

21. Kostyuchenko A.L. (2000) *EfferentTherapy*. SPb.: Commercial Publishing House «Folio» (in Russian).
22. Kozlovskaya L., Nikolaev A. (1985) *Manual on Clinical Laboratory Methods of Study*. Moscow: Medicine (in Russian).
23. Maneo A., Colombo A., Landoni F. (2005) Treatment of stage IIIb cervical carcinoma. A comparison between radiotherapy, concurrent chemo-radiotherapy and neoadjuvant chemotherapy. *Minerva Gynecology*, 57(2): 141-152.
24. Manju V., Kalaivani J., Sailaja, Nalini N. (2002) Circulating lipid peroxidation and antioxidative status in cervical cancer patients: a case-control study. *Clin Biochem*, 35(8):621-625.
25. Manoharan S., Klanjiappan K., Kayalvizi M. (2004) Enhanced Lipid peroxidation and impaired enzymatic antioxidative activities in the erythrocytes of the patients with cervical carcinoma. *Cell Mol Bio Lett*, 9(4A):699-707.
26. Ray G., Husain S.A. (2002) Oxidants, antioxidants and carcinogenesis Indian. *J Exp Biol*, 40(11): 1213-1232.
27. Rosenberg S., Restifo N., Yang J., Morgan R., Dudley M. (2008) Adoptive cell transfer a clinical path to effective cancer immunotherapy. *Nature Reviews Cancer*, 8:299-308.
28. Sharipov F.K., Kireev G.V., Koloyarova N.E. et al. (2002) The study of lipid peroxidation of blood serum in cancer patients. *Journal of theoretical and clinical medicine*, 3:82-85.
29. Smirnov V.V., Karpishchenko A.I., Kushlinskij N.E. et al. (2002) Determination of free-radical oxidation of lipids in thyroid tissues with nodal euthyroid goiter and thyroid cancer. *Clin Lab Diagnostics*, 10:9.

---

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНО - ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ЛЕЧЕБНО-  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

---

*Кацова Галина Борисовна*  
*Канд. мед. наук, доцент Оренбургского государственного медицинского университета*

*Попова Людмила Викторовна*  
*Канд. мед. наук, доцент Оренбургского государственного медицинского университета*

*Дмитриева Марина Константиновна*  
*Канд. мед. наук, доцент Оренбургского государственного медицинского университета*

**COMPARATIVE SOCIAL - DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF THE  
MANAGERS OF MEDICAL AND PREVENTIVE INSTITUTIONS NURSE PERSONNEL**

*Katsova Galina Borisovna*  
*Candidate of Medical Sciences,*  
*Associate Professor of Orenburg State Medical University*

*Popova Lyudmila Viktorovna*  
*Candidate of Medical Sciences,*  
*Associate Professor of Orenburg State Medical University*

*Dmitriev Marina Konstantinovna*  
*Candidate of Medical Sciences,*  
*Associate Professor of Orenburg State Medical University*

**АННОТАЦИЯ**

Целью работы явилось сравнительное изучение социально-демографического и профессионального положения руководителей сестринским персоналом. Исследование проводилось методом анкетирования 234 медицинских сестер (47 главных и 187 старших медицинских сестер). Выявлены социально-экономические различия руководителей сестринским звеном различного уровня. Определена необходимость привлечения к управлению более молодых перспективных сотрудников.

**ABSTRACT**

The aim of the work is a comparative study of the socio-demographic and professional position of nursing staff managers. The study was conducted by questioning 234 nurses (47 main and 187 senior nurses). The socio-economic differences among the managers of the nursing unit at various levels have been revealed. The necessity to involve younger prospective employees in the management is determined.

**Ключевые слова:** медицинские сестры, профессиональная удовлетворенность, профессиональное выгорание.

**Keywords:** nurses, professional satisfaction, professional burnout.

В свете повышения роли медицинской сестры в процессе медицинского обслуживания населения, расширения функций среднего медицинского персонала назрела необходимость реорганизации сест-

ринского дела, которая позволила бы оптимизировать деятельность медицинских сестер, максимально использовать их профессиональный потенциал [1]. В процессе кадрового планирования руководителю медицинского учреждения приходится

учитывать не только профессиональную подготовленность медицинской сестры, но и психологические, характерологические особенности личности, а также мотивацию претендента к работе. Не секрет, что последняя характеристика напрямую связана с социально-демографическими условиями жизни работника [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических и профессиональных характеристик руководителей сестринским персоналом лечебно-профилактических учреждений.

В рамках данной работы проведено социологическое исследование методом анкетирования. Проанкетировано 234 руководителей сестринского звена лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) г. Оренбурга и Оренбургской области: 47 главных (1 группа) и 187 старших (2 группа) медицинских сестёр.

Анкетирование проведено методом 60% репрезентативной выборки. Использована анкета,

разработанная сотрудниками факультета высшего сестринского образования Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации. Анкета содержала вопросы, позволяющие дать социально-демографическую характеристику исследуемым группам (возраст, пол, семейное положение, уровень материального благосостояния, жилищные условия), их профессиональным характеристикам (общемедицинский стаж, стаж по занимаемой должности, наличие профессионально категории).

По результатам исследования, средний возраст руководителей сестринским звеном ЛПУ составил 45,6 лет. Достоверных различий по данному показателю у руководителей различного уровня не выявлено. Однако прослеживается тенденция к омоложению медицинских сестер 1-ой группы.

По месту работы (типу учреждения здравоохранения) респонденты распределились следующим образом (табл. 1):

Таблица 1 Распределение по месту работы

Тип учреждения здравоохранения	Всего опрошенных	Главные медицинские сестры	Старшие медицинские сестры
Стационары	134	31	103
Специализированные больницы	26	7	19
Медико-санитарные части	2	-	2
Диспансеры	18	5	13
Поликлиники	26	1	25
Станции скорой медицинской помощи	2	-	2
Станция переливания крови	2	1	1
Санаторий	1	-	1
Перинатальные центры	16	2	14
Родильные дома	5	-	5
Гериатрический центр	2	-	2
Итого	234	47	187

Наибольшее число опрошенных как 1-ой, так и 2-ой группы работали в учреждениях стационарного типа.

По стажу работы медицинские сестры 1-ой и 2-ой групп также не имели достоверных различий, их общемедицинский стаж составлял более 20 – 25 лет (рис. 1).



Рис. 1. Процентное соотношение главных и старших медицинских сестер по стажу работы в системе здравоохранения (общемедицинский стаж)

Выявленная тенденция свидетельствует о необходимости привлечения к руководству коллективом медицинских сестер молодых, но уже имеющих опыт работы в течение 10 – 15 лет, кадров.

Более 55,55% опрошенных медицинских сестер занимают руководящий пост от 5 до 10 лет. И только 17% - более 21 года. При сравнительном анализе данного показателя видно, что среди меди-

цинских сестер 1-ой групп большее количество занимают этот пост от 16 до 25 лет. Во 2-ой группе

стаж по должности в среднем составляет 10 лет (рис. 2).



Рис. 2. Процентное соотношение главных и старших медицинских сестер по стажу работы в должности руководителя сестринских служб

В ходе проведенного исследования выявлено, что у 55,6% респондентов не соблюдается режим работы. Руководители сестринским персоналом в 19,2% ежедневно, в 33% 1 - 2 раза в неделю и в 3,3% случаев эпизодически во время отчетов или проверок задерживаются на работе. Только 44,4% медицинских сестер успевают в рабочее время выполнять свои функциональные обязанности. При проведении сравнительного анализа оказалось, что

нарушение режима трудового дня более типично для работы главных медицинских сестер (68%), тогда как у старших медицинских сестер этот показатель составил 52,4% (Рис. 3) Подобная ситуация требует пересмотра перечня обязанностей и оптимизации трудового процесс руководителей, особенно главных медицинских сестер.

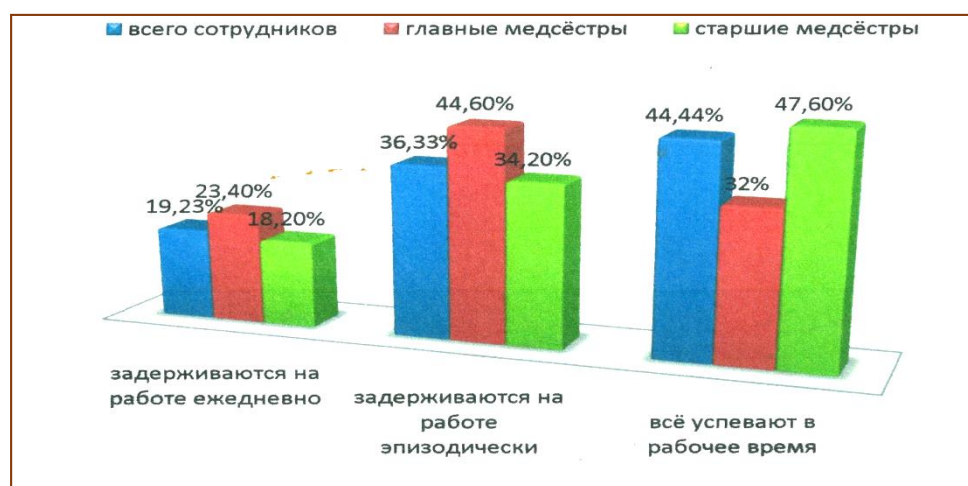


Рис. 3. Соблюдение графика работы

Несмотря на то, что более половины респондентов проводят на работе времени больше, чем положено по графику, в 45% они не удовлетворены условиями питания: из-за неадекватного режима работы 19,2% и из-за материальных условий 18,8%. Хорошую организацию питания на рабочем месте отметили 53% медицинских сестер.

Анализ проведенного анкетирования показал высокий образовательный уровень главных и старших медицинских сестер. В 1-ой группе 76,6% медицинских сестер имели повышенный уровень образования или высшее образование, во 2-ой группе – 46,05%. Высокий процент старших медицинских

сестер с высшим или повышенным уровнем образования позволяет создать резерв главных медицинских сестер в ЛПУ.

Материальное благосостояние семей руководителей сестринским звеном оценивалось нами по размеру среднемесячного дохода семьи. В 1-ой группе данный показатель можно оценить как высокий у 29,7%, средний у 55,5% и ниже среднего у 14,8% респондентов. Во 2-ой группе этот показатель составил 13,5%, 57,2% и 29,3% соответственно, что свидетельствует о более низком материальном положении в семьях старших медицинских сестер.

В 75% семей, имеющих доход ниже среднего, воспитываются несовершеннолетние дети, тогда как при высоком среднемесячном доходе только 33,3% семей имеют детей такого возраста. Меньшее количество несовершеннолетних детей в семьях медицинских сестер 1-ой группы, возможно, связано с большей занятостью на работе и возрастом главных медицинских сестер.

Следует отметить влияние удаленности ЛПУ от места проживания сотрудника на мотивацию к работе. По данным анкетирования на дорогу к рабочему месту главные и старшие медицинские сестры тратят от 15 мин до 1 часа и более. Сравнительный анализ показал, что достоверных различий в 1-ой и 2-ой группах по данному показателю не найдено.

Изучение перечня социальных гарантии, предоставляемых руководителям сестринских подразделений выявило, что, по мнению респондентов, основной они считают предоставление финансовой поддержки при получении медицинской помощи.

Однако только 7,3% считают, что имеют данную гарантию, 55,9% имеют ее частично, 35% не имеют, 1,7% - не знают о возможности ее получения.

#### **Выводы.**

1. Анализ полученных результатов показал необходимость привлечения к руководству молодых перспективных сотрудников, имеющих высшее образование или повышенный уровень сестринского образования

2. Поиск новых современных методов позволит оптимизировать работу руководителей сестринским звеном ЛПУ.

#### **Список литературы:**

1. Двойников С.И., Карасева Л.А. Управление развитием сестринского персонала: Учебное пособие. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрав», 2006. – 120с.

2. Т.В.Матвейчик, В.И.Иванова. Медицинские сестры Беларуси: социол. исслед.//Медицинские новости. – 2005. - № 11. – с. 50-53

### **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕЙРОИНФЕКЦИЙ В ДОБРИШСКОМ РАЙОНЕ НА ПЕРИОД 2010 -2014 ГОДА**

*Монов Д.<sup>1</sup>,  
Коларова М.<sup>2</sup>,  
Станева С.<sup>2</sup>*

*1.Медицинский колледж-Медицинский университет Варны  
Сектор подготовки "Инспектор общественного здравоохранения и социальной деятельности"*

*2.Медицинский университет - Варна, кафедра гигиены и эпидемиологии*

### **ETIOLOGIC STRUCTURE NEUROINFECTIONS IN DOBRICH AREAS FOR THE PERIOD 2010 - 2014 YEAR**

*Monov D.<sup>1</sup>,  
Kolarova M. <sup>2</sup>,  
Staneva S. <sup>2</sup>*

*1.Medical College - Medical University of Varna ,Training sector  
"Inspector of Public Health and Social Activities"*

*2.Medical University - Varna, Department of Hygiene and Epidemiology  
Educational Sector "Epidemiology"*

#### **РЕЗЮМЕ.**

Нейроинфекции поражают нервную систему, сильно бегают, часто вызывают инвалидность и даже смерть пациента. Бактериальный менингит, вирусный менингит, энцефалит или местные воспалительные процессы центральной нервной системы (ЦНС): церебральный абсцесс или субдуральная эмпиема и инфекционный тромбоз. **Цель и задачи.** Изучить эпидемиологическую географию нейроинфекций в Добришском районе и стране на 2001-2014 гг. И их этиологическое дешифрование на 2010-2014 гг. , Многопрофильная больница для активного лечения(МБАЛ) Добрич , эпидемиологические исследования.

**Материалы** года: данные регистрации нейроинфекций в областная инспекция здоровья(ОИЗ), Научно-исследовательский центр инфекционных заболеваний (НИЦИБ/, Министерство здравоохранения(МЗ ) бюллетени, лабораторные микробиологические исследования в ОИЗ Добрич, Многопрофильная больница для активного лечения (МБАЛ) Добрич, эпидемиологические исследования.

**Методы:** микробиологические, вирусологические для доказательства причин нейроинфекций, ликвора, крови выделения из горла, носа, пазух и т. д. **Результаты:** Уровень заболеваемости для различных групп нейроинфекций в Добришском регионе показывает выше среди показывает, что он выше для Бактериальный менингит и менингоэнцефалит (БММЭ) до 3,36% в 2004 году и 2,92% для 2009 и 2,68% в 2013 году, за которым следует пневмококк. инфекция - 2,43% /2009 / и 1,07% /2013 /. Этиологическое дешифрование имеет большие различия - так как для Streptococcus pneumoniae в 2013 году оно достигает 28,57%, или 0% в течение двух из пяти лет / 2012-2014 / **Выводы:** Точного отбора проб материалов для этиологического декодирования зачастую недостаточно подтверждение клинического диагноза. Нейроинфекции составляют 40% / 2011 г. / 71,43% / 2013 г. / для района Добрич, 40,37: / 2010 г. / 55,55% для страны