

ФГБОУ В О ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:
**«Медицинская документация палатной
медицинской сестры»**

Выполнил:

Студент 2 курса 2 группы

Педиатрического факультета

Кирсанов Владислав Сергеевич

Содержание

1. Введение	3
2. Цель научно – исследовательской работы	4
3. Задачи научно – исследовательской работы.....	4
4. Основные определения и понятия	4
5. Теоретическая часть	4
5.1. Основные виды сестринской медицинской документации.....	4
5.2. Журнал движения больных	6
5.4. Лист назначений	8
5.5. Температурный лист	9
5.6. Журнал учета наркотических средств.....	10
5.7. Журнал приема передачи ключей от сейфа.....	11
5.8. Порционник больных (Требование на питание)	11
5.9. Журнал приёма и сдачи дежурств	12
6. Роль медицинского персонала в ведении медицинской документации	12
7. Собственное исследование	13
7.1. Журнал административных обходов.....	13
7.2. Журнал регистрации забора крови на RW.....	16
7.3. Журнал учета взятия крови для биохимических исследований.....	16
7.4. Журнал выдачи лекарственных средств на пост.....	16
7.5. Журнал дезинфекции мерных стаканчиков, ложек, кружек, сосок, бутылочек.	17
7.6. Журнал кварцевания	17
7.7. Журнал врачебных назначений.....	17
7.8. Журнал генеральных уборок.....	18
7.9. Журнал стерилизации медицинского инструментария	18
8. Вывод:	18
9. Список литературы:.....	20

1. Введение

Медсестра постоянно находится рядом с пациентом, именно от нее зависит во многом не только уход за больным, но и в конечном итоге выздоровление пациента. Сфера деятельности медсестры широка и многогранна. Эта и здоровый человек с его проблемами, и окружающая среда, и профилактика заболеваний, и больной человек – обеспечение надлежащего сестринского ухода за ним, и, наконец, социально-психологические проблемы человека. В связи с этим изменяется и подготовка медсестры.

«Сестринское дело – часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленная на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды».

Медицинская сестра, кроме выполнения лечебной работы и ухода за больными, ведет медицинскую документацию, которая позволяет фиксировать результаты проведенных манипуляций, формировать графики динамики болезни или выздоровления, контролировать количество поступивших и выписавшихся пациентов, осуществлять количественный и качественный учет проделанной работы и многое другое. Все это говорит нам об огромной важности добросовестного ведения медицинской документации для комфортного пребывания пациента в отделении и его последующего выздоровления.

2. Цель научно – исследовательской работы

- изучить список основных документов палатной медсестры и научить методике их заполнения

3. Задачи научно – исследовательской работы

- ознакомиться с полным списком документации палатной медицинской сестры

- изучить формы заполнения документов

- научить самому оформлять основные медицинские документы палатной медицинской сестры

4. Основные определения и понятия

1. **Медицинская документация** - это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.

2. **Температурный лист** — это медицинский документ, предназначенный для графической регистрации суточных колебаний температуры тела больных.

5. Теоретическая часть

5.1. Основные виды сестринской медицинской документации

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Основные виды сестринской медицинской документации:

1. Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
2. Процедурный лист: лист врачебных назначений.
3. Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
4. Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
5. Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
6. Журнал передачи ключей от сейфа.
7. Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости – дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
8. Журнал приёма и сдачи дежурств. В нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.
9. Журнал прогулок: прогулки по территории больницы только с разрешения лечащего врача с отметкой под роспись пациента (законного представителя пациента) в медицинской карте стационарного больного. Постовая медсестра фиксирует время ухода и прибытие пациента с прогулки в отделение;
10. Журнал регистрации забора крови на обследование Hbs, Ag, Anti HCV, ВИЧ: Обследование на качественный гепатит Hbs Ag
11. Журнал учета выдачи R-гр. Снимков родителям по месту жительства.
12. Журнал осмотра пациентов на педикулез.

13. Журнал дезинфекции: содержит сведения о дезинфекции инструментария.

14. Журнал выдачи лекарственных средств на пост и в процедурный кабинет: Содержит сведения о выдаче медикаментов на сестринские посты и в процедурные кабинеты.

15. Журнал измерения температуры и влажности воздуха: содержит сведения о температуре и влажности воздуха палат, процедурных кабинетов и т.д.

5.2. Журнал движения больных

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации, форма №001/у служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

Инфекционные отделения больницы должны вести самостоятельные журналы приема больных и отказов в госпитализации в тех случаях, когда инфекционные больные поступают непосредственно в соответствующие отделения. В родильных отделениях и роддомах ведется Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации по форме № 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности.

В Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 4-7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной

больницы или выписки из медицинской карты (ф. № 027/у), если больной направлен другим лечебным учреждением.

Графы 11-12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного.

Графы 13-14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных.

На больных, которым отказано в госпитализации также подробно заполняются графы 4-7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

Графы для заполнения Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации, форма №001/у:

1. № п/п
2. Поступление, дата
3. Поступление, час
4. Ф.И.О
5. Дата рождения
6. Постоянное место жительства или родственников, близких и телефон
7. Каким учреждением был направлен или кем доставлен
8. Отделение, в которое был помещен больной
9. № карты стационарного больного
10. Диагноз направляющего учреждения

11. Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара куда переведен)
12. Отметки о сообщении родственникам или учреждению
13. Если не был госпитализирован указать причину и принятые меры (вписать)
14. Если не был госпитализирован (отказ в приеме - первичный, повторный, вписать)
15. Примечание

5.4. Лист назначений

Лист назначений - один из важнейших документов истории болезни. Этот документ предназначен одновременно и для лечащих врачей (выполнение назначений), и для медицинских сестер (получение информации о всех врачебных назначениях, внесение отметок и выполнении) - и для других участников лечебно-диагностического процесса (консультантов, зав. отделением и т.д.).

Основная задача документа, особенно в условиях напряженного приема, состоит в максимально быстром, удобном и автоматизированном виде, выполнении врачебных назначений. Для этого «Лист назначений» электронной истории болезни КМИС позволяет выполнять полный спектр всех врачебных назначений в одном документе, включая:

- Назначение обследования
- Назначение консультаций специалистов
- Назначение лекарственной терапии
- Назначение лечебных процедур и манипуляций, в том числе – малых вмешательств, ЛФК, массажей и т.д.
- Назначение диеты
- Заказа лабораторного исследования.

5.5. Температурный лист

Температурный лист — это медицинский документ, предназначенный для графической регистрации суточных колебаний температуры тела больных.

На вертикальной шкале температурные кривые обозначены показатели температуры тела от 35 до 41°; на горизонтальной — дата и время измерения. Проставляя точками ежедневные показания термометра против соответствующих обозначений и соединяя их, получают ломаную линию, называемую температурной кривой (см.). Заполнение температурных кривых производится средними медработниками ежедневно после измерения больным температуры в утренние и вечерние часы.

Кроме температуры тела, в температурные кривые заносятся результаты некоторых других наблюдений за течением заболевания: частота дыхания и пульса, величина артериального давления, количество выпитой и выделенной жидкости и т. д., а также сведения о проведенных мероприятиях по уходу и лечению больных (гигиеническая ванна, смена белья, специальные процедуры).

На стандартной форме температурного листа показатели пульса, дыхания и артериального давления отмечают против соответствующих обозначений на левой вертикальной шкале, остальные показатели — в нижней части температурного листа под температурной кривой.

В некоторых специализированных лечебных учреждениях используют формы температурного листа, отличные от принятых в общих соматических стационарах; в таких температурных листах можно отражать больше показателей.

Температурный лист хранится в истории болезни.

5.6. Журнал учета наркотических средств.

Журнал учета лекарственных средств списка А и Б. Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в специальном шкафу (сейфе). На внутренней поверхности сейфа должен быть перечень этих лекарств. Наркотические средства обычно хранят в этом же сейфе, но в специальном отделении. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства. Передача ключей от сейфа регистрируется в специальном журнале. Для учета расхода лекарственных средств, хранящихся в сейфе, заводятся специальные журналы. Все листы в этих журналах следует пронумеровать, прошнуровать, а свободные концы шнура заклеить на последнем листе журнала бумажным листом, на котором указывается количество страниц. На этом листе ставится печать, а также расписывается руководитель лечебного отделения. Для учета расхода каждого лекарственного средства из списка А и списка Б выделяют отдельный лист. Хранят этот журнал тоже в сейфе. Годовой учет расхода лекарственных средств ведет старшая медицинская сестра отделения. Медицинская сестра имеет право ввести наркотический анальгетик только после записи этого назначения врачом в историю болезни и в его присутствии. О сделанной инъекции делается отметка в истории болезни и в листе назначений. Пустые ампулы из-под наркотических анальгетиков не выбрасывают, а передают вместе с неиспользованными ампулами медицинской сестре, приступающей к очередному дежурству. При передаче дежурства проверяют соответствие записей в журнале учета (количество использованных ампул и остаток) фактическому количеству наполненных использованных ампул. При использовании всего запаса наркотических анальгетиков пустые ампулы сдаются старшей медицинской сестре отделения и взамен выдаются новые. Пустые ампулы от наркотических анальгетиков уничтожаются только специальной комиссией, утвержденной руководителем лечебного отделения.

5.7. Журнал приема передачи ключей от сейфа

Главная медсестра ведет журнал выдачи и возврата ключей от помещения, где находится сейф, и сейфа дежурным врачам по установленной форме.

Списание с последующим уничтожением неиспользованных наркотических средств, психотропных веществ и специальных рецептурных бланков осуществляется 1 раз в месяц в фиксированный день в соответствии с графиком, утвержденным в управлении здравоохранения АО, и Инструкцией по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным.

5.8. Порционник больных (Требование на питание)

После назначения диеты врачом (во время утреннего обхода) сестра составляет требование на питание больных, которых она обслуживает, и подает его старшей сестре отделения. В требовании указывают число больных по палатам и соответствующее количество назначенных диетических столов. Старшая сестра обобщает сведения палатных сестер и составляет общее требование на питание — порционник. В нем указывают: число больных в отделении, лечебные, индивидуальные столы и добавочное питание. Порционник подписывает заведующий отделением, после чего его передают на кухню. Порционное требование составляют ежедневно. При необходимости заполняют добавочное требование (на вновь поступивших больных или в случае назначения добавочного питания либо изменения диеты).

5.9. Журнал приёма и сдачи дежурств

Прием и сдача дежурств - наиболее ответственный момент работы медицинской сестры. Медицинская сестра не имеет права самостоятельно покинуть пост даже в том случае, если не явилась ее смена.

Прием и передача дежурства медицинскими сестрами проводится покроватно с визуальным контролем наличия каждого больного ребенка. Сдающая пост медицинская сестра знакомит принимающую пост медицинскую сестру с больными детьми, передает необходимые сведения об индивидуальных особенностях их лечения и ухода. На утренней конференции медицинская сестра делает сообщение о проведенной работе.

6. Роль медицинского персонала в ведении медицинской документации

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения. Развитие первичной медико-санитарной помощи позволит повысить доступность данного вида помощи для населения, а, следовательно, и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. Важную роль в организации первичной медико-санитарной помощи занимают специалисты со средним медицинским образованием, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-социальных проблем при обслуживании пациентов в пределах своих компетенций.

Е.Б. Лушникова, 2009, отмечает, что в условиях дневного стационара в обязанности медицинской сестры входит предоставление информации пациентам о предстоящем лечении, оказание психологической поддержке, наблюдение за состоянием пациента до проведения процедур, во время и после них, контроль показаний приборов и систем, ведение необходимой документации. Но помимо дневного стационара, в любых других ситуациях

медсестры ведут различную документацию. Ведь в ней, содержится информация о состоянии больного, о протекании болезни, о предшествующих заболеваниях, что немаловажно для системы здравоохранения.

7. Собственное исследование

В Отделении «Патологии новорожденных и недоношенных детей» используется следующая основная документация:

7.1. Журнал административных обходов

В Административный обход входит оценка качества ведения журналов, чистота (процедурных помещений, буфета, поста, коридоров, палат, туалетов, бельевых комнат, душевых и т.д.), опрятность персонала, наличие документации и информации о пациентах, отсутствие просроченных медикаментов.

1. Подразделение: 1 / 2 / 3/4
2. Дата: ____ . ____ . 201_ г. 3. Дата предыдущего обхода: ____ . ____ . 201_ г. и итоговая оценка _____
4. Старшая медицинская сестра:
5. Состоит в отделении пациентов :

№ п/п	Исследуемый параметр	Оценка (от 0 до 10 баллов)
Общие		
6.	Опрятность среднего и младшего медицинского персонала	
7.	Наличие бейдж-карт у среднего и младшего медицинского персонала	
8.	Чистота и отсутствие загрязнений в коридорах	
9.	Наличие информации для пациентов о порядке обращений граждан (порядок, должностные лица, перечень контролирурующих организаций)	
Процедурный кабинет		
10.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
11.	Ведение журнала температурного режима холодильника	
12.	Своевременность замены дез. растворов и маркировки емкостей	
13.	Отсутствие просроченных медикаментов	

14.	Правильность хранения медикаментов по группам, режиму	
15.	Наличие необходимых укладок	
16.	Наличие необходимой информации на стенах	
17.	Правильность соблюдение сроков и режима стерилизации	
18.	Правильность ведения журнала генеральных уборок	
19.	Наличие комплекта для обработки рук (наполненность дозаторов мыла и дез.средств, бумажных полотенец или тканевых полотенец и их чистота)	
20.	Правильность сбора медицинских отходов группы Б	
Пост		
21.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
22.	Ведение журнала ...	
23.	Ведение журнала ...	
24.	Ведение журнала ...	
25.	Ведение журнала ...	
26.	Ведение журнала ...	
27.	Ведение журнала ...	
28.	Ведение журнала ...	
29.	Ведение журнала ...	
30.	Ведение журнала ...	
31.	Ведение журнала ...	
32.	Отсутствие просроченных медикаментов	
33.	Правильность хранения медикаментов по группам, режиму	
34.	Своевременность замены дез. растворов и маркировки емкостей	
35.	Наличие информации для пациентов о питьевом режиме, исполнение графика замены воды	
36.		
37.		
Буфет		
38.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
39.	Отсутствие просроченных продуктов в холодильнике	
40.	Своевременность замены дез. растворов и маркировки емкостей	
41.	Правильность хранения, соблюдение сроков годности, алгоритма приготовления детского питания (если во время проверки раздача не производится то оценить теорию)	
42.	Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима при раздаче питания (если во время проверки раздача не производится то оценить теорию)	
43.	Маркировка и целостность посуды	
44.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли в микроволновой печи и холодильнике	
45.	Наличие маркированной спецодежды для раздачи пищи	
46.	Наличие комплекта для обработки рук (наполненность дозаторов мыла и дез.средств, бумажных полотенец или тканевых полотенец и их чистота)	

47.		
Горшечная		
48.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
49.	Своевременность замены дез. растворов и маркировки емкостей	
50.	Наличие маркированной спецодежды для уборки	
51.	Наличие комплекта для обработки рук (наполненность дозаторов мыла и дез.средств, бумажных полотенец или тканевых полотенец и их чистота)	
52.		
53.		
Опросы пациентов		
54.	Пациент №1 (ФИО _____) качество раздачи медикаментов, исполнения процедур	
55.	Пациент №1 качество раздачи медикаментов, исполнения процедур	
56.	Пациент №1 не заставляли производить уборку в палате самостоятельно	
57.	Пациент №2 (ФИО _____) качество раздачи медикаментов, исполнения процедур	
58.	Пациент №2 качество раздачи медикаментов, исполнения процедур	
59.	Пациент №2 не заставляли производить уборку в палате самостоятельно	
Чистая бельевая		
60.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
61.	Правильная сортировка белья по группам, отсутствие посторонних предметов	
62.		
63.		
Грязная бельевая		
64.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
65.	Наличие маркированной спецодежды для разбора белья	
66.		
67.		
Душевая		
68.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
69.	Наличие комплекта для обработки рук (наполненность дозаторов мыла и дез.средств, бумажных полотенец или тканевых полотенец и их чистота)	
70.		
Туалет		
71.	Чистота, отсутствие загрязнений и пыли на поверхностях и полу	
72.	Наличие комплекта для обработки рук (наполненность дозаторов мыла и дез.средств, бумажных полотенец или тканевых полотенец и их чистота)	
73.		
74.		
Итоговая оценка (максимальная NNN баллов)		

7.2. Журнал регистрации забора крови на RW

В журнале отмечаются следующие данные:

1. п/п
2. Ф.И.О. пациента
3. Возраст
4. № истории болезни
5. Дом. адрес
6. Дата взятия крови на RW
7. Дата получения анализа
8. Результат

7.3. Журнал учета взятия крови для биохимических исследований

В журнале отмечаются следующие данные:

1. п/п
2. Ф.И.О. пациента
3. Кровь на исследования
4. Дата взятия крови
5. Роспись м/с

7.4. Журнал выдачи лекарственных средств на пост

Приход:

1. Дата получения
2. Откуда получено
3. Количество
4. Подпись получившего

Расход:

1. Ф.И.О. больного

2. № истории болезни
3. Количество
4. Подпись выполнившего назначение
5. Остаток

7.5. Журнал дезинфекции мерных стаканчиков, ложек, кружек, сосок, бутылочек.

Форма журнала:

1. Дата;
2. Наименование объектов дезинфекции: - Помещение, м²; - Инвентарь, оборудование (количество предметов);
3. Причина дезинфекции;
4. Наименование дезосредства и концентрация его раствора;
5. Количество израсходованного дезраствора, кг;
6. Подпись врача.

7.6. Журнал кварцевания

Форма журнала:

1. Дата
2. Время кварцевания
3. Начало
4. Окончание
5. Подпись

7.7. Журнал врачебных назначений

Форма журнала:

1. ФИО
2. Палата пациента

3. Наименование процедуры (лекарственное средство)
4. Количество назначенных процедур
5. Дата проведения процедур

7.8. Журнал генеральных уборок

Форма журнала:

1. п/п
2. Планируемая дата проведения
3. Наименования и концентрация используемого дезинфицирующего средства
4. Фактическая дата проведения
5. Ф.И.О. и подпись исполнителя

7.9. Журнал стерилизации медицинского инструментария

Форма журнала:

1. Дата стерилизации
2. № стерилизатора
3. Наименование изделия
4. Количество
5. Упаковка
6. Тест-контроль
7. Подпись лица, проводившего стерилизацию

8. Вывод:

Медицинские документации различного рода содержат множество информации о больных, что является очень важным аспектом в медицине. Правильное ведение медицинской документации медсестрами — это залог порядка, чистоты, и скорейшего выздоровления пациентов.

В настоящий момент медицинская документация переживает период своего переноса в электронный вид, что несомненно облегчит процесс поиска нужного журнала, уменьшит время его заполнения, а подключение всех компьютеров отделения или даже больницы к этому единому медицинскому архиву позволит значительно оптимизировать процесс медицинской деятельности, освободит больше времени палатной медицинской сестре для ухода за больными, а также уменьшит число различных ошибок и опечаток в бумажной документации, что позволит избежать ошибочной интерпретации диагноза и благоприятно скажется на скорости и эффективности лечения.

9. Список литературы:

1. Большая энциклопедия фельдшера и медсестры - Авдиенко И.В. - Медицинская энциклопедия 2014 г.
2. Фельдшер скорой помощи - Шелехов К.К. - Учебное пособие. 2009 г.
3. Клиническое обследование и оформление истории болезни - Немцов Л.М. - Учебное пособие. 2013 г.
4. Сестринское дело в педиатрии - Тульчинская В.Д. 2015 г.
5. Сестринское дело в педиатрии: практикум (автор - Соколова Н.Г.) 2015
6. Педиатрия с детскими инфекциями. Авторы: Запруднов А. М., Григорьев К. И. 2015 г.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 2 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

Карсанов Владимир Сергеевич^{2 группы}

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стилль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Большакова