно Схеме комплексного развития и размещения производственных сил, транспорта и энергетики Республики Саха (Якутия) является одним из центров строительства нефтепровода Восточная Сибирь – Тихий океан (ВСТО), распределены 7 молодых специалистов. В столицу алмазного края г. Мирный поедут 8 специалистов.

Таким образом, в этом году успешно, организованно прошло распределение выпускников отделений «Сестринское дело» и «Лечебное дело». Это связано с тем, что работа с нашими социальными партнерами – лечебными учреждениями республики и г. Якутска велась задолго до этого дня. Так, с главным специалистом по сестринско-

му делу Национального центра медицины Яковлевой А.В. вели переговоры с ноября 2008г. об укомплектовании молодыми специалистами реанимационного отделения и операционного блока РБ №1-НЦМ. Для этого было предложено направить на учебно-производственную практику по синдрому патологии студентов-выпускников, желающих работать в реанимационном отделении и операционном блоке, и они охотно, заинтересовано прошли практику в РБ №1-НЦМ и РБ №2-ЦЭМП. Выпускники, которые зарекомендовали себя на практике с положительной стороны, получили направления на работу в данные лечебные учреждения. В настоящее время планируется всех студентов-выпускников направить на предстоящую госпрактику в те лечебно-профилактические учреждения, где они в будущем будут трудиться.

Во всех стационарных отделениях лечебных учреждений старшие медицинские сестры непосредственно на рабочих местах обеспечивают прохождение практической работы по приобретению медицинских умений и навыков, а также предоставляют студентам широкие возможности для самостоятельных действий, в процессе которых формируется первоначальный собственный опыт.

Совместная деятельность лечебно-профилактических учреждений и колледжа является основой формирования профессиональной компетентности будущих средних медицинских работников.

ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОСТОЯНИЕ, ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ, ПРОБЛЕМЫ (МАТЕРИАЛЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ I СЪЕЗДУ ПЕДИАТРОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ))

ПРИВЕТСТВИЕ К УЧАСТНИКАМ I СЪЕЗДА ПЕДИАТРОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Дорогие друзья, уважаемые коллеги! 2009-й год для детского здравоохранения нашей республики - год особенный, год 85-летия службы, год проведения первого съезда детских врачей республики. Знаменательно, что 2009-й год в России объявлен Годом молодежи.

В июне 1924 г. в Якутии была открыта первая детская консультация. Эта дата стала точкой отсчета истории специализированной детской медицинской помощи в республике.

За 85 лет проделан большой путь.

Уже в 1925 г. детские консультации были открыты в Олекминске и Вилуйске, специальными консультативными отрядами осуществлялась выездная помощь детям.

С 1937 г. внедрен принцип участко-

вого медицинского обслуживания детей, на педиатрических участках работали врачи-педиатры и фельдшеры.

С 1948 г. был определен детский возраст, педиатры наблюдали детей с рождения до 15 лет.

90-е гг. с их нестабильностью и ухудшением социально-экономического положения населения отразились на здоровье детей и подростков. Бедность, пивной алкоголизм, проституция, распространение венерических заболеваний, ВИЧ/СПИД коснулись и детства. Не может нас не беспокоить и то, что третья часть призывников России не пригодна к военной службе по состоянию здоровья.

Кому как не вам, детским врачам, знать, что здоровье и благополучие будущих поколений напрямую зависят

от внимания, уделяемого здоровью детского населения сегодня.

Развитие службы материнства и детства постоянно находится в поле пристального внимания Правительства и Президента РС(Я).

С 2005 г. ведется мониторинг физического развития детей и подростков. Создаются условия для раннего выявления врожденных заболеваний новорожденных, проводится аудиологический скрининг, организовано бесплатное питание детей до трех лет, создана единая система наблюдения педиатром детей от нуля до семнадцати лет включительно, развивается школьная медицина, с 2007 г. проводится диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В итоге улучшились показатели