

оценки потребности в достижении Ю. М. Орлова; полуструктурированное интервью для более углубленного изучения мотивации к профессиональному развитию и совершенствованию выпускников, а также для исследования переживаний, связанных с пониманием своего места в профессии, перспектив и планов становления; метод анкетирования.

На этапе пилотажного исследования проводилось анкетирование студентам по проблеме психологической готовности к будущей профессиональной деятельности. В анкетировании приняло участие 130 студентов пятих курсов Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины (п = 45), Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка (п = 45) и Мозырского государственного педагогического университета им. И. П. Шамякина (п = 40).

По результатам анкетирования были получены следующие результаты: 75 % выпускников собираются работать психологами, 25 % — нет. Причем только 48 % студентов планируют работать и развиваться профессионально в сфере образования, где и существует основная потребность в специалистах данной профессии, 17 % — собираются отработать 2 года по распределению, а затем переориентироваться в другие сферы деятельности психолога, а 35 % — будут искать возможность трудоустроиться в административном секторе, как специалисты по подбору кадров, заниматься частной практикой.

У студентов-психологов выпускных курсов существует положительная (43 %), отрицательная (32 %) и неопределенная установка (25 %) в отношении готовности к профессиональной деятельности. Положительная установка связана с тем, что выпускник считает, что обладает достаточными практическими и теоретическими знаниями для осуществления профессиональной деятельности, отрицательная, наоборот; неопределенная установка характеризуется затруднениями в профессиональном определении, непонимании своего места в профессии и перспектив развития и становления, неуверенностью в достаточности знаний и умений для осуществления практической деятельности.

Психологическая готовность молодого специалиста — это сложное интегральное образование, включающее комплекс личностных характеристик, сформированность знаний и умений, необходимых для успешного осуществления деятельности; особенности мотивационно-потребностной сферы, эмоциональное состояние человека, заключающееся в переживаниях, эмоциях в отношении перспектив вхождения в профессию и развития в ней, самооценку своей подготовленности. С точки зрения практической помощи молодым специалистам целесообразно организовывать обмен опытом с практикующими специалистами системы образования в виде круглых столов, семинаров-тренингов, с помощью интерактивных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рубанова, Е. Ю. Психологическая готовность выпускников вуза к профессиональной деятельности / Е. Ю. Рубанова // Электронное научное издание «Ученые заметки ТОГУ». — 2011. — Т. 2, № 1. — С. 53–62.
2. Дьяченко, М. И. Психологические проблемы готовности к деятельности / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. — Минск: БГУ, 1976. — 176 с.
3. Дерман, И. Н. Мотивация достижения и особенности ее развития у студентов вуза / И. Н. Дерман // Вестник МГЛУ. — 2010. — № 1. — Серия Психология и педагогика. — С. 11–17.
4. Девяткин, А. А. Явление социальной установки в психологии 20 века / А. А. Девяткин. — М.: Современная психология, 1999. — 489 с.

УДК: 616.8 – 053.31

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Каменюкова И. В

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Перинатальные поражения головного мозга у новорожденных объединяют ряд состояний и заболеваний головного, спинного мозга, возникающих вследствие воздействия неблагоприятных факторов в перинатальный период [2].

Перинатальные повреждения мозга составляют более 60 % всей патологии нервной системы детского возраста, непосредственно участвуют в развитии таких заболеваний, как детский церебральный паралич, эпилепсия, минимальная мозговая дисфункция.

Наиболее важными факторами риска являются социально-биологические условия, экстрагенитальные заболевания, акушерско-гинекологические факторы риска, осложнения беременности и родов. Часто наблюдается сочетание нескольких факторов риска, что повышает вероятность развития перинатальной патологии и ухудшает прогноз состояния плода и новорожденного [1, 3].

Цель исследования

Изучить особенности клинической картины, значение состояния здоровья и акушерско-гинекологического анамнеза матери в возникновении энцефалопатии новорожденного, роль данной патологии для дальнейшего развития ребенка.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ ста историй болезни детей с энцефалопатией новорожденного, находящихся на обследовании и лечении в отделении новорожденных детей с поражением центральной нервной системы УЗ «ГОДКБ» в период с января по март 2009 г. и 29 историй развития этих детей за первый год жизни (январь 2009 – март 2010 гг.).

Результаты исследования

В зависимости от ведущего механизма повреждения головного мозга выделяют 4 группы неврологических нарушений у новорожденных: гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные [2].

Проведенный анализ медицинской документации показал преимущественно токсико-гипоксический генез поражения головного мозга. Токсико-гипоксическая энцефалопатия диагностирована у 84 новорожденных, гипоксически-травматическая — у 14 детей, смешанный генез — у 2 детей.

Среди данной группы детей 48 % составили мальчики, 52 % — девочки (48 и 52 ребенка соответственно), из них городских — 82 %, сельских — 18 %. Родилось от доношенной беременности 98 (98 %) детей, недоношенными — 2 %. Большинство детей (79 человек) родились через естественные родовые пути, 21 ребенок — оперативным путем.

Оценивая параметры физического развития новорожденных получены следующие данные: средняя масса тела детей при рождении составила 3177 г, средняя длина тела — 52 см, окружность головы — 34 см, окружность груди — 33 см. Родились маловесными к сроку гестации — 18 (18 %) детей.

Среди экстрагенитальной патологии у матерей наиболее часто встречались заболевания мочевой системы (у 21 (21 %) женщины), из них: пиелонефрит — в 15 % случаев, нефропатия — в 4 %, мочекаменной болезнь — в 2 % и заболевания сердечно-сосудистой системы (у 10 (10 %) женщин), из них: вегето-сосудистая дистония — в 6 % случаев, артериальная гипертензия — в 3 %, миокардиодистрофия — в 1 % случаев. Имели патологию щитовидной железы 5 женщин, из которой, на долю узлового зоба приходилось 2 %, эндемический зоб, гиперплазия щитовидной железы, аплазия левой доли щитовидной железы встречались по 1%. Страдали хроническим тонзиллитом — 2 женщины, хроническим бронхитом — 1. За время беременности 19 женщин перенесли ОРВИ, 2 женщины — герпетическую инфекцию. Патология половой системы диагностирована у 20 женщин, из них: хламидиоз — у 5 женщин, уреаплазмоз — у 3, микоплазмоз — у 3, молочница — у 2, трихомониаз — у 2, кольпит — у 3, эрозия шейки матки, аднексит — по 2 случая, вагинит и бактериальный вагиноз — по 1 случаю.

Среди особенностей течения настоящей беременности преобладала анемия (40 %) и угроза прерывания беременности (31 %). Нарушение фетоплацентарного кровообращения встречалось в 10 % случаев, хроническая внутриматочная гипоксия плода — в 12 %. Гестоз — у 9 женщин, истмико-цервикальная недостаточность — у 5, синдром задержки развития плода — у 4 женщин. Гестационный сахарный диабет и водянка беременных имели место в 2 % случаев. Обвитие пуповины вокруг шеи было у 10 % новорожденных.

В медицинской документации зафиксированы единичные случаи злоупотребления алкоголем и курением.

С оценкой по шкале Апгар 8 и более баллов родился 71 ребенок, 28 детей родилось в умеренной асфиксии (4–7 баллов на первой минуте), в тяжелой асфиксии (3 балла по шкале Апгар на первой минуте) родился один ребенок. На пятой минуте после рождения умеренная асфиксия отмечалась у 12 новорожденных, в том числе, у новорожденного, родившегося в тяжелой асфиксии. 88 новорожденных имели 8 и более баллов по шкале Апгар.

При переводе в отделение тяжелое состояние наблюдалось у 2 детей, средней степени тяжести — у 98 новорожденных. При оценке общего состояния и неврологического статуса у 45 (45 %) детей отмечалось понижение спонтанной двигательной активности, у 9 (9 %) новорожденных — повышение. Угнетение рефлексов орального автоматизма наблюдалось у 39 (39 %) детей, оживление — у 10. Вялые спинальные рефлексы отмечались у 84 (84 %) детей, оживленные — в 1 % случаев.

Дистоничный мышечный тонус с тенденцией к гипертонусу отмечен у 22 (22 %) детей, к гипотонусу — у 44 (44 %) новорожденных.

Пяточные стопы имели 24 (24 %) ребенка, паретичные кисти — 12 (12 %) детей, непостоянный тремор конечностей — 9 (9 %) детей, крик по принуждению — 11 (11 %) детей, тремор подбородка, симптом «заходящего солнца» наблюдались по 3 % каждый.

По данным медицинской документации амбулаторного этапа (форма 112у) средняя масса тела детей, перенесших энцефалопатию новорожденного, к году составила 10180 г, средняя длина тела — 76 см, окружность головы — 45 см.

Психомоторное развитие детей на первом году жизни соответствовало возрасту у 24 (82,75 %) детей. Задержка психомоторного развития к году отмечалась у 5 (17,25 %) детей. В течение первых 3-х месяцев жизни гипертензионный синдром наблюдался у 5 (17,25 %) детей. Синдром двигательных нарушений на протяжении первого полугодия жизни сохранялся у 7 (24,13 %) детей, синдром нервно-рефлекторной возбудимости — у 3 (10,34 %) детей. Дистония мышечного тонуса отмечалась у 13 (44,82 %) детей, нормализация которого произошла к пятому месяцу жизни. Средний возраст, в котором дети начали сидеть — 7 месяцев, стоять — 9 месяцев, ходить — 11 месяцев.

Выводы

1. Перинатальная энцефалопатия чаще встречается у детей, рожденных от первой беременности, первых родов; детей, матери которых страдают микробно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, острой респираторной инфекцией во время беременности, анемией.

2. Основными клиническими проявлениями болезни является синдром угнетения: снижение спонтанной двигательной активности, угнетение рефлексов спинального и орального автоматизма, снижение мышечного тонуса.

3. У большинства детей, перенесших энцефалопатию новорожденных, психическое и физическое развитие к концу первого года жизни не отстает от сверстников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. — М.: Триада-Х., 2000. — 640 с.
2. Неонатология: учеб. пособие / А. К. Ткаченко [и др.]; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Минск: Выш. шк., 2009. — 494 с.
3. Пальчик, А. Б. Современные представления о перинатальной энцефалопатии / А. Б. Пальчик // Российский педиатрический журнал. — 2001. — № 1. — С. 31–35.

УДК 614.212 (075.8)

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Капуста Е. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. В. Куницкая

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Вопросы качества оказания медицинской помощи населению являются приоритетными для системы здравоохранения Республики Беларусь.