

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
БАХМУТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ
АСОЦІАЦІЯ МЕДИКІВ УКРАЇНИ**



ГРОМАДА МЕДИЦИНА ОСВІТА

**МАТЕРІАЛИ
VIII МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
22-23 КВІТНЯ
2021 РОКУ**

ГРОМАДА. МЕДИЦИНА. ОСВІТА



БАХМУТ – ХАРКІВ, 2021

УДК 616+37.0(477)

Громада. Медицина. Освіта: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції. – Бахмут-Харків, 22-23 квітня 2021 р.//Бахмут-Харків: ХМАПО, АМУ, БМФК, 2021 р. – 196 с.

Дане видання містить матеріали доповідей учасників VIII Міжнародної науково-практичної конференції «Громада. Медицина. Освіта.», яка відбулася в Бахмутському медичному фаховому коледжі 22-23 квітня 2021 року.

Матеріали конференції видаються мовою оригіналу.

Редакційна колегія:

Відповідальні редактори:

Подаваленко А.П. – професор кафедри гігієни, епідеміології та професійних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор.

Красножон Н.М. – директор Бахмутського медичного фахового коледжу.

Усенко С.А. – голова Асоціації медиків України, кандидат медичних наук, доцент.

*Матеріали друкуються в авторській редакції.
За точність викладеного матеріалу відповідальність
покладається на авторів.*

*Розглянуто та затверджено на засіданні методичної ради БМФК
Протокол № 3 від 15.03.2021 року*

© Асоціація медиків України, 2021
© Бахмутський медичний фаховий коледж, 2021
© Харківська медична академія післядипломної освіти, 2021

ЗМІСТ

I. СТРАТЕГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

<i>Diana Etco, Epidemiile de ciurma în Basarabia secolului al XIX-lea</i>	7
<i>Алієв С.П., Усенко С.А., Усенко С.Г., Організація контролю пестицидів у харчових продуктах</i>	9
<i>Афанасьєва О.І., Зайцева О.В., Клініко-епідеміологічні особливості обструктивних бронхітів у дітей</i>	11
<i>Болдарєва В.М., Аналіз сучасного погляду на синдром Дауна, медико-соціальний аспект</i>	13
<i>Болдарєва В.М., Геронаука: глобальний підхід до лікування і профілактики COVID-19</i>	15
<i>Виноградцева Н.М., Головні аспекти сімейної медицини</i>	16
<i>Вяла Г.В., Маренченко Л.П., Клінічний випадок командної роботи бригади екстреної медичної допомоги</i>	18
<i>Дабіжа І.І., Петренко Т.О., Бондаренко Н.В., Астенія – хвороба цивілізації</i>	20
<i>Косар Т.І., Гіпотензивна ефективність комбінованого застосування інгібіторів АПФ - та антагоністів кальцію при артеріальній гіпертензії..</i>	22
<i>Косар Т.І., Порушення кальцієвого обміну у пацієнтів з захворюваннями травного каналу, остеохондрозом та в період менопаузи</i>	24
<i>Красножон Н.М., Лифар Р.Х., Аврамова Д.В., Героїчні будні медиків міста Бахмут у період пандемії корона вірусу</i>	26
<i>Красножон Н.М., Сніховська О.В., Вяла Г.В., Перші результати навчання водіїв за професією Екстрений медичний технік (ЕМТ)</i>	30
<i>Кусакіна О.Л., Гайман О.А., Вплив кофеїну на організм людини</i>	32
<i>Ліщенко В.І., Санітарно-просвітня робота серед населення міста Покровська</i>	34
<i>Манжула О.В., Рекомендації щодо протиепідемічних заходів на промислових підприємствах на період карантину у зв'язку з поширенням корона вірусної хвороби (COVID-19)</i>	37
<i>Манжула Т.В., Карантинні заходи в епідеміології і математика</i>	39
<i>Подаваленко А.П., Актуальність спеціальності «епідеміологія» в умовах пандемії COVID-19</i>	42
<i>Сологуб О.І., Рання діагностика онкопаталогії</i>	43
<i>Кухарук Е.С., Довкілля і пандемія в Республіці Молдова</i>	46

II. ДІЄВІ ФОРМАТИ СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ, ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

<i>Bohdantseva L.V.</i> , Meta-subject approach to learning: metacognitive strategies	48
<i>Бейс О.А.</i> , Запровадження мультимедійних та інтерактивних вправ з фізики в період дистанційного навчання	49
<i>Бичкова Ю.О., Туз Є.О., Туз-Благовісна О.Ю.</i> , Проблеми та шляхи формування навчальної мотивації студентів до здобуття фахової перед вищої освіти	51
<i>Болдарєва В.М.</i> , Узагальнені принципи світового досвіду дистанційного навчання	53
<i>Бондарчук І.І., Бондарчук А.В.</i> , Організація дослідницької роботи студентів	55
<i>Борисенко О.М.</i> , Психологічний комфорт – основа успішної адаптації першокласників, які мають аутистичний спектр, до умов навчання у спеціалізованому класі	57
<i>Брежнєва О.М.</i> , Використання сучасних інтернет-ресурсів під час дистанційного навчання	60
<i>Бродецька І.В.</i> , Стратегічні пріоритети розвитку освітньої галузі «Здоров'я і фізична культура» в контексті вивчення навчального предмета «Основи здоров'я», шляхи їх реалізації	62
<i>Бубенцова Л.В.</i> , Формування англомовної компетентності в діалогічному мовленні майбутніх медичних фахівців в коледжах	64
<i>Бульбук О.І., Гвоздецька Г.С., Глов'як В.Г.</i> , Особливості проведення державної кваліфікаційної атестації «медсестринство» у 2020 році в ІФНМУ під час карантину COVID-19	67
<i>Гераськіна В.А.</i> , Дистанційне он-лайн тестування як безперервний контроль знань якості студентів	69
<i>Говорунова Л.М.</i> , Організація змішаного навчання в період карантину...	70
<i>Грабельников О.М., Логвинюк Р.П.</i> , Профілактика та корекція порушень постави студентів у процесі фізичного виховання	74
<i>Дабіжса І.І.</i> , Використання мультимедійних технологій при викладанні клінічних дисциплін в медичному коледжі	75
<i>Жиркова Г.М.</i> , Тестовий контроль – один з методів перевірки знань та умінь студентів	78
<i>Журавльова Т.І.</i> , Оптимізація процесу навчання та оцінювання підготовки за допомогою тестових завдань	81
<i>Земська О.Л.</i> , Оновлення діяльності викладачів і студентів в умовах змішаного навчання з метою підвищення якості фахівців дошкільної освіти	83
<i>Кулайко Г.В.</i> , Корекція емоційно-когнітивних розладів у дітей-аутиків в умовах спеціалізованого мікрокласу (як альтернативна порада батькам).....	85
<i>Леле Г.С.</i> , Реальний та віртуальний бібліотечний простір	89
<i>Леле Т.І.</i> , Методична толока «Умію та навчу». Вчимося – граючись	90

<i>Леонова Л.О., Використання технологій критичного мислення на заняттях з історії</i>	92
<i>Лис А.В., Особливості тривожності у студентів першого курсу КЗ БМФК в період адаптації під час дистанційного та змішаного навчання..</i>	94
<i>Михайленко О.В., Використання медіа-технологій в умовах змішаного навчання під час викладання навчальної дисципліни «Співи і музична література»</i>	96
<i>Нікуліна Г.Л., Багмут В.В., Роль лекції в підготовці медиків на післядипломному рівні</i>	98
<i>Петренко О.Р., Явище спунеризму у лінгвістичному, психологічному та літературознавчому аспектах</i>	99
<i>Роббіна Л.І., Впровадження інноваційного освітнього контенту у процес викладання навчальних дисциплін музично-теоретичного циклу.....</i>	103
<i>Романенко В.Л., Завражна Г.О., Організація дистанційного навчання на платформі G-Suite. Формування структури google-диску</i>	105
<i>Скиба Т.В., Сучасна мовно-літературна освіта як засіб формування успішної особистості</i>	108
<i>Скородумова Л.Б., Система тренувань CrossFit та можливості її використання для корекції тіло будови студентів у процесі фізичного виховання у закладах фахової перед вищої освіти</i>	111
<i>Солдатенко В.Г., Фізкультурно-оздоровча діяльність загальноосвітніх закладів як умова формування здоров'я школярів</i>	113
<i>Усенко С.А., Дяченко М.С., Усенко С.Г., Корекція стану ментального здоров'я молоді при навчанні</i>	115
<i>Чайка Н.П., Здоров'я людини в сучасному світі</i>	116
<i>Чернишова М.С., Роль служби охорони праці на період виробничої практики студентів</i>	117
<i>Чумакова К.С., Викладання навчальної дисципліни «Постановка голосу» з використанням проектних технологій</i>	119
<i>Швец Є.О., Ефективність застосування медіа технологій в умовах змішаного навчання в курсі викладання окремих методик з метою підвищення якості навчання спецдисциплін</i>	121
<i>Шепель О.А., Рейтингова система оцінювання з фізики як засіб мотивації учнів до навчання</i>	122
<i>Щурова Н.В., Оздоровча функція шкільної освіти та збереження здоров'я учнів</i>	124

III. МОЛОДЬ І НАУКА

<i>Білогур О., Мельникова Л.Ю., Геномотерапія: Можливості і терапія</i>	127
<i>Бойко А., Добродум Е., Мошегова Т.Г., Пузікова Т.М., Соціально-екологічні проблеми взаємодії суспільства і природи</i>	128
<i>Бондаренко Д., Аргунова Л.В., Гемодіаліз дарує шанс на життя</i>	130
<i>Западня М., Бродецька І.В., Здоров'я дітей в умовах сучасних викликів..</i>	133

<i>Краснобриж Б., Бродецька І.В.,</i> Здоровий спосіб життя	135
<i>Крючков С., Ситковська І.П.,</i> Мова як частина культури	137
<i>Лепна С., Леонова Л.О.,</i> Віч на віч з неньою Україною	138
<i>Оліникова В., Леоненко Л.О.,</i> Вплив музики на мозок людини	140
<i>Петрусенко А., Петрусенко О.В., Літвін Т.В.,</i> Як пандемії змінюють світ	142
<i>Письменна О., Іваненко В.І.,</i> Українська енергетична стратегія розвитку вітряної енергетики: переваги та недоліки	146
<i>Рибальченко О., Вірченко В.І.,</i> Фізико-хімічне тестування питної води міста Бахмут	148
<i>Сторожук А., Плига Е.К.,</i> Особливості перебігу COVID-19 та пневмонії на тлі корона вірусної інфекції	149

ІV. СТОРІНКИ ІСТОРІЇ. ДО 95-РІЧЧЯ БАХМУТСЬКОГО МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ

<i>Аргунова Л.В.,</i> Медичні династії м. Маріуполя	153
<i>Бубнова К.А.,</i> Успішні династії медпрацівників	156
<i>Ветрова А., Бубенцова Л.В., Лисенко Олександра Олексіївна.</i> Золотий фонд коледжу (до 95-річчя заснування коледжу)	157
<i>Говорунова І., Літвін Т.В., Говорунова Л.М.,</i> Реалізація завдань українізації як запорука успішного розвитку держави	159
<i>Дишева Н.В.,</i> Деякі питання розвитку ветеринарної справи у Бахмуті та Бахмутському повіті	163
<i>Євтушенко В.В.,</i> Життя і медицина, життя в медицині, медицина – це і є моє життя	167
<i>Єцко Д.,</i> Карантинні заходи та епідемії чуми в Бессарабії в першій половині дев'ятнадцятого століття	170
<i>Ібраєв А., Абрамов О.Є.,</i> Охорона здоров'я в Бахмуті на рубежі ХІХ-ХХ століть	171
<i>Кандинська К., Літвін Т.В.,</i> Цікаві факти з історії Бахмутського медичного фахового коледжу	172
<i>Літвін Т.В.,</i> Інтерв'ю-роздуми напередодні 95-річного ювілею	177
<i>Новоженіна Я., Сикварова С.М., Літвін Т.В.,</i> Основна професія – медик, а за волею душі – природознавець	181
<i>Ситковська І.П.,</i> Незалежні, бо вільні духом... ..	184
<i>Сніховська О.В.,</i> Буремні роки: випробування на міцність (зі спогадів про коледж та колектив)	187
<i>Суркова Е., Красножон Н.М., Сикварова С.М., Китаєв Арон Львович –</i> видатний лікар, вчитель, громадський діяч (до 95-річчя Бахмутського медичного коледжу)	192

I. СТРАТЕГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

EPIDEMIIILE DE CIUMA ÎN BASARABIA SECOLULUI AL XIX-LEA

Diana Etcu, doctor în istorie

Institutul de Istorie, Republica Moldova

Cuvântul epidemie, de regulă, se asociază cu manifestări morbide în masă legate de letalitate înaltă. Noțiunea de epidemie provine de la grecescul epi, ce se traduce drept nenorocire și demos- popor, mai exact- nenorocire abatută asupra poporului. Unul din cele mai grave flageluri care au afectat întreaga omenire a fost epidemia de ciuma. De atacul ei nemilos nu a fost crutată nici o regiune a globului pamantesc. În rezultatul războiului ruso-turc din anii 1806-1812 regiunea dintre Nistru și Prut, conform tratatului de pace de la 16 mai 1812 dintre Imperiul Rus și Imperiul Turc a devenit parte component a Imperiului Rus. Regiunea s-a numit Basarabia. Basarabia țaristă pe parcursul secolului al XIX-lea, la rîndul ei, a fost ținta unor epidemii care au avut un impact major asupra tuturor sferelor de activitate ale provinciei. În studiul de mai jos se analizează epidemiile de ciumă care au fost înregistrate în Basarabia de-a lungul secolului al XIX-lea. Cauzele și consecințele lor. Dacă astăzi unul din elementele care favorizează raspîndirea bolilor contagioase este migrația intensă a populației, atunci, care erau cauzele difuzării lor acum două secole?

- În Basarabia secolului al XIX-lea difuzarea bolilor contagioase au rezultat în urma dezvoltării relațiilor comerciale, desfășurării operațiilor militare și colonizării provinciei.

- La finele anului 1812 ciuma a fost atestată în Basarabia. Focarul de infecție se afla în imediata vecinătate- orașul Odesa. În toamna anului 1812 în zona de infecție au fost secerăți cca 2000 de oameni. Reieșind din gravitatea situației, în vederea eficientizării combaterii și eradicării epidemiei, autoritățile din regiune au aplicat instituirea unui cordon sanitar. După doi ani de eforturi de a stopa ravagiile ciumei, autoritățile au ridicat carantina la 10 august 1814.

- Cât privește Basarabia, aici au fost atestate cazuri de ciumă în județele Iași și Hotin. Datorită măsurilor efective aplicate eficient s-a reușit doar în câteva luni de zile combaterea epidemiei. La finele anului 1812 în Basarabia nu a mai fost raportat nici un caz de ciumă. Pe parcursul perioadei epidemice au decedat 116 persoane.

- La începutul anului 1813 în orașul Brăila din Principatul Moldovei au fost atestate noi cazuri de ciumă. Alerat de posibilitatea extinderii rapide în Imperiul Rus, general- guvernatorul Basarabiei I. Harting a ordonat din 4 februarie 1813 instituirea cordonului sanitar la Prut. Acestui demers i s-a împotrivit guvernatorul civil al Basarabiei Scarlat Sturza, care a cerut permisiunea trecerii libere a frontierei de către persoanele care ar fi avut acte în regulă cu semnătura sa (a guvernatorului civil). El explica prin faptul că persoanele respective în majoritatea

cazurilor doar părăsesc provincia și în acest mod ele nu pot fi contagioase aici pe loc.

- În punctele de trecere ale frontierei Basarabiei țariste au fost instituite posturi de carantină. Persoanele care veneau din orașele Bârlad, Galați, Focșani urmau să fie puse în carantină pe un termen de 40 de zile, iar cele care veneau din nordul Principatului Moldovei- doar 24 de zile. Tot în acest context al măsurilor anti-pandemice a fost interzis importul mărfurilor din Turcia. Ba mai mult ca atât, s-a ordonat dezinfectarea tuturor monedelor aduse în Basarabia din afara hotarelor.

- Primind semnale certe despre atestarea a noi cazuri de ciumă atât în stânga Nistrului, cât și în dreapta Prutului, autoritățile țariste din Basarabia au decis sa instituie Comitetul de carantină din Basarabia. Funcția de președinte a revenit locotenent-colonelului Poltavțev. Situația era extreme de fragilă deoarece principatul Moldovei nu avea posturi de carantină cu Imperiul Otoman și cel Austriac. Drept consecință, era asigurat drum deschis pentru răspândirea necontrolată a epidemiei de ciumă prin persoanele infectate care călătoreau nestingherit dintr-un loc în altul, în special aceștia erau comercianții.

- Organizarea Cordonului sanitar basarabean s-a efectuat în baza Regulamentului de organizare a punctelor de carantină din gubernia Podolia, adoptat la 28 februarie 1813, autorizat de către general- maiorul, prințul A.B. Kurakin. Regiunea Basarabia se afla într-o situație de asediu epidemiologic. Epidemia de ciumă făcea ravagii în teritoriile din imediata sa vecinătate, atât în dreapta cât și în stânga frontierelor guberniei. Ciuma a fost atestată în dreapta Prutului, în Principatul Moldovei, de asemenea a fost atestată în Podolia, în județul Balta, de asemena a fost atestată și la Tiraspol (gubernia Herson)), Kameneț-Podolsk. Mai grav era faptul că a fost atestată în Nordul guberniei, și anume în județul Hotin – în localitățile Pașcăuți, Dancăuți, Chilăuți, Canlauc, Burdujuful, Rașcov și în județul Iași – în localitățile Glodeni și Vasiliuții Mari.

- Autoritățile țariste au interzis intrarea mărfurilor din Imperiul Turc și Austriac în afara punctelor de carantină. Cordoanele sanitare erau formate din militari. La Iași, Moghilev și Dubăsari au fost păstrate punctele de carantină. Atât călătorii cât și mărfurile care îi însoțeau erau supuse măsurilor de carantină. Persoanele fizice erau impuse să stea în izolare timp de 21 de zile. Întregul inventar era dezinfectat după sistemul lui Ghitan de Mavro, la fel caii și vitele erau carantinizați în conformitate cu prevederile regulamentului de carantină din 1813. În același context al măsurilor preventive de stopare a epidemiei de ciumă a fost interzis pescuitul de-a lungul râului Prut.

- Călătorii și mărfurile erau supuse unei carantine de 21 de zile, în timpul căreia toate echipamentele și hainele urmau să fi e curățate după sistemul lui Ghitan de Marvo, iar caii și vitele – supuși măsurilor de carantină conform Regulamentului carantinal.

- În luna octombrie a anului 1819 în capital guberniei Basarabia a fost înființată Comisia pentru combaterea epidemiei de ciumă. În activitatea sa Comisia se călăuzea de Regulamentul carantinal. În exercitarea atribuțiilor sale membrii comisiei erau în drept să supună unor verificări riguroase locuitorii satelor afectate de epidemie, de asemenea trebuiau să asigure personalul medical cu

medicamentele necesare și dezinfectante, să organizeze aprovizionarea cu produse alimentare și apă potabilă locuitorii din zonele afectate.

- După eradicarea epidemiei, în anul 1820 Comisia în cauză a fost desființată.

- În urma unui nou război ruso-turc din anii 1828-29 din nou Principatul Moldovei și Valahia cad pradă unei noi epidemii de ciumă. Fiind în imediata vecinătate cu Basarabia autoritățile guberniale au luat în mod expres atitudine. În anul 1828 din nou au fost înființate Comitete pentru eradicarea ciumei. Ele erau subordonate Comitetului supreme pentru combaterea ciumei, înființat pe lângă Comandamentul Suprem al armatelor rusești. A mai fost înființat un leprozoriu care și-a încetat activitatea în anul 1830 după stoparea epidemiei.

ORGANIZATION OF CONTROL OF PESTICIDES IN FOOD

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ПЕСТИЦИДОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Samardin Aliev¹, Svitlana Usenko², Serhiy Usenko³

¹State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

²Kharkiv National Medical University, Ukraine

³Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Алиев С.П.¹, Усенко С.Г.², Усенко С.А.³

¹Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

²Харьковский национальный медицинский университет, Украина

³Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Organization of control of pesticide residues in food has been and remains one of the pressing problems of the control system in the Republic of Tajikistan. Until 1991, there was an intensive use of pesticides in agriculture. The pesticide load per 1 ha of sown area ranged from 12.9 to 24.1 kg/ha. There is now a slight use of pesticides in the agro-industrial complex. Adult morbidity in two regions correlated with pesticide levels in food. The use of the Codex Alimentarius will reduce the incidence of disease among adults and children. The modern control system for pesticide residues in food needs to develop and approve a strategy to ensure food safety by harmonizing the regulatory framework, knowledge and skills of specialists, introducing modern control approaches based on risk analysis, consolidating and re-equipping laboratories.

Организация контроля остатков пестицидов в пищевых продуктах была и остается одной из насущных проблем системы контроля в Республике

Таджикистан (РТ). До середини дев'яностих років прошлого столетия по уровню применения пестицидов РТ занимала одно из ведущих мест среди бывших республик и было использовано около 300 тысяч тонн пестицидов. Пестицидная нагрузка на 1 га посевной площади составляла от 12,9 до 24,1 кг/га. Сейчас отмечается незначительное применения пестицидов в агропромышленном комплексе, что обусловлено их низкой доступностью из-за высоких цен, глобализации торговых отношений, вхождением РТ в ВТО в 2012 г. с принятием соглашения по применению санитарных и фитосанитарных мер. Для сравнения, в Украине на протяжении десятилетий ситуация с использованием пестицидов остается контролируемой. А в связи с подписанием Соглашения об ассоциации с Европейским Союзом, украинское фитосанитарное законодательство практически гармонизировано.

Анализ заболеваемости взрослого населения Согдийской и Хатлонской областей РТ показал наличие корреляционной связи в отношении ревматизма, болезней органов дыхания, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, нефритов, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, шизофрении, неврозозов и психопатий и туберкулеза с уровнем пестицидов. Выраженная корреляционная связь установлена между уровнем применения пестицидов и детской смертностью в обеих изученных областях Таджикистана.

Для обеспечения безопасности продуктов питания выделяют следующие направления: совершенствование и развитие законодательной базы, современное развитие лабораторных исследований и внедрение системы анализа и управления рисками. Законодательство о безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья должно соответствовать следующим критериям: отвечать национальным и международным нормам и стандартам, следовать им; содействовать достижению целей страны в области безопасности пищевых продуктов и гарантировать требуемый уровень здоровья населения; оказывать поддержку развитию производства продуктов питания и стимулировать торговлю безопасными продуктами питания; удовлетворять потребности страны в обеспечении продовольственной безопасности; осуществлять принятие решения и разработку научно обоснованной политики в обеспечении безопасности продуктов питания в соответствии с международными критериями. Начиная с февраля 2009 года, РТ является членом Кодекса Алиментариус (КА) и гармонизирует таджикские нормативно-правовых актов с его стандартами и нормами. Основу для выявления опасных факторов и борьбы с ними в целях обеспечения безопасности пищевых продуктов составляют принципы «Анализа угроз и установление критических контрольных точек», разработанные Комитетом КА по гигиене пищевых продуктов. Однако не все производители и торговые организации могут внедрить такую систему из-за отсутствия разработанной нормативно-правовой и лабораторной базы, современных методов отбора и анализа проб, оборудования, реагентов и высококвалифицированных специалистов. Следует отметить, что даже вышеприведенный краткий перечень (набор) проблем в сфере контроля

пищевых продуктов не только может отразиться на здоровье населения, но и значительно ограничивает возможности РТ диверсифицировать рынки сбыта сельскохозяйственной продукции.

Таким образом, современная система контроля остатков пестицидов в пищевых продуктах в РТ остро нуждается в разработке и утверждении стратегии по обеспечению безопасности пищевых продуктов путем гармонизации нормативно-законодательной базы, знаний и навыков специалистов, внедрения современных подходов контроля, основанных на анализе риска, консолидация и переоснащение лабораторий.

КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ

Афанасьєва О.І., викладач педіатрії

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Зайцева О.В., завідувач інфекційним відділенням (дитячим)

КНП «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут»

Гострий обструктивний бронхіт в структурі гострої бронхо-легеневої патології дитячого віку займає значне місце. Він є різновидом гострого бронхіту і характеризується вираженим синдромом бронхіальної обструкції. Частота обструктивного бронхіту на сьогоднішній день залишається досить високою, особливо серед дітей молодшого віку. Це, насамперед, пов'язано з великою різноманітністю факторів, що спонукають до розвитку обструктивного бронхіту - респіраторні вірусні інфекції, викликані респіраторно-синцитіальним вірусом, вірусом парагрипу, рідше вірусом грипу, аденовірусом та мікоплазмами. У розвитку бронхіальної обструкції у грудних дітей головну роль відіграють вікові особливості: бронхи у маленьких дітей вужчі ніж у дорослих, хрящі бронхіального тракту м'які, кісткові структури грудної клітини ригідні, велика кількість бокалоподібних клітин, що виділяють слиз та підвищують в'язкість бронхіального секрету, недосконалість імунних реакцій (знижене утворення інтерферону у верхніх дихальних шляхах, сироваткового та секреторного імуноглобуліну А, знижена активність Т-системи імунітету). Крім того, великий вплив на розвиток обструктивного бронхіту у дітей мають переважно перебування на спині в перші місяці життя, токсикози під час вагітності, ускладнення під час пологів, гіпоксія плода, недоношеність, алергологічний анамнез, рахіт, аномалії конституції, дистрофія, гіперплазія тимусу, перинатальна енцефалопатія, раннє штучне вигодовування, годування коров'ячим молоком, зловживання солодкою їжею, перенесені респіраторні захворювання в ранньому віці, а також пасивне куріння в сім'ї забруднення оточуючої атмосфери індустриальними газами (аміак, хлор, кислоти, органічний та неорганічний пил).

Для вивчення клініко – епідеміологічних особливостей обструктивних бронхітів у дітей нами було обстежено 124 дитини у віці від 1 місяця до 12

років, які знаходились на лікуванні в інфекційному відділенні (дитячому) КНП «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут» з приводу обструктивного бронхіту/бронхіоліту за період 2018-2020 років.

З них: віком до **6 місяців** – 29 дітей (23,3%), від **6 місяців до 1 року** – 54 дитини (43,5%), **1 – 3 роки** – 34 дитини (27,4%), **3 – 6 років** – 6 дітей (4,8%), **6 – 12 років** – 1 дитина (0,8%).

З усіх обстежених дітей 46 (37%) хворіли **взимку**, 25 (20,1%) – **навесні**, 21 (16,9%) – **влітку**, 29 (23,3%) – **восени**, **періодично весною та восени** – 3 (2,4%).

Серед обстежених дітей 70,9% знаходились на змішаному вигодовуванні, з них 28 дітей (32,4%) були переведені на змішаний тип вигодовування до 3-х місяців і 33 дитини (37,6%) – пізніше 3-х місяців. На штучному вигодовуванні з моменту народження знаходилось 7 дітей (5,8%), на грудному вигодовуванні знаходилось 29 дітей (23,3%). У 41 (33%) обстеженої дитини було відмічено обтяжений алергологічний анамнез (реакція на антибіотики, харчові продукти, алергічні реакції у батьків), у 59 (48%) матерів дітей відмічались ускладнення перебігу вагітності та пологів (анемії, токсикози, нефропатії, гіпертонічна хвороба, вакуум екстракція, кесарів розтин).

Як правило, всі діти поступали до лікарні після неефективного лікування вдома - впродовж 5 діб від початку захворювання у 56% випадків, 6-8 діб - у 40% випадків, пізніше – 4%. У всіх обстежених пацієнтів клінічний перебіг проявлявся синдромом бронхіальної обструкції. Виражені прояви бронхіальної обструкції відзначались у 87 дітей (70%), причому більш виражені порушення бронхіальної прохідності відмічались у дітей раннього віку. Значна кількість батьків вдома самостійно та безконтрольно призначали дітям до 3-х років муколітичні засоби. У 4% хворих (10 дітей) бронхообструктивний синдром супроводжувався надсадним, задушливим, безперервним кашлем. Нормальна температура тіла відмічалась у 45 дітей (36%), субфебрильна – у 73 дітей (59%), висока (39⁰С та вище) – у 6 хворих (5%), але залежності між лихоманкою та ступенем прояву синдрому бронхообструкції виявлено не було. Середня тривалість лікування складала 8 – 12 діб, але залежала від термінів госпіталізації від моменту захворювання та наявності фонових станів у дітей (анемія, рахіт, діатези, паратрофія).

З вище вказаного можна зробити висновок, що в розвитку обструктивних бронхітів велике значення мають: характер вигодовування, спадковість, несприятливий перебіг вагітності та ускладнення пологів, схильність до алергічних проявів та необгрунтоване призначення муколітичних засобів у дітей до 5-ти років.

Таким чином, виявлення чинників ризику дозволяє більш цілеспрямовано розробляти плани реабілітаційних і профілактичних заходів щодо попередження обструктивного бронхіту в дітей.

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ПОГЛЯДУ НА СИНДРОМ ДАУНА, МЕДИКО–СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ.

*Болдарєва В.М., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Актуальність. Внаслідок подовження тривалості життя людей із синдромом Дауна від 25-30 до 60 років та виникнення певних труднощів ведення таких пацієнтів виникла необхідність дослідження лікування та догляду складного медико-соціального стану. Тому що проблеми навчання, розвитку, працевлаштування дітей з синдромом Дауна залишаються переважно внутрішньою проблемою родини.

Мета. Проаналізувати відкриті джерела стосовно інформації щодо лікування та реабілітації пацієнтів із синдромом Дауна.

21 березня – Всесвітній день людей із синдромом Дауна (СД). Дата вибрана не випадково. Причинно СД обумовлений цілковитою або частковою трисомією в 21-й парі хромосом. Порушення відносять до актуальних проблем сучасності та пов'язані з мертвонароджуваністю і смертністю серед немовлят. Поширеність СД до 30 років 1:700-800 після 30 років – 1:250, після 40 років 1:100. СД не залежить від національності, харчування, матеріального статку тощо, тобто дитина з такою патологією може народитися в будь-якій сім'ї. Синдром Дауна – це не хвороба, а випадкова генетична мутація, хоча тривалі дослідження підтвердили порушення обміну фолієвої кислоти у жінок, що народили дітей із СД, але вживання профілактичних доз останньої на зниження частоти випадків народження із СД не встановлено.

Так, СД, це не хвороба, але крім характерної зовнішності у таких дітей спостерігаються патологічні порушення систем: кардіореспіраторної, кістково-м'язової, імунної, нейропсихічної. Прояви патологічних станів цих систем прискорюють інвалідизацію, що впливає на якість подальшого життя дорослих, які приймають участь у організації життєдіяльності дитини. Подовження тривалості життя людей з СД від 25-30 до 60 років спонукає до подальших досліджень для покращення їх реабілітації.

Діагностика СД полягає в проведенні пренатального скринінгу, дослідженні крові, регулярного УЗ-дослідженні (виявлення вад серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту). В подальшому більш складні обстеження хоріо- та амніоценти, ДНК материнської плазми.

Після народження можна говорити не про діагностику, а про впізнаваність (візуальні характерні ознаки) даної хромосомної патології:

- череп брахіцефальної форми зі згладженою потилицею;
- пласке (приплюснуте) обличчя;
- внутрішній кут очей розташований нижче, ніж зовнішній;
- на радужці світлі плями (Брашфілда);
- вушні раковини маленькі, недорозвинуті;
- недорозвинута верхня щелепа;

- язик «складчатий», збільшений, виступає з рота;
- стигми кистей і стоп (кисті широкі, пальці короткі, мізинці викривлені, на долоні одна поперечна складка, розширений проміжок між першим і другим пальцем на ступні).

Діагноз підтверджують такі дослідження:

- каріотипу 21 хромосоми;
- клінічний аналіз крові;
- визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ);
- ЕКГ;
- діагностика шлунково-кишкових порушень.

Коморбідні стани, асоційовані з синдромом Дауна:

- найчастіше із СД асоційований дефект міжпередсердної та міжшлуночковими перетинками, що призводить до підвищення тиску в системі легеневої артерії та обумовлює задишку, затримку росту, а в подальшому заміщення альвеолярної тканини кістозною та ризик ускладнень при перебігу ГРВІ;
- з боку кістково-м'язової системи – це нестабільність атланти-потиличного та атланти-цервікального зчленування, що може призвести до здавлення довгастого мозку та створити загрозу життю. Також це затримка росту, ожиріння, обструктивного апное сну, розвитку цукрового діабету, судом, порушень моторики, змішаних судинно-неврологічних порушень за типом хвороби моя-моя.

З аутоімунних порушень частіше зустрічається цукровий діабет I типу, ювенільний ревматоїдний артрит, целіакія, вітіліго, хвороба Хошимото.

Медико-соціальну проблему складає розлади мови, знижені пізнавальні можливості, синдром дезінтеграції в підлітковому віці, що характеризується регресуючими емоційно-психічними розладами за аутистичним спектром та раннім виникненням деменції.

Лікування синдрому Дауна

На сучасному етапі при СД основне значення має надання допомоги фахівцями дефектологами, корекційними педагогами інклюзивної освіти. Щодо медикаментозного лікування за допомогою інгібіторів глутаманних рецепторів та інгібіторів холінестеразу, а також вітамінно-мінеральними комплексами, харчовими домішками, препаратів групи ноотропів – належних результатів не отримано. В останній час широко пропонують використання стовбурових клітин, але достовірна ефективність їх не доведена. Позитивні результати отримані при призначенні препаратів групи зворотного захвату серотоніну та амфетамінів у разі виникнення синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.

Висновки. Синдром Дауна є складною медико-соціальною проблемою, що впливає на життя оточуючих дорослих, вимагає подальших досліджень для покращення реабілітації та зниження соціального напруження.

ГЕРОНАУКА: ГЛОБАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ COVID-19. (за публікаціями спостережень у світі)

*Болдарєва В.М., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Актуальність. В грудні 2019 року в Ухані, Китай, виявлений новий коронавірус, спочатку названий 2019 nCov, а потім SARS-CoV-2 (що викликав нинішню пандемію COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), яка до травня 2020 року забрала життя понад 300000 людей в світі).

Мета. Проаналізувати відкриті джерела стосовно впливу SARS-CoV-2 на організм, який старіє. Внести корективи в робочу навчальну програму предмету «Медсестринство в геронтології та герітрії» щодо особливостей догляду за хворими похилого віку із захворюваннями, спричиненими вірусом.

Аналіз інформації з відкритих джерел. Найвища смертність від COVID-19 спостерігається серед пацієнтів старшого віку (2). Пацієнти відділення інтенсивної терапії старше, ніж пацієнти, які не потребують ВІТ. У дослідженні з використанням бази даних спостережень з 169 лікарень в Азії, Європі та Північній Америці, вік старше 65 років був пов'язаний з більш високим ризиком госпітальної смерті: 10,0% смертності для людей старших 65 років проти 4,9% серед осіб, молодших 65 років (2). У Франції 3,6% інфікованих потребували госпіталізації, при цьому середній рівень смертності 0,7% варіювався від 0,001% у осіб, молодших 20 років до 10,1% у осіб, старших 80 років (3).

Один із найбільш ефективних підходів до лікування хворих, старших 65 років, - використовувати вже схвалені препарати, які діють на різних стадіях вірусної інфекції і протидіють імунній відповіді. Можна виділити дві терапевтичні стратегії: агенти, які можуть націлюватися на вірус, і агенти, що захищають господаря. У першій категорії дослідження зосереджені на препаратах, які обмежують доступ або реплікацію (наприклад, ремдезівір, лопінавір/ритонавір, гидроксихлорохин, IFN α , IFN β). У другій - основна увага приділяється ЛЗ, які можуть обмежувати запальну відповідь (наприклад, кортикостероїди, тоцілізумаб, який є анти-IL-6R) або посилювати вроджену противірусну імунну відповідь (вакцина БЦЖ, IFN типу I) (4).

У клінічних дослідженнях COVID-19 в якості аргументу використовувався хронологічний вік людини, в той час як механізми старіння можуть бути різними. Неміч - це клінічний синдром, який часто зустрічається у людей похилого віку (визначений Фрідом і співавторами (5) як клінічний синдром, при якому присутні як мінімум три з наступних критеріїв: безпідставна втрата ваги, виснаження, слабкість, низька швидкість нервових процесів і слабка фізична активність). Старіння і неміч змінюють клінічну картину інфекцій через зміни в регуляції температури, зниження когнітивних функцій або недоїдання. У літніх людей жар може не

виявлятися, і необхідно знати про всі клінічні прояви COVID-19 для раннього виявлення ослаблених людей, інфікованих SARS-CoV-2(3).

Під час старіння хронічний антигенний стрес (хронічна інфекція, транслокація мікробіоти) призводить до хронічного запалення середнього ступеня тяжкості як механізму захисту; але регуляція запалення відсутня у деяких літніх людей. Клітини, що старіють, мають секреторний фенотип, пов'язаний зі старінням (SASP), і секретують високі рівні медіаторів запалення, таких як IL-6, IL-1 β , TNF α , та інших молекул (IL-18, IL-8, CCL2, CCL11), зростання чинників зсідання крові і протеази (6). SASP є характеристикою старіючих клітин із зупиненим ростом клітин і стійкістю до апоптозу. Він також може експресувати CD4 + Т-клітинами (SA-T) і старіючим CD8 + Т-клітинами, що пов'язано з іммуносенесценцією.

Імуностаріння у ослаблених людей може призвести до більш високої реплікації SARS-CoV-2 і більш серйозного прояву COVID-19.

Лікування, яке орієнтоване на молекулярні шляхи старіння, може знизити розвиток і тяжкість вікових захворювань та інших супутніх захворювань. Сенолітичні препарати (наприклад, кверцетин, дазатиніб, руксолітініб) можуть мати позитивний ефект для профілактики або лікування інфекції SARS-CoV-2, послаблюючи цитокіновий шторм і знижуючи іммуносенесценцію (7). Інгібітори mTog (наприклад, рапаміцин, RTB101, еверолімус) схвалені для використання на людях і, як відомо, затримують розвиток вікових захворювань у тварин.

Висновки.

1. Вірус SARS-CoV-2 патологічно впливає більшою мірою на хворих людей, старших 65 років.
2. Необхідно знати про всі клінічні прояви COVID-19 для раннього виявлення ослаблених людей, інфікованих SARS-CoV-2.
3. Лікування ослаблених людей віком більше 65 років, повинно враховувати молекулярні шляхи старіння.

ГОЛОВНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*Виноградцева Н.М., викладач сімейної медицини
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Сімейна медицина – це медицина майбутнього
у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Актуальність проблеми. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини.

Мета. Лікар загальної практики-сімейний лікар – повинен добре розуміти, як сім'я впливає на здоров'я пацієнта і як здоров'я пацієнта відображається на його сім'ї.

З цією метою сімейну медицину як спеціальність особливо характеризує система професійних цінностей спеціалістів, які у ній працюють. Це, перш за все, широкий погляд на клінічні проблеми пацієнта, медичне обслуговування в контексті сім'ї, індивідуальний підхід до здоров'я хворого та членів його сім'ї. Співробітництво із сім'єю буде означати, що з боку медичних працівників з'явиться розуміння і поважливе відношення до емоційних переживань і наслідків, які обов'язково виникають при захворюванні одного із членів сім'ї. Усвідомлення хвороби одного із членів родини неможливо відокремити від адекватної реакції членів його сім'ї, рідних йому людей. Безумовно, відношення пацієнта до своєї хвороби, її розуміння та значення, яке він її надає, визначається його соціальним оточенням. З іншої сторони, хвороба пацієнта здійснює вплив на його близьких і соціальне оточення. Це єдиний, нероздільний процес із зворотними зв'язками. Сімейний лікар повинен не розкитувати цю систему, а приводити її у стан рівноваги.

Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів.

Головні із них:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

Надаючи допомогу декільком поколінням пацієнтів із однієї сім'ї, сімейний лікар і сімейна медсестра неминуче стають свідками і внутрішніх проблем родини, і тісно стикаються з ними. Ставлення сім'ї до питань здоров'я її членів, впливи екологічних факторів, спорту, особливостей харчування, значущості для здоров'я шкідливих звичок тощо – має постійно контролюватися медичним працівником, який повинен передбачувати як очікувані, так і не очікувані переходи кожного із членів сім'ї в зону ризику. У спеціаліста із сімейної медицини є унікальна можливість застосовувати превентивні міри на ранньому етапі патологічних змін.

Я вважаю, що профілактична спрямованість є важливим принципом сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами і членами їх сімей. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їх життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

З моєї точки зору інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики.

Вважаю що, сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, але і є єдиною запорукою підвищення не тільки якості надання медичної допомоги населенню, але і підвищення авторитету і соціального статусу лікаря, який прийме рішення присвятити свою професійну діяльність саме цьому розділу охорони здоров'я.

Я пропоную такі основні вимоги до сімейного лікаря:

- вміти проводити первинне обстеження пацієнта;
- багато уваги приділяти психосоціальному стану пацієнта;
- вміти спілкуватися з пацієнтом на належному рівні;
- вміти надавати невідкладну допомогу пацієнтам;
- вміти вірно розставити пріоритети пацієнт – лікар.

Висновок. На мою думку, впровадження сімейної медицини – це вимога часу. Сімейні лікарі та медсестри надають адресну допомогу кожному пацієнтові та є первинною ланкою у боротьбі з хворобами.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОМАНДНОЇ РОБОТИ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вяла Г.В., завідувача практичним навчанням

Маренченко Л.П., викладач медсестринства в педіатрії

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Мета. Демонстрація випадку успішного надання допомоги пацієнту з кишковою непрохідністю.

Вступ. Однією з найбільших проблем екстреної медичної допомоги (ЕМД) сьогодні є незадовільна її якість на догоспітальному етапі. Кабінетом Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 383-р було надане розпорядження «Про створення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги». Ця концепція надає вирішення вказаної вище проблеми. З 2019 р. Комунальне некомерційне підприємство «Донецький Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та Комунальний заклад «Бахмутський медичний фаховий коледж» беруть активну участь в реалізації реформи ЕМД в Україні. За підтримки ПРООН КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж» впорядкував Стандарт з підготовки екстрених медичних техніків, який у липні 2019 року (Стандарт СП(ПТ)О 5132 Q86.00-2019) був схвалений Міністерством освіти і науки та Міністерством соціальної політики України та затверджений Наказом Міністерства освіти і науки України від 10 липня 2019 року № 969. У серпні 2019 року коледж отримав ліцензію у сфері професійної (професійно-технічної) освіти на підготовку за професією 5132 «Екстрений медичний технік». В 2020 році коледж пройшов державну атестацію з професії «ЕМТ» та з січня 2021 року розпочав навчання водіїв екстреної медичної допомоги.

Хочемо навести один з практичних прикладів командної роботи нашої бригади екстрених медичних техніків, який доводить важливість активної участі в екстреній медичній допомозі на догоспітальному етапі всіх членів бригади ЕМД, включаючи водія – майбутнього екстреного медичного техника. Екстрений медичний технік (ЕМТ) – не водій, і не санітар. ЕМТ – професійно підготовлений працівник ЕМД, на якого покладаються функції професійного управління санітарним транспортом, досконале знання медичної апаратури, виконання багатьох медичних маніпуляцій в межах своєї компетенції, асистування середньому (фельдшеру) та старшому (лікаря) медичному персоналу у проведенні складних маніпуляцій.

Дитина В., народилася від 4 вагітності, 27 тижнів, дострокових патологічних пологів, оперативне втручання – кесарів розтин, було відшарування нормально розташованої плаценти з кровотечею. Стан дитини тяжкий. Вага – 900 г, довжина – 40 см, обвід голови – 27 см, обвід грудної клітки – 24 см. Оцінювання за шкалою Апгар – 4-7 балів. Були проведені реанімаційні заходи. Сатурація кисню – 88 %. Дихання стогнуче, ретракція грудної клітки, втягіння міжребрових проміжків. Під час аускультатії дихання в нижніх відділах не вислуховується.

Дитині був ендотрахеально введений куросурф. Дитина була переведена на апаратне дихання (Leone-2), на якому знаходилася впродовж 7 діб, після чого дихальні розлади ліквідувалися.

На 9 добу з'явилося здуття живота, не було випорожнень. Був встановлений попередній діагноз Виразково-некротичний ентероколіт, кишкова непрохідність; недоношеність 3 ступеню.

Була викликана «санавіація» з метою госпіталізації до хірургічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні. Дитина транспортувалася бригадою екстреної медичної допомоги (ЕМД) Донецького обласного Центру екстреної медицини та медицини катастроф м. Краматорськ. У складі бригади були лікар-неонатолог (Маренченко Л.П.), фельдшер та водій.

На прикладі цього випадку розглянемо дії і роль водія – майбутнього екстреного медичного техника. Водій готував машину ЕМД для прийому хворої дитини: вмикав розігрів салону (температура повітря - 22-24°C), вмикав транспортний кювез (температура - 30-34°C), заливав до кювезу дистильовану воду для вологості повітря 40-50%. Разом з фельдшером забезпечував кисневу підтримку (за допомогою апарату Боброва, заправленого сурфактантзбережуючою сумішшю), вмикав кисневу апаратуру, переносив і підключав кисневі балони. Водій готував оснащення для внутрішньовенної інфузії, переносив лінеомат. (Пупкова вена хворої дитини була катетеризована, за допомогою лінеомата забезпечувалася безперервна подача лікарських засобів). Під час подорожі водій уважно слідкував за дорогою, вибирав найкоротший і найнебезпечніший маршрут.

По прибуттю до пункту призначення водій йшов до приймального відділення з документами хворого, доповідав про прибуття і дізнавався про подальший маршрут до реанімаційного відділення. По прибуттю до

реанімаційного відділення допомагав транспортувати хвору дитину з машини ЕМД до відділення, а саме переносив кисневі балони, лінеомат. З відділення, куди госпіталізували хвору дитину, забирав її речі, а також апарати, що використовувалися при транспортуванні.

Висновок. Ефективна командна робота всієї бригади ЕМД, включаючи водія в якості екстреного медичного техника, є запорукою якісної медичної допомоги пацієнту, який перебуває у невідкладному стані. На сьогодні участь у наданні екстреної медичної допомоги повинна обов'язково входити у функціональні обов'язки водія бригади ЕМД.

АСТЕНОПІЯ - ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ

Дабіжжа І.І., лікар-офтальмолог

Петренко Т.О., лікар-офтальмолог

*Бондаренко Н.В., завідувач відділенням професійних оглядів, лікар-терапевт
КНП «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут»*

Процес загальної комп'ютеризації не лише полегшує працю, але і додає зайвий рядок в список професійних захворювань.

Астенія (чи зорова стомлюваність) – це втома очей, що швидко настає, при зоровій роботі, особливо якщо очі знаходяться на близькій відстані від об'єкту. Від астенії страждає в тому або іншому ступеню 60 % населення нашої планети, але останнім часом астенія стала збільшуватися прямо-таки в геометричній прогресії.

Тому є резон уважно подивитися на втомлені очі.

Симптоми астенії різноманітні, але завжди локалізовані в ділянці очей і виражаються у візуальних відчуттях. Астенія супроводжується швидкою втомою, почервонінням очей, сльозотечею, дискомфортом, почуттям болю, паління або різі, відчуттям піску в очах, появою пелени перед очима, розпливчатістю і двоїнням зображень, затуманенням зору (можлива навіть втрата зору на 1-3 секунди), порушенням форми і розмірів предметів, «стрибанням» букв, прогресуючим погіршенням гостроти зору. Ці відчуття майже завжди супроводжуються головним болем і запаленням повік, до того ж людина стає нервовою і дратівливою.

Причини астенії, як правило, носять побутовий характер - неправильне освітлення і монотонна робота очей. До основних видів діяльності, що обумовлюють астенію, можна віднести наступні:

- тривала робота за комп'ютерним монітором (останнім часом це причина номер один масового прояву астенії);
- тривала їзда за кермом при поганій видимості (у сутінках, вночі, в туману або дощовиту погоду);
- відсутність відпочинку при виконанні робіт, що вимагають підвищеної концентрації і зорової напруги;

- тривале перенапруження очей при роботі з документами або дрібними деталями;
- тривале читання книг в русі, особливо при поганому освітленні, в'язання, вишивання ;
- багатогодинний перегляд телепередач.

Часто до появи астенопії ведуть неправильно підібрані контактні або традиційні лінзи, хронічний стрес, авітаміноз, інтоксикація організму, викликана інфекцією.

Залежно від причини хвороби розрізняють 5 форм астенопії:

1. **Акомодаційна** – через втому м'язів, що регулюють кривизну кристаліка (спостерігається порушення акомодації і зорове стомлення, зазвичай проявляється при гіперметропії).
2. **М'язова** – проявляється при регулярній нарузі м'язів, відповідальних за рух очних яблук (частіше зустрічається при короткозорості, може привести до розвитку косоокості);
3. **Астенічна** – розвивається при послабленні організму, викликаному інфекцією;
4. **Симптоматична** – втома очей є ознакою інших захворювань (запалення ока, вуха або гайморової пазухи);
5. **Істерична (нервова)** – спостерігається на тлі загального стресового стану і емоційного перенапруження, при наявних нервових розладах.

Запідозрити у себе астенопію нескладно. Спершу треба проаналізувати свій стан після трудового дня. Якщо ви виявили у себе симптоми астенопії – вирушайте до офтальмолога. Лікування при астенопії підбирають залежно від причини і форми хвороби. Але набагато важливіше запобігти розвитку астенопії профілактичними заходами. Ось декілька «рецептів», доступних кожному.

Відрегулюйте положення і освітленість монітора, а також освітленість робочого місця і приміщення. Уникайте різких перепадів світла – наприклад, роботи в темній кімнаті за яскраво освітленим монітором.

Працюйте у зручній позі. Для хорошого зору і профілактики астенопії важливе хороше кровопостачання. Тому, відриваючись від монітора, робіть фізичні вправи або масаж комірцевої зони.

Масаж. Легкі кругові рухи в ділянці повік і над бровами впродовж 40 секунд посилюють кровообіг і розслабляють м'язи.

Теплі долоні. Розітріть долоні і прикладіть їх на півхвилини до закритих очей.

Сонячні ванни. Енергетичний заряд можна отримати, підставивши обличчя на пару хвилин під сонячні промені. Очі при цьому мають бути прикриті.

Вправи для очей. Навіть чередування погляду удалину і на близький предмет тренує очні м'язи. Через кожну годину напруженої роботи давайте очам 10-15 хвилин відпочинку. Найкраще – подивитися за вікно: помилуватися пейзажем, переводячи погляд з близьких предметів на далекі. Чи застосовуйте правило «20-20-20-20»: при роботі за комп'ютером або з

будь-яким дисплеєм, у тому числі з мобільним телефоном, через кожні 20 хвилин протягом 20 секунд треба 20 разів моргнути обома очима або подивитися на який-небудь предмет, що знаходиться на відстані близько 6 метрів (20 футів).

Прохолодна вода знімає набряк, напругу і втому, покращує кровообіг.

Компреси з ромашкового чаю, молока, огірка зменшують набряклість, позбавляють від роздратування, допомагають м'язам розслабитися.

І не забувайте моргати і дихати, як би абсурдно це не звучало. Сльози змивають мікроби і забезпечують рогівці необхідну змазку, а глибоке дихання забезпечує очі киснем.

Як правило, прогноз лікування астенії сприятливий, але може потребувати тривалого часу і дотримання профілактичних заходів.

Бережіть Ваші очі!

ГІПОТЕНЗИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ ТА АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Косар Т.І., викладач

КЗ «Костянтинівський медичний фаховий коледж»

Комбінована терапія займає пріоритетні позиції в тактиці лікування артеріальної гіпертензії. Це зумовлено результатами широкомасштабних клінічних досліджень, у яких аргументовано, що в разі монотерапії нормалізації артеріального тиску досягають лише у 9-30% пацієнтів, тоді як комбінація двох препаратів збільшує шанси адекватного контролю АТ до 70-90%. Європейські рекомендації припускають можливість стартової терапії АГ з фіксованої комбінації антигіпертензивних препаратів основних класів у дозах, які залежать від ступеня підвищення АТ.

Разом зі студентами нашого коледжу ми вирішили дослідити і оцінити клініко-симптоматичну ефективність комбінації еналапріла з амлодипіном, інгібітора АПФ і блокатора кальцієвих каналів, тому що ця комбінація заслуговує на особливу увагу в зв'язку з виразними гіпотензивними, вазо-, нефро- та кардіопротекторними ефектами. Таким чином, метою дослідження нашої роботи стала оцінка клініко-симптоматичної ефективності комбінованої терапії і АПФ-еналапрілом та антагоністом кальцію – амлодипіном у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Об'єктом спостереження стали 39 пацієнтів з АГ.

Предметом дослідження стала динаміка клінічної симптоматики і показників систолічного (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ) та частота серцевих скорочень в процесі комбінованого лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією. До дослідження не вводили пацієнтів з вторинною АГ, а також тих, хто переніс гострий коронарний синдром в останні 3 місяці, мав онкопатологію, гострі та хронічні запальні хвороби.

Пацієнтів розподілили:

1. За віком: від 41 до 71 року, серед них чоловіків – 17 (43,6%), жінок – 22 (56,4%); середній вік – 58 років.

2. За стадіями АГ:

I – 1 пацієнт (12,6%); II – 35 пацієнтів (89,7%); III – 3 пацієнта (7,7%)

3. За ішемічною хворобою серця, стабільну стенокардію напруження: II-III функціональний клас (ФК) у 35 пацієнтів (89,7%).

4. За тривалістю захворювання, яка коливалась від 1 місяця до 30 років, в середньому 11-12 років.

АТ вимірювали вранці в положенні сидячи у стані спокою тричі з інтервалом 2 хвилини. Аналізували середньоарифметичне значення систолічного АТ(САТ) та діастолічного АД(ДАТ). Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали одразу після другого вимірювання АТ. Після первинного обстеження пацієнтам призначено комбінацію еналапрілу («Еналапріл – Здоров'я», виробник ТОВ Фармацевтична компанія «Здоров'я», Україна) і амлодипіну («Амлодипін – Астрафарм», виробник ТОВ «Астрафарм, Україна) по 5 і 10 мг у дозі згідно стадії і ступеню АГ. До моменту введення в дослідження пацієнти не приймали регулярно гіпотензивні препарати. Клініко-симптоматичну ефективність оцінювали через 1, 4 та 12 тижнів (амбулаторно). Терапію вважали ефективною у разі досягнення в кінці періоду спостереження цільового рівня АТ – 140/90 мм рт. ст. та нижче. На тлі застосування комбінації амлодипіну з еналапрілом помічено поліпшення клініко-функціонального стану пацієнтів. Динаміку симптомів наведено у таблиці «Динаміка клінічної симптоматики у процесі лікування хворих» з АГ, %:

Клінічні ознаки	До лікування	Через 12 тижнів
<u>Церебральні порушення:</u> Головний біль / Запаморочення / Шум у вухах	97,4/94,9/23,1	46,2/7,7/2,6
<u>Кардіальні порушення:</u> Стенокардія / Кардіалгія	41,0/33,3	20,5/12,8
<u>Задишка у процесі:</u> Звичайного навантаження	23,1	74,4
Незначного навантаження	69,2	5,1
У стані спокою	5,1	2,6
<u>Периферичні набряки</u>	41,0	2,6

Як помітно, достовірно знизилась частота виявлення скарг на церебральні порушення, стенокардії, кардіалгії та периферичні набряки. Щодо задишки, то її частота під час звичайного фізичного навантаження збільшилась за рахунок зменшення частоти в разі незначного фізичного навантаження.

Динаміка показників САТ, ДАТ і ЧСС в праці лікування хворих з АГ:

Показник	До лікування	За 1 тиждень	За 4 тижні	За 12 тижнів
САТ, мм рт. ст.	180,3	144,9	137,7	128,7
ДАТ, мм рт. ст.	106,9	89,4	84,9	79,9
ЧСС, за 1 хв.	78,4	77,1	76,3	76,5

Вже за тиждень АТ достовірно знизився порівняно з початковим САТ в середньому на 35,4 мм рт. ст., ДАТ на 17,5 мм рт. ст. За 4 тижні середній рівень САТ знизився вже на 42,6 мм рт. ст. в порівнянні з початковим, а ДАТ на 22,0 мм рт. ст. Наприкінці періоду спостереження (за 12 тижнів) цільового рівня АТ досягнуто у 35 пацієнтів (89,7%), при цьому САТ зменшився на 28,7%, ДАТ на 25,3% проти відповідних величин АТ на початку дослідження. Внаслідок терапії у 33 (85%) пацієнтів змінився функціональний клас серцевої недостатності, а у 6 пацієнтів (15%) – не змінився.

До лікування	Після лікування
I ФК – 2,6% - 1 пацієнт	I ФК – 15,4% - 5 пацієнтів
II ФК – 20,5% - 7 пацієнтів	II ФК – 76,9% - 25 пацієнтів
III ФК – 71,8% - 23 пацієнти	III ФК – 5,1% - 2 пацієнти
IV ФК – 5,1% - 2 пацієнти	IV ФК – 2,6% - 1 пацієнт

Таким чином, терапія хворих з артеріальною гіпертензією комбінацією амлодипіну з еналапрілом протягом 12 тижнів забезпечила зниження систолічного АТ на 28,7% і діастолічного на 25,3%. Цільового рівня артеріального тиску досягнуто у 89,7% пацієнтів.

ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТРАВНОГО КАНАЛУ, ОСТЕОХОНДРОЗОМ ТА В ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ

Косар Т.І., викладач

КЗ «Костянтинівський медичний фаховий коледж»

Поширеність захворювань травного каналу за останні роки на Україні становить приблизно 23,9% на 100 тис. і зростає на 2,4% за рік. Факторами ризику виникнення цих захворювань є низька якість харчування, його незбалансованість, незадовільна організація харчування вдома і на роботі, психоемоційне перенапруження, самолікування, пізні звернення за кваліфікованою медичною допомогою.

Актуальність захворювань травного каналу зумовлена тим, що вони поєднуються один з одним, що ускладнює і обтяжує їх перебіг, виникають у людей працездатного віку, мають хронічний перебіг із частими рецидивами.

Запровадження функціональних і морфологічних методів дослідження дало змогу значно поглибити уявлення про етіологію та патогенез хронічних хвороб травного каналу і розробити рекомендації щодо діагностики та лікування.

За літературними даними, порушення кальцієвого обміну та розвиток вторинного остеопорозу може бути при неспецифічних загальних хворобах кишок – хворобі Крона та неспецифічному виразковому коліті, хронічному панкреатиті, гастродуоденальній патології, хронічній патології печінки та

жовчного міхура. Підтримання балансу кальцію в організмі залежить не тільки від його кількості у раціоні, а й від усмоктування в кишечнику, від функціонального стану органів травлення. Кишечник можна розглянути як дно мінеральних солей, які поповнюються за рахунок екзогенного та ендогенного кальцію. При цьому 56-97% кальцію виводиться з калом, на ниркову екскрецію припадає лише 10-30%. Численними клінічними дослідженнями доведено, що всмоктування кальцію найінтенсивніше відбувається в початковому відділі тонкої кишки та в інших відділах травного каналу. Тільки змінення моторики кишківника, шлунку, жовчного міхура може призводити до порушення засвоєння кальцію, що сприяє виникненню остеопорозу.

Мета нашої роботи: дослідити, що у пацієнтів з захворюванням травного каналу і остеохондрозом більш знижений рівень загального кальцію в крові, що приведе до остеопорозу, ніж у пацієнтів, що хворіють хворобами тільки травного каналу по різним віковим групам.

Об'єктом дослідження стали пацієнти з хворобами травного каналу, остеохондрозом і без нього.

Предмет дослідження – кальцієвий обмін у пацієнтів з захворюванням травного каналу, остеопорозом і без нього за різним віком.

Визначення вмісту кальцію в крові – це досить проста і відносно дешева методика. Визначення фракції кальцію в крові доволі чутливий метод динамічного нагляду за хворим. Для визначення втрати кісткової маси проводять рентгенологічну або ультразвукову денситометрію. Цей метод діагностики неінвазивний і швидкий (до 30 сек), дає змогу охопити значну кількість населення одночасно. Це дає підстави для використання його для диспансерного нагляду великої кількості людей. Але багато питань клініко-патогенетичних особливостей перебігу хронічних хвороб кишечника вирішені не повністю, ефективність лікування недостатня, що сприяє формуванню резистентних форм захворювань, зниженню якості життя та втраті працездатності. Це спонукає до пошуків механізмів розвитку патології кишечника, які можуть пов'язуватися з позаорганими (позакишковими) причинами.

Патологію кишечника, а саме хронічний коліт, можна розглядати як чинник розвитку вторинного остеопорозу. Підтримання балансу кальцію в організмі залежить не тільки від його кількості у раціоні, а й від усмоктування в кишечнику. Кишечник є важливою ланкою у механізмі регулювання кальцієвого обміну. Саме з цього органу постійно поповнюються потреби організму в кальції та забезпечується виведення з калом солей, що не всмокталися. Численними клінічними дослідженнями доведено, що всмоктування кальцію найінтенсивніше відбувається в початковому відділі тонкої кишки. Але є також вказівки на абсорбцію кальцію в інших відділах травного каналу, а саме в тонкій та товстій кишках. При хронічному коліті спостерігаються моторно-евакуаторні розлади функції товстої кишки, які в деяких випадках поєднуються із дискінезією тонкої кишки. Змінена моторика кишечника з часом може призводити до

порушення засвоєння цього мінералу, що сприяє виникненню остеопенії з подальшим розвитком остеопорозу. Формування остеопорозу зумовлено багатьма чинниками зовнішнього та внутрішнього середовища, однак патогенетичні механізми залишаються єдиними – порушення в обміні кальцію на рівні як його засвоєння, так і депонування в кістках.

Для нашого дослідження ми використовували УЗД травного каналу, рентгенологічне дослідження хребта шийно-грудного відділу та визначення рівнів загального та іонізованого кальцію в сироватці крові. Ми не змогли використати ультразвукову денситометрію, щоб вивчити мінеральну щільність кісткової тканини через її вартість, тому кальцієвий гомеостаз оцінювали методом з визначенням рівнів загального та іонізованого кальцію сироватки крові.

Обстежено 30 пацієнтів, які мали захворювання травного каналу. Серед обстежених – 5 чоловіків і 25 жінок. Їхній вік коливався: 13 чоловік – 19-20 років, 7 чоловік – 45-59 років, 10 чоловік – 60-65 років. Хворих було розподілено на дві групи: перша – 13 пацієнтів з захворюванням травного каналу, друга – 17 пацієнтів, які мали захворювання травного каналу і остеохондроз. Під час аналізу показників кальцієвого обміну виявлено порушення цих процесів як у групі хворих на патологію травного каналу так і у хворих з поєднаною патологією. У групі з менопаузальним періодом та більшим віком виявлені помітні зміни, зменшення рівня загального кальцію в сироватці крові на 6,9%, іонізованого на 3,3%. А у групі молодшого віку з захворюванням травного каналу рівень загального кальцію був нижчий на 6,4%, іонізований на 3,1%. У віковій групі 18-20 років з захворюваннями травного каналу при рентгені хребта ми вже бачили незначний остеохондроз з субхондродальним склерозом.

Висновки

1. Травний канал є важливою ланкою у механізмі регуляції кальцієвого обміну; запалення слизової оболонки, порушення моторики сприяє розвитку остеопенії та остеопорозу за рахунок порушення всмоктування та виведення кальцію з кишківника.
2. У разі поєднання захворювань травного каналу з остеохондрозом спостерігається виразніший «кальцієвий стрес», зумовлений синергізмом негативного впливу поєднаної патології на організм.

ГЕРОЇЧНІ БУДНІ МЕДИКІВ МІСТА БАХМУТ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ.

*Красножон Н.М., викладач інфекційних хвороб
Лифар Р.Х., викладач акушерства і гінекології
Аврамова Д., студентка II курсу
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

*«Любов до медицини – це і є любов до людства».
Гінократ.*

Поява інфекції

Пандемія COVID-19 – поточна пандемія коронавірусної інфекції, викликана коронавірусом SARS-CoV-2. Спалах вперше було зафіксовано в Ухані (Китай) у грудні 2019 року.

Переважна більшість перших хворих мали відношення до ринку Ухань, де продаються морепродукти, а також до птахів, зміїв, кажанів і сільськогосподарських тварин. Оскільки в ході розшифровки генома коронавірусу в ньому були виявлені складові частини, близькі коронавірусу кажанів і панголінів. Вперше версія про це з'явилася в заяві міської влади Ухань 31 грудня 2019 року, на наступний день після того, як за з'ясування походження нового вірусу взялося керівництво Уханьського інституту вірусології. Відповідно до муніципальних звітів, кажани ніколи не продавалися на місцевому ринку, а панголіни занесені до Червоної книги. Вважають, що коронавірус був завезений на ринок якоюсь інфікованою людиною, після чого спалахнула епідемія.



03.03.2020 р. – перший зареєстрований випадок COVID-19 в Україні.

11.03.2020 р. – Уряд ввів карантин на всій території України до 03.04.2020 р. У Бахмутському медколеджі було оголошено карантин з 13.03.2020 р.

13.03.2020 р. – зафіксована перша смерть від корона вірусу в Україні.

17.03.2020 р. – було закрито всі види транспорту в Україні, виключення – в'їзд українських громадян на територію України.

20.03.2020 р. – було оголошено про людину, яка вперше одужала.

25.03.2020 р. – режим надзвичайної ситуації по всій території України на період до 24.04.2020 р.

14-30.11.2020 р. – карантин «вихідного дня».

08.01.2021 р. – жорсткий локдаун.

Коронавірус у Бахмуті

З початку карантину був зареєстрований 61 випадок захворювання: 9 у медпрацівників, 7 дітей, 39 – одужали, 22 – померли.

Не підтверджені дані через те, що методика статистики різна: область показує за місцем реєстрації, а місто за місцем проживання.

Станом на 15.03.2021 кількість випадків захворювання перевищувала 2620 у місті і районі, і продовжує рости (216 медпрацівників, 102 – у дітей).

Одужали – 2480, померли – 63, продовжує лікування – 77 (63 в інфекційному відділенні, 55 – на амбулаторному лікуванні).

Розповідь про медичну сестру Волкову Тетяну Сергіївну.

Тетяна Волкова працює медичною сестрою в реанімаційному відділенні, випускниця медколеджу. Під час роботи в реанімації вона бачила чимало людей, які тяжко переносили хворобу на COVID-19, траплялися й смертельні випадки, які відбувалися на її очах. З часом їй самій довелося перенести цю страшну хворобу, не тільки фізично, а й емоційно. Це пов'язано з тим, що їй кожного дня доводилося спілкуватися з пацієнтами, які також тяжко переносили коронавірус. 12 травня 20 р., на День медичної сестри ми відвідали її у лікарні. Змушені були передати для неї гостинця через медичну сестру у зв'язку з карантинном. А Тетяну побачили через вікно. Сльози радості проступили на її очах.



Інтерв'ю медсестри інфекційного відділення Лапшиної Олени Геннадіївни

– *Як змінилося життя медичного персоналу, після появи ковід інфекції?*

– Всі дуже боялися цього вірусу, так як він і сьогодні є невивченим, новим. Звичайно, було боязко, відчувалися незручності в захисних костюмах, в яких практично не дихає тіло. Але думка про те, що без костюма, або його певної частини, можна захворіти, нас зупиняла, тому доводилося терпіти до 12 годин.

Ми стали набагато сильнішими емоційно. Перед нами були важкі пацієнти, доводилося переборювати себе і бути сильнішими, щоб і надалі витримувати різні випробування, допомагати і рятувати людей.

Реанімації вчимося на ходу. Все було новизною: робота з апаратами, одночасне і дуже швидке виконання всіх потрібних маніпуляцій в реанімації – все це спочатку було катастрофічно важко, але звикли, навчилися, і з новими силами продовжуємо працювати.

– **Чи пам'ятаєте той самий день, коли вперше до вас надійшли пацієнти з ковідом?**

– Так, звичайно пам'ятаю. Першими були 2 людей: батько з сином. Чесно кажучи, ми спочатку навіть боялися до них підходити, боялися заразитися, не зважаючи на те, що були в захисних костюмах, але у нас був обов'язок - рятувати людей.



– **Яка категорія людей за віком зокрема лікується в інфекційному відділенні?**

– Зокрема перша половина +50-60 років, друга половина +60-70, молодші пацієнти лікуються амбулаторно.

– **Яка кількість пацієнтів перебувають в інфекційному відділенні на даний момент?**

– Зараз у нас 63 особи, а 2 тижні тому було 43, тобто кількість стрімко зростає.

Коронавірус у Бахмутському медколеджі (відомості)

Станом на 15.03.21 р. студенти, які хворіли на COVID – 6 чоловік, контактних було 40 чоловік, співпрацівники – 15 чоловік (5 – стаціонар, 10 – амбулаторно).

Заходи профілактики у медколеджі – обробка підлоги на кожній перерві, обробка дверних ручок, провітрювання приміщень, скринінг температури на вході вранці, застосування антисептиків, постійне носіння масок.

Акушерсько-гінекологічна служба(статистика коронавірусу)

Жіноча консультація – 24 випадки (вагітні та гінекологічні хворі), гінекологічний стаціонар – 1 випадок, пологовий будинок – 2 випадки хворих на ковід вагітних, народили здорових дітей. Всі одужали.

Вакцинація в Україні

Почалася кампанія з вакцинації українців з 24 лютого 2021 р. Тоді першу дозу вакцини препаратом CoviShield - вакциною від Oxford/AstraZeneca, яку виробляють в Індії, в Україні отримали 159 осіб.

Першою в Україні отримала вакцину проти коронавірусу Черкаська область, а першим з вакцинованих став Євген Горенко - лікар-реаніматолог з Черкас, який працює в ковідному відділенні Черкаської обласної лікарні.

В Україні 12 березня перше з двох щеплень проти коронавірусу зробили 9304 людям.

Вакцинація у Донецькій області

Вакцинація у Донецькій області почалася 25.02.2021 р. Перша партія вакцини – 500 доз, але надходження будуть продовжуватися. Першою була вакцинована Тетяна Волкова – медична сестра, та лікар відділення анестезіології та реанімації – Артем Кукса.

Станом на 12.03.2021 р. всього вакцинованих – 140, з них 60 – працівники стаціонару, 80 – поліклініки.



ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ ВОДІЇВ ЗА ПРОФЕСІЄЮ ЕКСТРЕНИЙ МЕДИЧНИЙ ТЕХНІК (ЕМТ)

Красножон Н.М., директор коледжу

Сніховська О.В., заступник директора з навчальної роботи

Вяла Г.В., завідувач виробничою практикою

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги (розпорядження КМУ від 22.05.2019р. №383-р) та Постанова КМУ від 21.08.2019р. №764 «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року №1114» регламентують появу водіїв з новою професійною кваліфікацією «екстрений медичний технік». Отже, для розвитку власного освітнього потенціалу та підтримки тісного зв'язку з ринком праці, Комунальний заклад «Бахмутський медичний фаховий коледж» у співпраці з міжнародною організацією ПРООН долучився до реалізації реформи охорони здоров'я в Україні в частині підготовки таких затребуваних кваліфікованих робітників.

Оснащення Центру підготовки ЕМТ на базі коледжу усім необхідним – манекенами, витратними матеріалами, меблями, комп'ютерами та обладнанням для дистанційного навчання – було здійснено у межах Програми ООН із відновлення та розбудови за фінансової підтримки Європейського Союзу.

В ході підготовки до старту навчання ЕМТ тренерами практичного навчання були призначені досвідчені інструктори ЕМД Марія Буренкова та Олена Малюченко. Для викладання теоретичного етапу дистанційно були призначені викладачі коледжу Тетяна Літвін, Ганна Завражна, Ірина Павлова, Наталя Виноградцева, Роза Лифар та Людмила Маренченко, методичним керівником практичного навчання і виробничої практики – Ганну Вялу.

24 грудня 2021 відбулася урочиста організаційна зустріч з водіями перед початком навчання в коледжі, на якій були присутні начальник Управління охорони здоров'я Бахмутської міської ради Олена Миронова, директор ДОЦЕМД та МК Ігор Кіяшко, інструктор ЕМД Марія Буренкова. Відкрити подію початку навчання вдалося із залученням ЗМІ (телеканалу «Донеччина ТВ», 112 каналу), отже про спільну роботу фахівців ПРООН, Бахмутського медичного фахового коледжу і Донецького обласного центру ЕМД дізналося суспільство, адже даний проект вперше реалізується в межах України і нам є чим пишатися.

Ситуація з пандемією коронавірусної хвороби значно гальмувала процес впровадження професії ЕМТ на різних етапах, але не завадила роботі над таким важливим напрямом. Для учасників проєкту існувало багато викликів: через нестачу водійських кадрів та напружений графік роботи в осередках розповсюдження захворювання не можна відривати водіїв від роботи для проходження навчання; з огляду на специфіку роботи водіїв, не можна запрошувати їх на проходження навчання у коледжі для запобігання

розповсюдження коронавірусної хвороби серед студентів та викладачів коледжу; періодичні ситуації з запровадженням локдауну взагалі унеможливили освітній процес з професії ЕМТ; не можна проводити навчання за професією медичного спрямування виключно в дистанційному форматі з причини практичної спрямованості, підвищеної відповідальності тих, хто буде здійснювати професійну діяльність з порятунку людського життя.

Ситуація карантинних обмежень сприяла переформатуванню освітнього процесу для врахування всіх вищезазначених обставин. Колективом коледжу була створена особлива модель навчання, яка поєднує в собі елементи дистанційної взаємодії та принципи дуальної освіти. Три місяці навчання було розподілено на два етапи: теоретичний (дистанційний) і практичний (навчання на робочому місці).

З 4 січня 2021 року стартував теоретичний етап навчання в Google Класі. По завершенню теоретичної частини навчання було проведено опитування водіїв щодо рівня задоволеності навчанням, в якому взяли участь 90% (18) здобувачів освіти. Загальна оцінка проводилася за параметрами: інформаційний супровід навчання – 100%; забезпечення освітніх потреб – 100%; якість навчальних відео – 100%; загальний рівень задоволення навчанням – «добре» - 16,7%, «відмінно» - 83,3%. Отже, рівень забезпечення освітніх потреб здобувачів освіти за результатами опитування склав 100%.

З лютого до кінця березня 2021 року почалася професійно-практична підготовка водіїв: виробниче навчання і виробнича практика за дуальною формою. Тренери оцінювали рівень засвоєння практичних навичок здобувачами освіти під час виробничого навчання, а водії проводили фіксацію навичок, виконаних під час виробничої практики, в спеціально розробленому Щоденнику з виробничого навчання та практики ЕМТ. Для контролю освітнього процесу на практичному етапі широко застосовувалися методи опитування, фотозвіти, прямі відеовключення, електронні відомості, звітна документація з проходження виробничої практики (щоденник).

За результатами навчання була проведена Державна кваліфікаційна атестація, яка виявила високий (45%) та достатній (55%) рівень володіння випускниками практичними навичками з професії ЕМТ відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики. Отже, застосування змішаної моделі для організації освітнього процесу з професії ЕМТ показало високі результати, не дивлячись на складні умови життя в країні під час пандемії коронавірусної хвороби.

31 березня 2021 року в Комунальному закладі "Бахмутський медичний фаховий коледж" відбувся перший в Україні випуск 20 водіїв екстреної медичної допомоги, які закінчили навчання за професією Екстрений медичний технік. Подія була висвітлена на телеканалі UA: Донбас та на ресурсах учасників проєкту.

На свято були запрошені представники ПРООН Катерина Островська та Вадим Шарко, начальник відділу навчальних закладів, післядипломної освіти, мобілізаційної роботи, ресурсного та правового забезпечення

департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації Алла Георгіївна Стельмашонок; директор Луганського регіонального центру ЕМД та МК Дмитро Юрійович Кісельов та директор Лисичанського медичного фахового коледжу Наталя Миколаївна Вершиніна, заступник директора з медичної роботи Донецького обласного центру ЕМД та МК Рязанцева Світлана Іванівна.

Справа підготовки кадрів для реалізації реформи екстреної медичної допомоги в Україні є дуже важливою. Колектив Комунального закладу "Бахмутський медичний фаховий коледж" у співпраці з міжнародною організацією ПРООН доклали багато зусиль для успішного втілення проекту відкриття нової професії Екстрений медичний технік на Сході України.

Однак, успіх реформи екстреної медичної допомоги залежить, передусім, від державної підтримки у сфері підготовки кадрового потенціалу для її належної реалізації. Зацікавленість у започаткуванні навчання за професією ЕМТ виявили заклади освіти та організації у Луганській, Сумській, Хмельницькій, Чернігівській, Дніпропетровській областях. Отже, популярність нової професії в Україні поступово зростає, адже не такий далекий той час, коли відповідно до Постанови КМУ від 21.08.2019р. №764, фахівці, які займають посади водіїв, для роботи у складі бригади парамедиків повинні мати професійну кваліфікацію "екстрений медичний технік."

ВПЛИВ КОФЕЇНУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кусакіна О.Л., лікар-стоматолог, викладач-сумісник патоморфології та патофізіології

КНП «Бахмутська стоматологічна поліклініка»,

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Гайман О., студентка II курсу

Донецький національний медичний університет

Актуальність. Основною діючою речовиною, що міститься в каві, є кофеїн, тож ефекти, що виникають при вживанні кавовмісних продуктів, пов'язані саме з ним. Оскільки мільйони людей всього світу щодня споживають велику кількість цього напою, постає питання: як він може впливати на наш організм? Ми вирішили це дослідити.

Мета. Встановити позитивний та негативний вплив кофеїну на організм людини.

Методи дослідження: аналіз сучасної української та іноземної літератури.

Кофеїн – найбільш популярний стимулюючий компонент їжі, продукти із вмістом якого кожного дня споживають близько 80% населення. Він природним чином присутній в бобах, листках і плодах більше 60 рослин, а також міститься в каві, чаї, енергетичних напоях, деяких безалкогольних напоях і какао. У чашці, що містить 440 мл звареної кави, міститься від 150 до 260 мг кофеїну.

Близько 90% кофеїну, що міститься в 1 чашці кави, виводиться зі шлунка протягом 20 хвилин, а пікова концентрація в плазмі досягається протягом приблизно 1-1,5 годин. Вважається, що механізм дії кофеїну пов'язаний з тим, що він є антагоністом аденозину.

Структура аденозинових рецепторів (A_1R , $A_{2A}R$, $A_{2B}R$ і A_3R) пов'язана з мембранним G-білком. При взаємодії аденозину та рецепторів A_1 і A_3 активується інгібуючий G-білок, який пригнічує активацію аденілатциклази, зменшує утворення циклічного АМФ (цАМФ) і, таким чином, викликає зниження активації протеїнкінази А. Коли протеїнкіназа А не активована, кальцієві канали на плазматичній мембрані не будуть фосфорильовані, що призведе до зниження потоку кальцію в клітину.

Однак, при взаємодії аденозину з A_{2A} і A_{2B} рецепторами, активується стимулюючий G-білок, внаслідок чого активність аденілатциклази збільшується, рівні цАМФ і протеїнкінази А підвищуються, і відповідно посилюється проникнення кальцію в клітину. При дії на рецептор A_{2A} вивільняється глутамат, який володіє збудливими ефектами (які протидіють інгібуючим ефектам рецептора A_1).

При вживанні кофеїну в дозі 300 мг вплив виявляється на всі аденозинові рецептори, але найбільшою мірою - на A_1 і A_{2A} .

Аналіз довід, що кофеїн не дозволяє аденозину зв'язуватися з рецепторами A_{2A} , що призводить до меншого надходження кальцію в клітину і меншого вивільнення глутамату, а через це посилюється проведення нервового імпульсу.

Кофеїн послаблює дію снодійних і наркотичних речовин, підвищує рефлекторну збудливість спинного мозку, посилює серцеву діяльність. У колаптоїдних і шоківих станах артеріальний тиск під дією кофеїну підвищується, однак у разі нормального артеріального тиску суттєвих змін не відбувається.

Тривале вживання кофеїну спричиняє звикання. У разі відмови від постійного вживання аденозин займає всі доступні рецептори, що призводить до підвищення артеріального тиску, а також до відчуття стомленості, сонливості, депресії.

Результати багаторічних досліджень сучасних світових наукових центрів встановили, що вплив кофеїну на організм людини може мати позитивний та негативний характер.

Після проведення багатьох експериментів було з'ясовано, що вживання цього напою здатне знизити ризик розвитку цирозу печінки на 50%, ризик розвитку хвороби Альцгеймера на 65%. Регулярне вживання кави знижує можливість виникнення хвороби Паркінсона на 20%. Ще одним позитивним ефектом кави є здатність до збільшення кількості інсуліну в підшлунковій залозі. Саме це може вберегти людей похилого віку від розвитку діабету другого типу.

Однак, попри всі позитивні впливи, не слід забувати і про його негативні сторони. Кофеїн у високих дозах при хронічному вживанні може привести до виснаження нервової системи, що може стати основою для

подальшого психозу. Найчастіше описується виникнення делірію при передозуванні кофеїну. Виникає наплив яскравих зорових галюцинацій, іноді слухових, людина втрачає орієнтування в навколишньому світі. У більш важких випадках може бути присутнім більш глибоке затьмарення свідомості, що супроводжується безглуздим руховим збудженням.

Висновки. Отже, кофеїн – найбільш поширений психостимулятор у всьому світі. Оскільки цей напій вживають люди різного віку, статі та стану здоров'я, необхідно вкрай уважно обирати дозування для щоденного споживання, відповідно до наявних патологій. Треба пам'ятати, що тільки стабільне денне споживання невеликої кількості кофеїну може створити позитивний ефект не завдаючи шкоди організму.

САНІТАРНО – ПРОСВІТНЯ РОБОТА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА ПОКРОВСЬКА В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ МЕТОДИСТА КП «ЦентрПМСД»

Ліщенко В.І., лікар епідеміолог, лікар методист

КП Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Покровська Донецької області

Санітарно просвітня робота є невід'ємною складовою частиною гігієнічного навчання та виховання населення. Підсумки моєї роботи формуються в річній Формі № 51 – здоров МОЗ України згідно наказу МОЗ № 237 «Звіт лікувально – профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя та гігієнічного виховання населення». Цими питаннями на протязі 33 років я і займаюся.

Здоров'я людини на 52% залежить від способу життя, а тільки 15-18% залежить від рівня медицини: наявності медичних закладів, фахівців, оснащення медичних закладів та досліджень. 15-20% складає спадковість і 15% - екологія. Шкідливі звички, малорухомий спосіб життя, не правильне харчування, стреси, профілактика вакцино керованих інфекцій, необхідність профілактичних оглядів – ось не повний перелік тих напрямків в роботі, з якими мені доводиться постійно працювати. Ось чому санітарно – просвітня робота серед населення займає таке визначне місце в гігієнічному навчанні та вихованні і зосереджена на 1 рівні надання медичної допомоги населенню, де я і працюю.

Планую свою роботу на рік та на квартали, використовую в роботі відзначення Всесвітніх Днів боротьби з такими хворобами, як туберкульоз, шкода паління, вживання наркотиків, боротьба з вірусним гепатитом «С», перевага грудного вигодовування, профілактика серцево – судинних захворювань, раку молочної залози, цукрового діабету, профілактики ВІЛ-інф./СНІДу. В своїй роботі користуюсь такими документами та наказами:

МОЗ України № 504 від 19.03.2018р.

МОЗ України за № 554, 620, 436, 1118, 955 з питань профілактики онкологічних захворювань, туберкульозу, профілактики серцево – судинних

захворювань, цукрового діабету, збереження репродуктивного здоров'я жінки, профілактики ВІЛ/СНІДу.

«Комплексним планом протидії поширенню наркоманії, алкоголізму та тютюнопаління» серед населення м. Покровська.

«Регіональним планом заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття».

Програмою соціально – економічного розвитку м. Покровська в розділі «Охорона здоров'я з імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб».

Розпорядженням КМ України за № 980 «Про профілактику невинного травматизму, особистої безпеки людей, формування у населення ЗСЖ».

Постанови КМ України № 453 від 30.05.18р. «Конвенція ООН про права дитини до 2021р».

А також виконую та даю відповіді на отримані листи з Департаменту охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації.

За підсумками 2020р. мною були організовані та проведені такі пропагандистські заходи:

- сім місячників з профілактики онкологічних захворювань, туберкульозу, вакцино керованих інфекцій, профілактики серцево-судинних захворювань, ВІЛ-інф./СНІДу, раку молочної залози, збереження здоров'я людей похилого віку;

- три декадникі: зі шкоди паління (травень), вживання наркотиків (червень), профілактики цукрового діабету (листопад);

- два тижні: Всеукраїнський тиждень грудного вигодовування (серпень) та Тиждень безпеки дорожнього руху (листопад).

В 2020 році мною було підготовлено 32 методичні матеріали: інформаційні листи, плани масових заходів, матеріали в допомогу лекторам, листівки, методичні рекомендації, листи на ім'я керівників підприємств. Проведено шість соціологічних досліджень рівня санітарної культури серед дорослих та підлітків з профілактики онкологічних захворювань, туберкульозу, дорожнього травматизму, профілактики ВІЛ/СНІДу, підтримки грудного вигодовування (охоплено 600 осіб). Опитуванню підлягали як дорослі так і підлітки.

Опубліковано 9 інформацій в місцевій газеті «Маяк», на сайті газети «Орбіта плюс», сайті міської ради та «ЦПМСД»:

- «Зустріч з людьми срібного віку»,
- «Що треба знати про СНІД»,
- «Ворог майбутніх поколінь» (про шкоду вживання алкоголю),
- «Профілактика дитячий травматизму влітку»,
- «Якщо страждає серце»,
- «Туберкульоз потребує лікування»,
- «Карантинні заходи послабляти не можна» (профілактика ГРВІ, грипу та COVID-19),
- «Алкоголізм – ворог здоров'я»,

- «Що треба знати про корона вірусну інфекцію».

Тісно співпрацюю з лікарями гінекологами, наркологами, лікарем кабінету профілактики ВІЛ/СНІДу. Міським відділом освіти, Центром соціальних служб сім'ї, молоді та спорту, міським відділом культури, Центром зайнятості, Територіальним Центром УСЗН.

За рік мною проведено 118 лекцій, в т. ч.:

- для вчителів на засіданнях педагогічних рад ЗОШ №№2, 3, 6, 15, 9, 36, НВК 2, міській гімназії.

- 27 лекцій в установах, підприємствах (УСЗН, військкоматі, пенсійному фонді, міськводоканалі, фонді ветеранів, міському відділу освіти, міському фінансовому відділі (охоплено 770 осіб).

- В місті працюють 4 лекторії – які я організувала та читаю там лекції: в центральній бібліотеці міста, Центрі зайнятості, УСЗН та міському відділі освіти – загальна кількість лекцій 74 (охоплено 1400 осіб).

- 12 лекцій для школярів 1-4 класів та 9-11 ЗОШ №№ 9, 2, 3, 8, 35, міській гімназії, професійних ліцеїв №№38, 80, отчому домі (підіймалися питання особистої гігієни, вакцино керованих інфекцій, профілактики туберкульозу, вірусні пневмонії та COVID-19, вірусний гепатит С, профілактика ВІЛ/СНІДу (охоплено 996 осіб).

- Дві лекції для батьків (міської гімназії та ДДЗ «Вербонька» (охоплено 121 осіб). Тема лекцій: «Профілактика вакцино керованих інфекцій» та «Профілактика дитячого травматизму».

- Два «круглі столи» з матерями, що мають дітей малюків в амбулаторіях №3 та 6 (охоплено 69 осіб) у термін Всеукраїнського тижня «Грудного вигодовування дитини». Тема бесід з матерями: «Перевага грудного вигодовування». Матері ознайомилися із засобами наглядної пропаганди в амбулаторіях, отримали пам'ятки та відповіді на всі запитання.

- 5 Усних журналів сумісно з співробітниками Центральної бібліотеки для школярів ЗОШ №№9, 12, 3, 8, НВК1 (підіймалися питання шкоди паління, вживання алкоголю, профілактики туберкульозу, вірусних інфекцій та корона вірусу) – охоплено 800 осіб.

Робота ця кропітка, постійна, потрібна населенню всіх вікових категорій. На жаль, не всі це розуміють і тільки тоді, коли починають хворіти – усвідомлюють це. Здоров'я людини – це велика цінність. Коли втрачаєш його, тяжко стає жити та займатися потрібною справою в майбутньому. А шлях до здоров'я починається ще змалку. Є таке висловлювання, що хвороби дорослих людей народилися ще в дитинстві. Чим більше лікарі, вчителі, батьки будуть вести бесіди з дітьми та підлітками про здоров'я, тим здоровіші будуть наші діти. Тому вважаю профілактичну роботу надзвичайно важливою. Їй належить майбутнє!

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ НА ПЕРІОД КАРАНТИНУ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОШИРЕННЯМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

Манжула О.В., заступник завідувача

*Бахмутська районна філія ДУ «Донецький обласний лабораторний центр
Міністерства охорони здоров'я України»*

У період пандемії COVID-19 у 2020 році в Україні розроблено багато рекомендацій щодо протиепідемічних заходів у різних галузях: освіта, торгівля, побут, спорт і ін. На жаль, не було розроблено рекомендацій для основної сфери господарства – промисловості. Безумовно, з усіх розроблених рекомендацій, можна взяти основні положення для впровадження їх на промислових підприємствах. Але, система охорони праці на промислових підприємствах звикла працювати по конкретним нормативним документам і звертаються до всіх державних органів з цього питання, отримуючи різні неконкретні відповіді. Маючи багаторічний стаж роботи лікарем з гігієни праці, я спробував узагальнити діючі рекомендації щодо COVID-19 для використання їх на промислових підприємствах.

1. Наказом по підприємствузначається особа (особи), відповідальна за контроль дотримання протиепідемічних заходів на підприємстві (на великих підприємствах: у цеху, дільниці, іншому структурному підрозділі).
2. Розробити заходи щодо профілактики COVID-19 на підприємстві.
3. Розробити інструкцію щодо профілактики COVID-19, включити знання інструкції при проведенні періодичних інструктажів з охорони праці.
4. Відповідальні особи забезпечують:
 - щоденний контроль за виконанням заходів;
 - проведення роз'яснювальної роботи з працівниками структурних підрозділів підприємства щодо індивідуальних заходів профілактики та реагування на виявлення симптомів коронавірусної хвороби (COVID-19)
 - недопущення до роботи працівників, визначених такими, що потребують самоізоляції відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
 - проведення інструктажу для працівників щодо запобігання поширенню коронавірусної інфекції (COVID-19), дотримання правил респіраторної гігієни та протиепідемічних заходів.
5. Допуск до роботи працівників підприємства здійснюється за умови використання засобів індивідуального захисту (респіратора, захисного щитка або маски, в тому числі виготовленої самостійно) після проведення термометрії безконтактним термометром.

У разі виявлення працівника з підвищеною температурою тіла понад 37,2⁰С або із ознаками гострого респіраторного захворювання, такий працівник не

допускається до роботи з рекомендаціями звернутись за медичною допомогою до сімейного лікаря. При появі підвищеної температури тіла понад 37,2⁰С або ознак гострого респіраторного захворювання вдома працівник повідомляє свого безпосереднього керівника та не виходить на роботу, одночасно звертаючись за медичною допомогою.

6. Усі працівники підприємства забезпечуються сертифікованими засобами індивідуального захисту із розрахунку 1 захисна маска на 3 години роботи. Засоби індивідуального захисту мають бути в наявності із розрахунку на 5 робочих днів, у т.ч. на 1 робочу зміну - безпосередньо на робочому місці працівника.

Після кожного зняття засобів індивідуального захисту та перед одяганням чистих засобів індивідуального захисту, працівник повинен ретельно вимити руки з милом або обробити антисептичним засобом.

7. Керівник підприємства забезпечує:

- організацію централізованого збору використаних засобів індивідуального захисту, паперових серветок в окремі контейнери (урни) з кришками та поліетиленовими пакетами, з подальшою утилізацією згідно з укладеними угодами на вивіз твердих побутових відходів;
- проведення навчання працівників щодо одягання, використання, зняття засобів індивідуального захисту, їх утилізації, контроль за виконанням цих вимог;
- необхідні умови для дотриманням працівниками правил особистої гігієни (рукомийники, мило рідке, паперові рушники (або електросушарки для рук), антисептичні засоби для обробки рук тощо);
- обмеження проведення масових заходів (нарад, зборів тощо) в закритих приміщеннях (окрім заходів необхідних для забезпечення функціонування підприємства);
- медичні пункти підприємства необхідними засобами та обладнанням (безконтактними термометрами, дезінфекційними, в тому числі антисептичними засобами для обробки рук, засобами особистої гігієни та індивідуального захисту);
- розміщення інформації (плакатів/банерів) про необхідність дотримання респіраторної гігієни та етикету кашлю.

8. У кімнатах відпочинку та прийому їжі забезпечити відстань між столами не менше 1,5 м та розміщення за столом не більше 4-х осіб. При наявності їдалень на підприємстві, забезпечити їх функціонування за правилами встановленими для закладів громадського харчування, затвердженою постановою Головного державного санітарного лікаря України від 09.05.2020р. № 18 (в редакції постанови № 32 від 02.06.2020р.).

9. *Вимоги до транспорту підприємства, який перевозить працівників.*

Керівник підприємства забезпечує:

- проведення дезінфекційних заходів у салоні транспортного засобу в кінці робочої зміни;
- водіїв засобами індивідуального захисту (із розрахунку 1 захисна маска

- на 3 години роботи на 1 особу), антисептичний засіб для обробки рук;
- проведення навчання з питань використання та утилізації засобів індивідуального захисту;
 - щоденний контроль за станом здоров'я водіїв та проведення температурного скринінгу до початку робочої зміни;
 - не допуск до роботи осіб з ознаками гострої респіраторної хвороби або підвищеною температурою тіла понад 37,2 °С;
 - вхід до салону автотранспорту при наявності засобів індивідуального захисту (респіратора або захисної маски);
 - перевезення пасажирів здійснювати у межах кількості місць для сидіння.

10. Вимоги до поводження з використаними засобами індивідуального захисту.

Керівник підприємства організовує централізований збір та утилізацію використаних засобів індивідуального захисту (захисні маски, респіратори, гумові рукавички, захисні щитки), паперових серветок в окремі контейнери/урни (картонні або пластикові), з кришками та поліетиленовими пакетами, наступним чином:

- кількість та об'єм (місткість) контейнерів/урн визначається з розрахунку на кількість працівників підприємства, з подальшою утилізацією згідно з укладеними угодами на вивіз твердих побутових відходів;
 - контейнери рекомендовано встановлювати біля входу в структурний підрозділ (цех, дільницю), санвузлах;
 - поліетиленові пакети з контейнерів, у яких зібрано використані засоби індивідуального захисту (захисні маски, респіратори, гумові рукавички, захисні щитки), необхідно замінювати після заповнення або за графіком, щільно зав'язувати (рекомендується використовувати додатковий пакет для надійності зберігання використаних засобів індивідуального захисту) та наносити маркування («використані засоби індивідуального захисту»);
 - щоденно здійснювати дезінфекцію контейнерів, картонні контейнери одноразового використання після використання підлягають утилізації.
11. Забезпечити проведення профілактичної дезінфекції згідно діючих на підприємстві інструкцій.

КАРАНТИННІ ЗАХОДИ В ЕПІДЕМІОЛОГІЇ І МАТЕМАТИКА

*Манжула Т.В., викладач мікробіології
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Безумовно, епідеміологія не є точною наукою і у ній математичні принципи використовуються досить відносно. Але, якщо весь всесвіт доволі строго підкоряється законам математики, то основні принципи, у той чи іншій мірі, повинні функціонувати і в епідеміології.

Основне питання епідеміології у 2020 році – це пандемія COVID-19. Читаючи масу інформації в інтернеті на цю тему (думки, припущення,

прогнози провідних і не дуже провідних фахівців), я спробувала знайти найбільш раціональне зерно відповідно до обраної теми статті.

COVID-19 - це нова інфекція, зовсім не вивчена. Але багатолітня історія епідеміології і тисячолітня історія математики, підказують, що і ця пандемія повинна підкорятися їх основним законам.

Що таке карантин в епідеміології? Термін «карантин» запозичений в першій половині XVIII ст. з французької мови де quarantaine (італійською quarantana) - похідне від quarant «сорок». Спочатку - «місце, де сорок днів тримали - в ізоляції від інших - людей, які приїхали із зараженої місцевості». У сучасній епідеміології суть поняття «карантин» майже не змінилось – це обмеження діяльності і/або відокремлення від інших підозрілих на зараження осіб, які не є хворими, або підозрілих на зараження багажу, контейнерів, засобів перевезення чи товарів таким чином, щоб запобігти можливому поширенню інфекції чи контамінації». Карантинні заходи з глибин віків мали значний ефект, безумовно до появи вакцинації.

Ну, і тепер до математики. Ключовим – і зазвичай заздалегідь невідомим параметром при прогнозуванні майбутнього нової епідемії – є базове репродукційне число R_0 : це середнє число людей сприйнятливої популяції, яке заражає один інфікований. Воно, безумовно, залежить від властивостей самого вірусу: наприклад, від того, наскільки він стійкий у зовнішньому середовищі, як легко проникає в клітини, наскільки тривалим виявляється захворювання, яке він викликає, і від безлічі інших його особливостей, які зараз активно досліджуються. Однак R_0 - середнє число інфікованих людей - залежить ще і від середнього числа соціальних контактів: навіть якщо ймовірність передачі в одному контакті дуже велика, значення R_0 можна значно знизити, якщо скоротити кількість цих контактів в популяції до мінімуму. Важливо розуміти, що ефект навіть невеликого зниження R_0 експоненціально збільшується з часом. Це ілюструє, наприклад, Twitter з простими обчисленнями одного з яскравих дослідників нинішньої епідемії, британця Адама Кучарські: якщо прийняти консервативну оцінку часу подвоєння нової інфекції в 5 днів, то при незмінному показнику $R_0 = 2,5$ число нових хворих за місяць збільшиться в $(2,5)^6 = 244$ рази, а якщо R_0 знизити вдвічі, число нових випадків за місяць збільшиться всього вчетверо. А щоб скоротити число нових випадків вдвічі, досить знизити R_0 всього на 10. Тобто ефект навіть невеликого зниження R_0 експоненціально збільшується з часом. У багатьох публікаціях це ілюструється на прикладах великих міст і навіть країн з усього світу. Спробую показати це на прикладі нашого невеликого міста (звичайно, погрішність при меншій кількості досліджень буде більшою, але мені здається, що в основному закономірність працює).

Так, у березні 2020 року у місті було запроваджено жорсткі карантинні заходи: призупинено навчальний процес, рух транспорту, роботу ринків, непродовольчої торгівлі та ін., тобто знижені соціальні контакти і відповідно - R_0 . У липні-серпні – введено полегшення карантину – тут запрацювали інші позитивні фактори: молодь та люди середнього віку роз'їхались з міста по

всій країні а, можливо, за її кордони. Мешканці більш похилого віку зайнялись дачними ділянками, можливо з довгочасним перебуванням на них (можливість соціальних контактів зменшилась), у містян, що виїхали – цей показник виріс за рахунок нових контактів, але вони на той час не перебували на території міста. Кількість захворілих на COVID-19 складала 100 осіб (цифри округлюю, але приблизно до дійсних). З вересня почали діяти фактори, що різко підняли значення R_0 : значна кількість мешканців повернулась до міста (потенціальні носії вірусу), почався навчальний процес (різке збільшення контакту дітей), продовжували роботу розважальні заклади, проводились масові заходи, працювали заклади громадського харчування, ринки і т.п.). Із полегшенням карантинних заходів, відповідно знизився рівень держаного контролю за виконанням тих заходів, що діяли на цей час. У результаті: кількість осіб, що захворіли у проміжок з 01.09.2020 по 15.11.2020 становить більше 1000 осіб (округлюю до 1000), це і є ті 10%, які було втрачено за вказаний період. Тобто, принципи математики все ж таки діють і в епідеміології.

Як епідеміолог за фахом резюмую: безумовно на теперішній час головним протиепідемічним заходом є вакцинація, але у відсутності на сьогоднішній день вакцини проти COVID-19 (фактично у нашій країні), лишається застосування методу, перевіреного віками – «карантин». Безумовно, введення карантинних заходів несприятливо впливає на економічну ситуацію, тому позитивно поставилась до прийнятих у листопаді керівниками країни заходів щодо впровадження «карантину вихідного дня». Як полегшений варіант карантинних обмежень це може спрацювати. І ще, найгірше те, що у протилежному розвитку ситуації швидкість поширення інфекції може бути настільки швидкою, що дуже скоро кількість хворих, які потребують медичної допомоги, перевищить наявні ресурси медиків, які не можна швидко збільшити. Не буде вистачати ліжок в палатах інтенсивної терапії, апаратів штучної вентиляції легенів і просто лікарів. В результаті смертність значно збільшиться.

В Україні було впроваджено карантин вихідного дня 14-15;19-20;26-27 листопада 2020 року. З урахуванням інкубаційного періоду, захворюваність таки почала знижуватись на 51-52 тижнях, що показує наступна таблиця.

Територія	Захворюваність за 14 днів на 100 тис.	Динаміка (%)
Україна		
45-46 тижні	376,8	
48-49 тижні	498,4	+32,3
51-52 тижні	346,0	-30,6
Донецька область		
45-46 тижні	317,7	
48-49 тижні	367,9	+15,8
51-52 тижні	294,5	-20,0
м. Бахмут		
45-46 тижні	325,7	
48-49 тижні	358,1	+9,9
51-52 тижні	291,5	-18,6

Як видно з попередньої таблиці, динаміка зниження захворюваності є позитивною, а враховуючи, що з вересня вона тільки зростала (у цілому в Україні з 105,8 до 498,4 а по Донецькій області з 45,2 до 367,9 на 100 тис. населення), то позитивна роль карантину вихідного дня у розриві ланцюга передачі інфекції є явною. У абсолютних цифрах це зниження нових випадків на COVID-19 в Україні на 3,5-5 тис. за 14 днів (поступове зниження на 250-350 випадків щодня).

Звичайно, карантин вихідного дня з епідеміологічної точки зору це напівзахід, але він показує, що повний локдаун на 2-3 тижні, може кардинально змінити динаміку захворюваності.

На сьогоднішній день великі сподівання покладаються на початок проведення вакцинації, і це дійсно найефективніший захід у боротьбі з будь-якою інфекційною хворобою, але якщо згадати спалах атипічної пневмонії у південному Китаї у 2003 році, коли без вакцинації і тільки завдяки жорстким карантинним заходам та введенням стандартних обмежувальних заходів, в першу чергу у медичних закладах, коронавірус SARS-CoV протягом періоду 8 місяців перестав циркулювати серед людей.

Завершився 2020 рік, і ніхто не знає, що принесе рік 2021 (вже виявлено новий (мутований) коронавірус SARS-CoV-2 у Великобританії і він вже поширюється в країнах Європи. За прогнозами ВООЗ цей вірус на 70% агресивніший та контагіозніший того, що циркулював у 2020 році.). Але, все ж таки, сподіваюсь, що закони математики діють завжди і всюди (навіть в епідеміології), і зниження соціальних контактів разом з відповідальністю кожної людини може дати суттєвий ефект щодо зменшення кількості нових випадків зараження.

АКТУАЛЬНІСТЬ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЕПІДЕМІОЛОГІЯ» В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Подаваланко А.П., професор кафедри гігієни, епідеміології та професійних хвороб

Харківська медична академія післядипломної освіти

Реформування системи охорони здоров'я України згідно зі світовими стандартами сприяло розширенню професійної діяльності лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів. Водночас реорганізація санітарно-епідеміологічної служби призвела майже до ліквідації спеціальності «епідеміологія». Відбулося скорочення чисельності лікарів-епідеміологів та переорієнтація їх діяльності в напрямку неінфекційних хвороб, що є важливим та необхідним, але не за рахунок інфекційних хвороб. А лікарів ПМД, які не мали професійної підготовки, почали залучати до проведення протиепідемічних заходів в осередках інфекційних хвороб. За результатами анкетування тільки 42,5 – 50,4 % із них були готові до такої інноваційної професійної діяльності (Шпита О.О., 2017). Втім, кафедри епідеміології вищих медичних

навчальних закладів, могли б підготувати фахівців ПМД з питань епідеміології, але в умовах благополучної епідемічної ситуації з інфекційних хвороб. Пандемії COVID-19, яка офіційно визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я 11 березня 2020 року, показала, що в Україні, окрім лікарів-епідеміологів, не має фахівців, які б ефективно організовували та впроваджували профілактичні та протиепідемічні заходи в період тривалого карантину. Тож, наразі Центр громадського здоров'я МОЗ України відновив підготовку лікарів-епідеміологів. В умовах пандемії COVID-19 спеціальність «епідеміологія» виявилася найактуальнішою. Наразі ведеться активна підготовка навчальних планів та програм зі спеціальності «епідеміологія». За останні 2-3 роки вперше первинну спеціалізацію (інтернатуру) проходить 14 інтернів-епідеміологів, які будуть працювати в Лабораторних центрах МОЗ України. Маємо надію, що професійна діяльність лікарів-епідеміологів буде відновлена і спеціальність «епідеміологія» залишиться пріоритетною.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ОНКОПАТОЛОГІЇ

*Сологуб О.І., заступник головного лікаря, лікар-терапевт
КНП «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут»*

На сьогодні рак настільки поширився, що майже в кожній людині є родич, друг чи колега, який хворіє на онкологію. Як показує практика, є певні типи раку, які частіше виникають в окремих сім'ях. Це передусім рак молочної залози, рак яєчників, шлунково-кишкового тракту та меланома.

Рак розвивається під впливом внутрішніх або зовнішніх чинників із певних генів, які, як наслідок, змінюються та мутують, доки клітини не починають поширюватися. Вплив цих генетичних чинників може посилюватися через спосіб життя людини. Навколишнє середовище, у якому ми живемо кожен день, куріння та неправильні харчові звички є серйозною загрозою.

Існують певні типи раку, які мають спадковий компонент. При цьому фактор ризику знаходиться на позначці від 5 до 10%. Це не дуже високий показник, утім варто звернутися до лікаря, щоб перевіритися на певні захворювання.

- Рак молочної залози
- Рак яєчників
- Неполікістозний рак товстої кишки
- Меланома (найнебезпечніший тип раку шкіри)

Рак молочної залози належить до тих злякисних новоутворень, які найчастіше успадковують по родинній лінії. Якщо цю хворобу діагностовано сестрі, мамі або бабусі, ймовірність виникнення злякисної пухлини збільшується в рази (на 60–80%).

Рак яєчників також має «сімейну історію» і виражену спадкову схильність. Аби уникнути розвитку хвороби, потрібно не забувати про планові огляди у

гінеколога – один раз на рік, і це правило стосується навіть тих жінок, у яких вже настала менопауза.

Рак шлунково-кишкового тракту має відносно невелику генетичну схильну – до 10%. Але не можна забувати про спадкові передракові захворювання кишечника та шлунку, зокрема сімейного поліпозу, хвороби Крона чи неспецифічного виразкового коліту. Ці захворювання можуть із часом перетворитись на рак.

Сьогодні людині став доступним зручний, смачний, калорійний фастфуд, який компенсує брак часу, але за який ми потім платимо роками свого життя. Стриманість та культура харчування є найкращим засобом попередження онкології ШКТ. Важливим для ранньої діагностики злоякісних новоутворень є обстеження випорожнень на приховану кров. Навіть маленька пухлинка ШКТ може трішки кровити при травматизації її поверхні їжею. Аналіз простий і дешевий, але ефективний, і може виявити пухлину на початковій стадії захворювання.

Меланома – найнебезпечніший тип раку шкіри. І хоча фактор ризику знаходиться на позначці від 5% до 10%, нехтувати візитом до лікаря, якщо родимка чи цяточка на тілі почала вас насторожувати, не потрібно. Чому? Бо саме цей рак шкіри має здатність швидко давати метастази, нерідко значно віддалені від первинної пухлини. Дерматоскопія (неінвазивний діагностичний метод візуальної оцінки шкіри) дозволяє ґрунтовніше вивчити структуру і оцінити новоутворення та у разі підтвердження невтішного діагнозу вчасно розпочати лікування.

У Бахмутській ОТГ на диспансерному обліку у онколога знаходиться 3017 осіб з онкологічними захворюваннями. По структурі смертності та захворюваності на 1 місці онкопатологія органів травлення, на другому рак легенів, на третьому захворювання жіночих статевих органів.

Сім основних скрінінгів, які можна пройти безкоштовно, звернувшись до свого сімейного лікаря:

1. Огляд шкіри (рак шкіри, меланома)

Найбільше шансів вчасно виявити рак шкіри. Скрінінг на меланому проводиться раз на рік.

2. Ультразвукова діагностика (рак м'яких тканин, рак грудей)

УЗД може допомогти виявити розташування пухлини, але не вкаже, чи є знайдена пухлина злоякісною. Тобто, діагноз «рак» після УЗД не є коректним та остаточним.

3. Мамографія (рак грудей)

До 40 років мамографія не завжди інформативна, адже тканини молочної залози більш щільні й це ускладнює діагностику. Жінкам 40-55 років мамографію варто проходити щорічно. Тим, хто досяг віку 55+, дозволяють обстежуватись кожні два роки.

4. Комп'ютерна томографія (рак легенів)

Спіральна комп'ютерна томографія з низькою дозою опромінення показала себе ефективною у виявленні раку легенів у тих, хто багато курить та досяг віку 55-74 років.

5. Колоноскопія та фекальний імунохімічний тест (колоректальний рак)

Колоноскопія довела свою ефективність у зниженні смертності від колоректального раку (злаякісна пухлина товстого кишківника та прямої кишки). Завдяки цій процедурі, аномалію (поліп) можна побачити до того, як вона переродиться в рак. Це один з найбільш розповсюджених видів раку як у чоловіків, так і у жінок. У зоні високого ризику:

- ті, хто мав історію колоректального раку в родині;
- ті, хто часто споживають червоне м'ясо та ковбасні вироби;
- люди із запаленням кишківника: хвороба Крона, виразковий коліт;
- ті, хто має сімейний аденоматозний поліпоз.

Лікарі радять починати колоноскопію з 50 років та проходити її кожні 5-10 років до 75-річного віку. За деяких причин, лікар може порадити процедуру частіше.

6. Фекальний імунохімічний тест – це тест калу на приховану кров.

Така кров не змінює колір калу і її важко виявити як мікроскопічно, так і макроскопічно. Виконувати цей тест має сенс один раз на рік людям 50-75 років. При виявленні прихованої крові показана колоноскопія.

7. Тест на папіломовірус та ПАП-тест

Вірус папіломи людини – це інфекція, з якою зустрічається більшість сексуально активних жінок та чоловіків. Майже всі випадки раку шийки матки спричинює саме цей вірус. Також, вірус може спричинити рак пенісу, анального каналу та горла. Тест на папіломавірус людини може допомогти вчасно виявити вірус, який призводить до аномальних змін у клітинах.

Виявити аномальні клітини, – до того, як вони перетворяться на рак, – допоможе також ПАП-тест (мазок Папаніколау). Проходити його радять з 21 року. Якщо результати нормальні, лікар може порадити пройти тест знову через три роки. З 30 до 50 років, за рекомендаціями МОЗ, варто проходити 1 раз на 5 років ПАП-тест та аналіз на папіломавірус людини.

Як запобігти раку, якщо у вашій родині було багато випадків цього захворювання? Не забувайте, що сама по собі генетична схильність зазвичай не є причиною розвитку захворювання. Найчастіше рак виникає під впливом інших чинників, які збільшують ризик і вразливість людини.

- Важливо не вживати тютюнові вироби.
- Ожиріння або надмірна вага – це ще один фактор ризику.
- Також варто старатися їсти якомога менше жирів і цукру.
- Не ведіть сидячий спосіб життя.
- Ще один ризик – це проживання в забрудненому навколишньому середовищі або робота, пов'язана із шкідливими речовинами.

Попри можливі чинники чи причини, пам'ятайте, що завжди є спеціалісти, що можуть порадити, який спосіб життя варто вести, щоб запобігти раку.

У війні з раком важливо сформувати культуру профілактичних оглядів. Адже думка, що якщо мене нічого не турбує, то я не йду до лікаря, у випадку з раком точно хибна.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ПАНДЕМИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Кухарук Е.С.

АО «Ecostrategii», Кишинёв, Молдова

Пандемия COVID-19 затронула практически все страны, всех жителей планеты. В статье, предлагаемой вниманию читателей, рассматриваются вопросы обнаружения вируса в окружающей среде, его распространение, значение почвы как адсорбента различных вирусов и их передачи почвенным обитателям.

Классификация вирусов, разработанная в середине XX века, учитывает характер взаимоотношений между вирусами позвоночных, высших растений, грибов, водорослей, бактерий почвы. Наиболее распространённая группа микроорганизмов в почве – бактерии. Их количество, в зависимости от типа почвы колеблется от 300 до 3000 млн. в 1 грамме. Почва является адсорбентом воздуха, воды и загрязнителей. Знание сущности вирусных инфекций и передача по цепи: человек ↔ животные ↔ растения ↔ водные источники ↔ почва - необходимо для мониторинга вируса. Вирусам свойственны мутации в большей степени, чем другим существам. При пандемии это процесс постоянный и непрерывный, так как происходит отбор вариантов, и возникают новые штаммы.

Covid-19 опасная и непредсказуемая болезнь. Обычно применяется поддерживающая терапия, то есть борьба с осложнениями, основное же лечение проводится в случае возникновения тяжёлых форм заболевания. По данным Госсекретаря Минздрава Молдовы, на состояние 18.03.2020 наша республика находится на третьем месте в мире по числу смертей от Covid-19!

Пандемия будет иметь серьёзные последствия на здоровье населения, экономику, общество, сельское хозяйство, окружающую среду. Мы наблюдаем не только перегрузку систем здравоохранения, но и уменьшение внимания к вопросам защиты экосистем, их загрязнение бытовыми отходами, отсутствие инвестиций в охрану окружающей среды, несоблюдение противозерозионных мероприятий. В сельской местности - ограничение доступа к чистой питьевой воде, особенно обездоленных групп населения, невозможность соблюдения строгих правил санитарии и гигиены.

В Республике Молдова, в настоящее время отсутствуют программы и проекты, направленные на развитие исследований в такой актуальной сегодня научной области знаний, как вирусология. Так называемая «оптимизация» научно-исследовательских учреждений внесла свои негативные коррективы. В итоге этой деятельности был закрыт факультет вирусологии в Медицинском Университете Молдовы.

Вирус Covid-19 относится к разновидности вируса гриппа. Предполагается, что это чрезвычайно древняя группа вирусов удивительным образом сохранила свои черты на протяжении миллионов лет эволюции в разных экологических условиях (в тканях насекомых, листьях растений, центральной нервной системе высших животных). По поводу происхождения

вирусів єдиної теорії поки немає, є гіпотези зарубіжних авторів про штучне походження вірусу. Грипп не настільки вже тяжка хвороба, однак, їм хворіє щороку мільйони людей, а періодично виникаючі пандемії (понавальні пандемії) носять в могилу немало життів.

Складні взаємовідносини вірусів з клітками нагадує п'ять наступних один за одним дій:

- зустріч вірусу з кліткою і прикріплення вірусних частин до поверхні клітки;
- проникнення вірусу всередину клітки;
- внутрікліточне розмноження вірусу;
- збирання нових вірусних частин;
- вихід знову утвореного вірусу до зовнішнього середовища і смерть клітки.

Від моменту зустрічі з вірусом до смерті клітки проходить іноді всього кілька хвилин. Відомі багато властивостей вірусів: вони витримують високі і низькі температури. Наприклад, вірус грипу при температурі 70 градусів зберігає свою активність до 6 місяців і довше. Доведено, що деякі властивості вірусів здатні викликати інфекцію не тільки у людини, але і у риб, плазуючих і рослин. Віруси не мають клітинної організації, вони існують у вигляді особливих інфекційних частин.

Інтерес викликають останні сучасні дані дослідників про визначення вірусу Covid-19 в фекальних виділеннях людини, а це створює загрозу забруднення ґрунту, підземними джерелами і річці, так як багато сіл, де немає каналізаційної системи, розташовані на береговій лінії Дністра. Ґрунт може стати джерелом поширення і передачі вірусів іншим екосистемам.

За думкою вченого з Оксфордського університету Тома Джефферсона, коронавірус вже давно був поширений по всьому земному шару в «пасивному» стані і пробудився внаслідок складившихся кліматических умов, повідомляє rt.com (<http://rt.com>) з посиланням на [The Daily Telegraph](http://www.thedailytelegraph.com).

Іспанські вірусологи заявили про те, що знайшли сліди коронавірусів в стічній воді, зібраній в березні 2019 року, тобто за 9 місяців до виявлення інфекції в Китаї. Вчені також знаходили свідчення присутності вірусу в Милані і Турині ще в грудні, тобто за тижень до виявлення першого випадку зараження. За думкою вчених, коронавірус може передаватися не тільки повітряно-крапельним шляхом, але і через каналізаційні системи і громадські туалети, які з низькою температурою створюють сприятливі умови для розмноження інфекції.

Таким чином, необхідно проводити наукові дослідження про поширення і виявлення вірусної інфекції в навколишньому середовищі. Міграція вірусних інфекцій по ланці ґрунт↔водні джерела↔рослини ↔ тварини ↔ людина недостатньо вивчена.

Вірус нікуди не піде.

Треба навчитися співіснувати з ним в одній екосистемі!

II. ДІЄВІ ФОРМАТИ СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ, ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

META-SUBJECT APPROACH TO LEARNING: METACOGNITIVE STRATEGIES

*Bohdantseva Larysa Vasylivna, teacher of English, Bakhmut Secondary School 12,
Bakhmut City Department of Education, Donetsk Region*

The interdisciplinary competence is required for providing students' preparation for life in the global world. It is stated in the new State Education Standard as the student's ability to apply their knowledge, skills, activities and attitudes that belong to a certain range of subjects and educational areas within the interdisciplinary circle problems.

I am firmly sure, the foreign language like any other subject is open to use content from different fields of knowledge and other subjects. Teaching the foreign language should be conducted in inseparable connection with other subjects, without denying the existing pedagogical system and educational process. In other words, encouraging students to reflect on how they learn and equipping them with a 'growth mindset' should be key parts of the curriculum.

Thus, in modern didactics, the idea of meta-subject approach has become one of the basic. It allows the teachers to restructure their work from the system of transferring knowledge to students, into a system environment in which students learn how to acquire knowledge independently.

The meta-subject approach is the essence of the convergence of the content of education, but through not only establishing external inter-subject connections but substantiating the deep integrity and fundamental nature of education as a reflection of the integrity of the knowable reality.

Charles Fadel, a global education thought leader, founder of the Center for Curriculum Redesign, co-author of best-selling book "21st Century Skills" states: "Metacognition is rising in importance as educators are realizing its importance and developing learning experiences to complement their existing assignments." Metacognition describes the processes involved when learners plan, monitor, evaluate and make changes to their own learning behaviours.

In this context, it should be mentioned that metacognitive strategies are those that improve students' learning by improving their self-awareness and selecting the appropriate strategy. Metacognitive strategies are often related to one of three categories: planning, monitoring and reviewing. It is also considered that metacognition has got two dimensions: metacognitive knowledge and metacognitive regulation.

Metacognitive knowledge refers to what learners know about learning. This includes: the learner's knowledge of their own cognitive abilities (e.g., 'I have trouble remembering grammar rules'); the learner's knowledge of particular tasks (e.g., 'The ideas in this text that I'm going to read are complex'); the learner's

knowledge of different strategies and their appropriate usage (e.g., 'If I scan the text first it will help me to understand the overall meaning').

As for metacognitive regulation, it refers to what learners do about learning. It describes how learners monitor and control their cognitive processes. For example, learners might realise that a particular strategy is not successful for them, so they decide to try another strategy.

The planning phase is about learners' thinking about the learning goal the teacher has set and considering how they will approach the task and which strategies they will use. At this stage, it is helpful for learners to ask themselves: 'What am I being asked to do?'; 'Which strategies will I use?'; 'Are there any strategies that I have used before that might be useful?'

During the monitoring phase, learners implement their plan and monitor the progress they are making towards their learning goal. Students might decide to make changes to the strategies they are using if these are not working. While working through the task, it will help them to ask themselves: 'Is the strategy that I am using working?'; 'Do I need to try something different?'

At last, the evaluation phase is the stage when students determine how successful the strategy they used was in helping them to achieve their learning goal. To promote evaluation, students could consider: 'How well did I do?'; 'What didn't go well?'; 'What could I do differently next time?'; 'What went well?'

I can't but mention, reflection is a fundamental part of the 'plan – monitor – evaluate' process. Metacognition can be enhanced if students know how to talk to themselves in a helpful and constructive way. Asking yourself good questions is one way to encourage this.

I strongly believe, teachers who use metacognitive strategies in the classroom can positively impact students by helping them to develop an appropriate plan for learning information, which can be memorized and eventually routine. As students become aware of how they learn, they will use these processes to efficiently acquire new information, and consequently, become more independent thinker.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТА ІНТЕРАКТИВНИХ ВПРАВ З ФІЗИКИ В ПЕРІОД ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Бейс О.А., учитель

Яковлівська ЗОШ І-ІІІ ступенів Соледарської міської ради Донецької області

Стрімкий розвиток інформатизації освіти, комп'ютерних технологій і програмного забезпечення надає широкі можливості для модернізації та підвищення ефективності навчально-пізнавальної діяльності учнів. Використання інформаційно-комунікаційних технологій в освітньому середовищі урізноманітнює його, підвищує ефективність засвоєння матеріалу, автоматизує процес навчання та контролю знань. Інтенсивний розвиток глобальної мережі Інтернет та значний його вплив на всі сфери

діяльності суспільства спровокував змінив в системі освіти, через використання технологій дистанційного навчання.

В 2020 році через поширення коронавірусної інфекції всі навчальні заклади України долучилися до використання технологій змішаного, дистанційного навчання. На жаль, матеріально-технічна база навчальних закладів, фінансові можливості українських родин не змогли стовідсотково реагувати на вимушену новинку. Проте, більшість учасників освітнього процесу долучилися до технологій змішаного навчання, опановуючи сучасними інформаційними технологіями, виконуючи завдання вчителів на освітніх платформах, блогах та ін. Вимушений карантин дав змогу реалізувати гейміфікований аспект мети уроків з фізики.

Інтерактивні вправи учнів виконували через онлайн-ресурси Wordwall та learningapps.

Wordwall можна використовувати для створення як інтерактивних, так і друкованих матеріалів. Майже всі шаблони доступні в обох версіях. Інтерактивні вправи відтворюються на будь-якому пристрої з веб-інтерфейсом, наприклад, на комп'ютері, планшеті, телефоні або інтерактивній дошці. Вони можуть бути відтворені самими учнями, або учнями під керівництвом вчителя по черзі перед класом.

Інтерактивні завдання та вправи створені за допомогою системи шаблонів, як включають в себе класичні завдання, наприклад, вікторина і кросворд, а також ігри, наприклад, погоня в лабіринті та літак, інструменти управління класом: план розсадження. Навчальні завдання Wordwall можна використовувати дистанційно через посилання учням. Результати кожного учня реєструються і надаються вчителю.

Будь-яке створене інтерактивне навчальне завдання можна зробити відкритим. Це дозволяє ділитися посиланням на сторінку навчального завдання по електронній пошті, в соціальних мережах або за допомогою інших засобів. Це також дозволяє іншим вчителям знайти інтерактивне завдання в результатах пошуку, грати в нього і розвивати його. При бажанні можна зберігати навчальні завдання приватними.

Даний ресурс дає можливість грати учням одного класу одночасно, бути приєднаними до одного ігрового завдання або кожен на своєму пристрої. Вчитель може контролювати хід гри перед усім класом. Деякі ігри є змагальними, наприклад, вікторина, де учні поспішають дати правильну відповідь якомога швидше.

Протягом дистанційного навчання в 2020-2021н.р. учні 7 класу працювали над розділом «Механічний рух», крім основних завдань: прочитати параграф, вивчити формули, розв'язати задачі, школярі отримували інтерактивне мультимедійне завдання з теми, яку необхідно підготувати на наступний урок. Під час тематичного оцінювання учні виконували завдання тестового характеру та інтерактивні вправи у різних інтерпретаціях. Так, наприклад, завдання складалося з питання: «Що називається...» і представлені основні поняття з вивченої теми: час, швидкість, траєкторія руху та ін.

Завдяки вищезазначеним вправам в учнів розвивається зорова пам'ять, пізнавальна діяльність, уважність, активність. Учасники освітнього процесу, граючись, запам'ятовують матеріал з теми, вміють застосувати набуті знання під час розв'язування задач та фізичних вправ.

Одним з доступних ресурсів для дистанційного навчання є LearningApps.org – онлайн-сервіс, який дозволяє створювати інтерактивні вправи. Їх можна використовувати в роботі з інтерактивною дошкою, або як індивідуальні вправи для учнів.

Сервіс Learningapps є додатком Web 2.0 для підтримки освітніх процесів у навчальних закладах різних типів. Конструктор Learningapps призначений для розробки, зберігання інтерактивних завдань з різних предметних дисциплін, за допомогою яких учні можуть перевірити і закріпити свої знання в ігровій формі, що сприяє формуванню їх пізнавального інтересу. Під час навчання за дистанційною формою навчання учні долучилися до виконання домашніх завдань і на вищезазначеному сервісі. Завдання були різної складності, виконані в різній варіації та дозволяли учням гейміфікувати під час виконання завдань.

Отже, сучасні інформаційні технології, кропітка робота вчителя, послідовність викладення навчальних матеріалів дають змогу учням, які з певних причин були відсутні на уроках або навчаються за технологією дистанційного навчання, продовжувати здобувати знання.

ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО ЗДОБУТТЯ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ.

Бичкова Ю.О., викладач клінічних дисциплін

Туз Є.О., викладач клінічних дисциплін

Туз-Благовісна О.Ю., викладач клінічних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Здоров'я людини - велика цінність, тому благополуччя країни вимірюють показником стану здоров'я населення. Військові конфлікти, погіршення екології, пандемія COVID-19 впливають на формування особистості. Останнім часом відзначається наростаюча тенденція до погіршення стану здоров'я населення. Люди по різному відносяться, як до проблем суспільства взагалі, так і до навчального процесу зокрема. Сучасний навчальний процес з новітніми комп'ютерними технологіями, великим об'ємом інформації, специфікою майбутньої професії медичного працівника вимагає нові умови проведення занять, які можуть привести до перенавантаження нервової системи, а недотримання режиму дня та спорту і якісного харчування може привести до загального погіршення стану організму, зниження якості навчання.

Сучасність та медична реформа висувають великі вимоги до майбутнього спеціаліста: уміння оптимізувати рішення для постановки діагнозу та лікування, мислити та аналізувати свої дії. Для отримання знань медпрацівника може сприяти високий рівень мотивації навчальної діяльності. У молодому віці здається - все життя попереду, але студентам потрібно пояснювати, що треба поспішати за часом, гарно вчитись для покращання майбутнього життя, для вміння якнайкраще надати медичну допомогу людям.

Повчальна форма проведення занять не викликає у студентів позитивних емоцій; викладачі рідко використовують новітні інформаційні технології, як засоби психологічного впливу на студента. Засоби масової інформації, мережі інтернет у привабливій формі культивують нездоровий спосіб життя, тому формування мотивації до здорового образу життя і якісного навчання у студентів потребує зусиль і не кожен студент здатен вирішити це завдання самостійно. Для цього необхідна ефективна система, направлена на формування особистості майбутнього медпрацівника.

Мотивація – це сукупність принципів, які викликають активність людини та визначають її прогрес. Мотивація є головною силою будь-якої діяльності людини та ведучим фактором якісного навчання студента - медика.

Однією з умов розвитку особистості є розвиток позитивної навчальної мотивації. Необхідно осмислити, яким чином можна сприяти зміні переконань студентів, оскільки саме на основі них формуються установки, тобто готовність рухатися у певному напрямку.

Аналіз результатів педагогічних досліджень дає можливість виділити цілі, які гарантують успішну навчальну діяльність студентів. Така структура мотивів – є взаємодією внутрішніх і зовнішніх напрямків, що визначають інтенсивність, спрямованість й особистісний сенс пізнавальної діяльності студентів. Пізнавальний мотив – бажання здобути нові знання та застосувати їх на практиці у роботі медичного працівника. Мотив досягнення – прагнення до успіхів у навчанні, перевершення власного рівня. Мотив самовдосконалення – прагнення до підвищення власної компетентності, ефективності та майстерності шляхом застосування новітніх комп'ютерних технологій, занять спортом, здоровим способом життя. Професійний мотив – прагнення досконало оволодіти професією, стати висококласним фахівцем. Мотив обов'язку – відповідальність перед суспільством, родичами за результати свого навчання та подальшої роботи. Прагматичний мотив – орієнтація на практичну цінність навчання, значення для майбутнього, для досягнення мрій, наприклад: подорожі, автомобіль, житло, матеріальне благополуччя.

Наші дослідження стверджують, що на переконання студентів впливає:

- почута вперше нова інформація та, яка викликає у людини сильні емоції;
- інформація, що здатна впливати на переконання поглядів людини;
- інформація, пов'язана з поважною особистістю;
- довіра до того, хто надає інформацію, незалежно від їх статусу та освіти;

- поєднання проблем збереження здоров'я з особистісними цінностями людини за принципом їх розширення, доповнення;
- практичні дії, самодосвід – викликають позитивний настрій, тому виникає бажання повторної дії.

Вивчення та здобуття професійних навичок майбутніх медичних працівників, цікаве та грамотне викладання медичних дисциплін, різноманітна мотивація студентів на оволодіння професією медика, всебічна та яскрава пропаганда здорового способу життя, показ на прикладі як свого життя так і на прикладі біографії багатьох видатних людей нашого часу і всесвітньої історії сприяють формуванню навчальної мотивації активності студенті; широке введення новітніх комп'ютерних технологій; своєчасне сплетіння знань теорії та практики; забезпечення навчально-методичною, і науковою літературою, комп'ютерною технікою. Молодь без соціальних мереж не може існувати, тому і цей негативний у деяких аспектах момент треба перевернути собі на користь. Стародавні греки казали, що світом рухає слава, тому використання соціальних мереж можливо не тільки для отримання знань, а і для заохочування студентів та висвітлення їх досягнень, цікавих моментів навчання, самостійної роботи.

Робота всіх педагогів повинна оцінюватися не лише за викладання предмету, за їх знання та вміння, а й умінням заохочувати до отримання знань молодь, за вмінням донести у зрозумілій формі до студентів потрібну інформацію з використанням різноманітних засобів, стимулювати формування світогляду гуманіста та творчу діяльність студентів.

УЗАГАЛЬНЕНІ ПРИНЦИПИ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ (за матеріалами відкритих Інтернет джерел)

*Болдарєва В.М., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»,*

Актуальність. В умовах тотального або часткового локдауну, пов'язаного з пандемією коронавірусу, питання організації навчання є одним із провідних для освітян усього світу.

Мета. Узагальнити світовий досвід дистанційного навчання, обґрунтувати вибір стратегії, яка є найбільш ефективною для забезпечення якості освіти молодших спеціалістів освітньої галузі «Медицина».

У 2017 році у світі дистанційно навчалися 6,6 млн студентів. Але через поширення COVID-19 це число зросло до більш ніж 400 мільйонів.

Переваги дистанційного навчання для всіх учасників освітнього процесу очевидні: гнучкість вибору, адаптивність і свобода, легкий доступ, можливість додаткового заробітку під час навчання, економія грошей і часу, віртуальні поїздки, зв'язок з іншими навчальними закладами. 77% експертів зі 100 найкращих університетів світу оцінюють онлайн-освіту як рівну або кращу, ніж класична. З цим згодні 69% академіків у світі.

Сьогодні дистанційне навчання представлено двома основними категоріями: синхронне та асинхронне.

Синхронне навчання відбувається в режимі реального часу і вимагає живого спілкування в мережі. Для цього використовуються телеконференції, відео-конференції і чати. Синхронне навчання є менш гнучким, ніж інші форми дистанційного навчання. Студенти повинні зустрічатися зі своїм викладачем і одногрупниками в заздалегідь запланований час. Такий підхід обмежує здатність студента вчитися в своєму власному темпі.

При асинхронному підході студент отримує пакет щотижневих дедлайнів, це дає свободу вибору швидкості та порядку вивчення тем. Викладачі, завдяки зменшенню навантаження через відсутність жорсткої прив'язки до розкладу, можуть розширити зміст курсу та винести спілкування за межі окремого класу. Наприклад, замість того, щоб просто проводити збори Zoom або Google Class, доцільно використовувати попередньо записані відео або інші види візуалізацій в реальному часі, а потім отримувати аналітику, створювати підписи, вести бесіди, додавати вікторини, проводити тестування, інтегруючи контент прямо в LMS (Систему управління навчанням – освітню платформу). Асинхронне дистанційне навчання дає більше можливостей для студентів діяти за власним розкладом. Такі підходи до здобуття освіти допомагають мотивувати студентів переглядати контент на будь-якому (стаціонарному або мобільному) пристрої, адже доступ до матеріалів курсу відкритий в будь-який час. В цьому контексті особливого значення набуває мобільне навчання.

Під час локдауну та карантинів у КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж» освітній процес було організовано з використанням визнаних у світі сучасних технологій дистанційного навчання: відео-конференція, гібридна дистанційна освіта, онлайн-курси з відкритим розкладом, онлайн-курси з фіксованим часом.

Відеоконференцзв'язок - форма синхронного спілкування. Використовуючи такі інструменти, як Zoom, Blackboard Collaborate, Adobe Connect або інше програмне забезпечення для конференцзв'язку, викладачі та студенти взаємодіють один з одним незалежно від того, де вони знаходяться. Це покращує взаємодію студентів з викладачем і забезпечує структуру для планування занять. Такі форми дистанційного навчання необхідні при навчанні студентів медичних навчальних закладів, особливо під час відпрацювання практичних навичок.

Гібридне дистанційне навчання поєднує в собі синхронні та асинхронні методи. Студенти отримують крайні терміни для виконання завдань і тестів. А в подальшому працюють у своєму власному темпі.

Онлайн-курси з відкритим розкладом: студенти отримують набір дедлайнів. Потім викладач дає їм можливість працювати в своєму власному темпі. Однак це вимагає значної самодисципліни і мотивації.

Онлайн-курси з фіксованим часом: студенти заходять на сайт навчання в певний час, часто включають чати і дискусійні форуми, заохочують взаємодію студентів.

Але дистанційне навчання має деякі недоліки. По-перше, студенти стикаються з більш високим ризиком відволікання уваги в мережі. Без особистих зустрічей здобувачі освіти можуть втратити контроль над термінами і мотивацією. По-друге, дистанційне навчання також пов'язане з прихованими студентськими витратами: отримання доступу до надійного комп'ютера, підключення до Інтернету, придбання веб-камери (в деяких випадках), комп'ютерне обслуговування, комунальні послуги (наприклад, електрика для Інтернет-послуг).

Висновки.

1. Дистанційне навчання - важлива складова довгострокових освітніх стратегій.
2. І викладачі, і студенти отримують позитивні результати від гнучкості асинхронного навчання, оскільки воно дозволяє їм створювати і споживати контент, враховуючи власні навчальні можливості та потреби.
3. В КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж» вдалося створити комфортний освітній простір з використанням технологій дистанційного навчання.

За матеріалами відкритих Інтернет - джерел:

www.forbes.com

assets.techsmith.com/Docs/Checklist-Create-Effective-Video.pdf

www.britannica.com/topic/distance-learning/Modern-distance-learning

www.icde.org/

members.aect.org/edtech/ed1/13/index.html

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Бондарчук І.І., викладач педіатрії

Бондарчук А.В., викладач основ екології та профілактичної медицини

КЗ «Костянтинівський медичний фаховий коледж»

Актуальність. Дослідницька робота спонукає студентів до активної розумової та практичної діяльності в процесі оволодіння навчальним матеріалом, сприяє формуванню у них умінь здобувати знання, потреби вчитися, розвивати пізнавальні здібності. Викладач вважає, що пізнавальна діяльність студента - якість не природжена і не постійна, вона динамічно розвивається та прогресує або регресує під впливом соціального середовища, і лише справжня співпраця викладача та студентів забезпечує активну пізнавальну діяльність останніх.

Тому під пізнавальною діяльністю студентів викладач розуміє не тільки цілеспрямовану педагогічну діяльність по підвищенню рівня навчальної активності студентів, а й дії викладача, які спонукають студентів до старанності в навчанні й сприяють формуванню позитивного відношення до навчальної роботи, набуванню знань. Ступінь активності студента є

реакцією на методи й прийоми роботи викладача, інтегрованим показником його педагогічної майстерності.

Мета: засвоєння знань, формування умінь та навичок, розвиток творчого мислення, пізнавальних інтересів та здібностей студентів, виховання особистості у процесі оволодіння знаннями та вміннями.

Членами екологічного та педіатричного гуртків виконана дослідницька робота за темою: «**Вакцинація: за і проти**». На першому етапі обирається тема та мета роботи. Студенти вносять свої пропозиції. Дієвий засіб попередження вакцинокерованих інфекцій – імунопрофілактика. Проте в останні декілька років почастишали відмови від щеплень. В результаті зростає кількість неімунізованого населення, що може привести до зростання захворюваності інфекційними хворобами. На підготовчому етапі за даними наукової літератури підготовлена коротка історія вакцинації, підібрані статистичні матеріали, що доводять ефективність щеплень, описані роботи вчених у цій галузі медицини. Для вирішення поставленого в роботі завдання була розроблена програма збору матеріалу, основною частиною якої була анонімна анкета. Студентами проведено опитування жителів населених пунктів півночі Донецької області. При виконанні дослідження студенти розмовляли з сімейними лікарями, педіатрами, медсестрами дільничних і дитячих установ, з'ясовували їх думку і вивчали їх досвід, проводили санітарно-освітню роботу.

Результати роботи. Значна частина опитаних не вірить в ефективність вакцинації. Недостатньо знають про вакцинацію 48% опитаних, за останні 5 років 45% відмовлялися від вакцинації собі і 41% - своїй дитині. Цікаві результати отримані про причини відмов від вакцинації: 37% опитаних не довіряють якості вакцин, 29,5% - побоюються ускладнень. При ухваленні рішення про вакцинацію опитані рідко враховують рекомендації медичних працівників: тільки 25% опитаних.

Висновки:

1. Населення дуже погано інформоване про принципи, методи і ефективність вакцинації.
2. Тільки більше половини опитаних вірять в дієвість вакцинації в профілактиці інфекційних хвороб.
3. Як наслідок, 41-45% опитаних за останні 5 років відмовлялися від щеплень.
4. Велика частина відмов від вакцинації викликана побоюванням ускладнень і недовірою до якості вакцин.
5. Тільки кожен четвертий прислухається до рекомендацій лікарів при ухваленні рішення про вакцинацію.

Викладач вважає, що найбільш ефективними у підготовці молодших медичних працівників є інформативно-пошукові форми навчання, особливо в поєднанні з технічними засобами, зацікавленість самого студента в отриманні результатів. Під час виконання дослідницьких робіт студенти отримують навички пошуку, осмислення, відбору та систематизації матеріалу з наукової та навчальної літератури, Інтернету, опановують

навички отримання інформації від населення, проведення статистичного дослідження, обробки отриманих матеріалів, вчать робити висновки та формулювати шляхи рішення проблем. Враховуючи, що оформлення результатів проводиться в вигляді мультимедійних презентацій, студенти вдосконалюють свої навички роботи з комп'ютером. Під час збору інформації студенти стикаються з необхідністю відповідати на питання населення по досліджуваній проблемі і отримують навички проведення санітарно-освітньої роботи. Під час підготовки, виконання роботи і оформлення матеріалу викладач збуджує студентів до сумісного мислення, дискусії.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМФОРТ – ОСНОВА УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ, ЯКІ МАЮТЬ АУТИСТИЧНИЙ СПЕКТР, ДО УМОВ НАВЧАННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ КЛАСІ

Борисенко О.М., практичний психолог

Бахмутська ЗОШ I-II ступенів №3 Бахмутської міської ради Донецької області

Актуальність даної теми полягає в тому, що одним із напрямів сучасного етапу системи освіти України є інтегрування дітей з особливими освітніми потребами в освітній простір. Прийшовши в школу, діти не повинні відчувати, що вони не такі, як всі. Вони вразливі, тому їх треба захищати. Сфера їх інтелектуального життя в дитинстві тісно зливається з моральною. Кожна невдача в навчанні сприймається як гірка образа. Недостатність опиту роботи спеціалістів у спеціалізованих класах, відсутність навчальних програм, методик, теоретичних досліджень та водночас наявність різних особливих потреб дітей спонукає вивчати та створювати умови навчання з власного досвіду.

Тому, вперше у місті Бахмут створені умови та надано можливість навчатись дітям з РАС у спеціалізованому класі на базі загальноосвітньої середньої школи.

Мета роботи – створення комплексної системи психологічних умов, які сприяють попередженню виникнення або усунення у дітей з аутичним спектром дестабілізаційних чинників. Формуванню їхніх адаптивних функцій, забезпеченню оптимального розвитку в умовах закладу освіти. Адаптація та соціалізація дитини до нових умов навчання через спадкоємність дитячий садок-школа.

Реформаційні процеси в освітній галузі, які спрямовані на досягнення відповідності найкращим світовим стандартам, вимагають вдосконалення і розвитку системи психологічного і соціально-педагогічного супроводу діяльності всіх учасників освітнього процесу.

Залучення дітей з особливими освітніми потребами до закладу передбачає їх обов'язковий психологічний супровід, адже якими б не були потенційні можливості їх розвитку, у дітей завжди залишаються специфічні

труднощі, зумовлені порушеннями розвитку. Крім того, організація ефективного психологічного супроводу дітей з перших днів їх перебування в школі сприяє прискоренню процесу соціалізації та створенню комфортних умов для навчання і психологічного розвитку. Дитина з РАС не може бути адаптована та соціалізована «сама по собі», окремо від сім'ї, а тому батьки цих дітей чи особи, які їх замінюють, також потребують психологічної допомоги щодо розвитку можливостей, нахилів та інтересів дитини, зниження емоційного дискомфорту у зв'язку з особливостями розвитку їх дитини. Важливою є і робота практичного психолога з дітьми з нормотиповим розвитком. Адже від того, як сприймуть таку дитину, значною мірою залежить успішність соціалізації та розвитку в умовах закладу освіти.

На перших етапах навчання у школі особливі діти не сприймають голосні звуки, музику, дзвінки, велике скупчення людей та спілкування із звичайними однолітками та незнайомими дорослими. Вони не вступають в контакт тим самим ускладнюється можливість допомоги. Їм важко пересуватись по сходах, переходити в інші приміщення, приймати їжу в ідеальні. Вони потребують допомоги з боку дорослих, тому дуже корисно проводити сумісні заходи дітей з особливими потребами із звичайними дітьми загальних класів.

Досвід засвідчує, що психологічна допомога для таких дітей має бути досить інтенсивною та закріплюватись впродовж тривалого часу.

Змістовна спрямованість і завдання психологічного супроводу дітей з аутизмом істотно відрізняються від завдань психологічного супроводу здорової дитини. Діагностична складова психологічного забезпечення наповнюється дослідженням особистісних параметрів та особливостей соціалізації дитини у сім'ї, класі; емоційних проявів та стресових реакцій.

У діагностиці розладів спектру аутизму головну роль відіграє опитування батьків та безпосереднє спостереження фахівців за поведінкою дитини, оцінювання її розвитку. Результати обов'язково фіксуються у протоколах та ведеться документація, затверджена та стандартизована чинними законодавствами, відповідно до роботи практичного психолога в школі. Оцінка показників розвитку та психоемоційних станів здійснюється з метою прогнозування корекції та реабілітації змін, корегування індивідуальних планів (маршрутів) розвитку, дитини. Такі маршрути розробляються колегіально на засіданнях педагогічних консилиумах, враховуючи особливі здібності кожної дитини, її соціальний статус тощо.

Загальна мета корекційно-розвиткової роботи – сприяння розвитку дитини, створення умов для реалізації її внутрішнього потенціалу. Для зарахування у спеціалізований клас дитина має пройти: обстеження лікарів, комплексну оцінку інклюзивно-ресурсному центрі. Висновок про комплексну психолого-педагогічну оцінку включає в себе: відомості про дитину, дані про сім'ю, інформацію про стан здоров'я, оцінку фізичного, мовленнєвого розвитку, когнітивної, емоційно-вольової сфери, освітньої діяльності, загальні висновки, рекомендації. Під час знайомства з комплексною оцінкою розвитку дитини, вивчення особливостей її розвитку

виявляла фактори, які зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності, спілкування та соціальної адаптації, а також ті ресурси, які можна використати у корекційно-розвитковій роботі. Ця робота організовувалась мною з урахуванням особливостей порушення розвитку та потенційних можливостей і потреб дитини. Слід зауважити, що проведення корекційно-розвиткових занять практичним психологом здійснюється відповідно до чинного законодавства, річного плану роботи, діагностичного мінімуму тощо. Неприпустимим є навантаження практичного психолога тими видами робіт, які не входять в його функції, зокрема, це стосується підміни корекційних занять вчителя-дефектолога корекційними заняттями, що проводяться практичним психологом, оскільки вони є різними за структурою та змістом. Більшість дітей з особливими освітніми потребами систематично долучаються до індивідуальної роботи, в корекційній мікрогрупі. У цьому випадку вони являють собою сукупність технік та вправ, які спрямовані на корекцію поведінки та розвиток особистості дитини.

В своїй практиці використовую такі техніки, вправи, які сприяють:

- розвитку пізнавальної діяльності, психофізичному, соціально-комунікативному розвитку;
- формуванню навичок просторового, соціально-побутового орієнтування;
- розвитку навичок саморегуляції та саморозвитку дітей шляхом взаємодії з навколишнім природним середовищем;
- створенню умов для соціальної реабілітації та інтеграції дітей, розвитку їх самостійності та життєво важливих компетенцій.

Слід пам'ятати, що розвиток у стресовому стані неможливий. Тому для дитини з РАС насамперед створюю безпечні та комфортні умови і лише після цього опікуюсь розвивальним середовищем. У своїй роботі використовую допоміжні техніки: арт-терапія, фототерапія; ігри, вправи, які доповнюють основні та допомагають дітям засвоїти матеріал та виконати інструкцію. Наприклад: ляльковий театр, де ляльки та інші іграшки беруть участь в сценках про школу, магазини, різних знайомих малюкові ситуаціях з життя. Замість іграшок можна використовувати фотографії членів сім'ї і самої дитини, закріплені на вертикальних фігурках – це зробить ігровий світ більш реальним.

«Відгородження» аутиста від світу призводить до порушення свідомих і чуттєвих зв'язків з іншими людьми, відновити які можна за допомогою ігор, спрямованих на розвиток емоційної контактності. Для дітей, які не розмовляють взагалі або мають мовні проблеми, необхідно включати в ігровий процес логопедичні елементи. Для молодших школярів використовую різні танцювальні рухи і гімнастичні вправи під ритмічну музику для тих, хто не проявляє гіперчутливість до голосних звуків. Вмикаю веселу мелодію з чітким ритмом і пропоную дитині потанцювати разом, показуючи різні рухи, які вона повинна буде повторювати. Можна танцювати з м'ячем, скакалкою, стрічкою, улюбленою іграшкою.

Враховуючи досвід проведеної роботи можна зробити висновок, що тема дуже актуальна, є гостра необхідність створення таких класів для дітей з особливими освітніми потребами. Але недостатній опит фахівців, відсутність наробок, навчальних програм, наукових досліджень спонукає на подальшу роботу та вивчення даної проблеми.

Результати проведеною мною роботи значно покращились з результату на початок навчального року. Діти йдуть на контакт з дорослими та однолітками, намагаються проявляти самостійність, грають та викрнують вправи в парах та в колі, не проявляють агресії, сприймають більш голосно звуки, сприймають музичні твори, з радістю йдуть до школи, переважає більш веселий настрій.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.

*Брежнева О.М., викладач фізичного виховання
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Нинішнє суспільство називають інформаційним, в якому головним продуктом виробництва є інформація та знання. Інформаційне суспільство розглядають як орієнтир, тенденцію змін у сучасному світі, воно асоціюється з розвитком інформаційно-комунікаційних технологій, їх засобів.

Інформатизація та комп'ютеризація вимагають від людини нових знань, умінь та навичок, які будуть адаптовані до умов інформаційного суспільства. Особлива роль нині відводиться мережі Інтернет – засобу розповсюдження інформації, середовища співпраці та спілкування людей, що є найбільшою та популярною комп'ютерною мережею, яка відкриває широкі можливості ефективного її використання в освіті.

Пандемія Covid-19 змінює практично всі сторони буття людства і повернення до «норми» навряд чи можливе. Пандемія призвела до суттєвих змін у сфері освіти протягом 2020 року в усьому світі.

Введений карантин, що тимчасово унеможливив відвідування закладів освіти, потребував переведення учнів на дистанційну форму навчання. Дистанційне навчання має свої можливості, а саме:

✓ **можливість навчатися у будь-який час.** Студент, який навчається дистанційно, може самостійно вирішувати, коли і скільки часу йому приділяти на вивчення матеріалу. Він будує для себе індивідуальний графік навчання.

✓ **можливість навчатися в будь-якому місці.** Щоб приступити до навчання, необхідний лише комп'ютер з доступом в Інтернет.

✓ **можливість навчатися у своєму темпі.** Не обов'язково навчатися у тому ж темпі, що й інші студенти. Студент завжди може повернутися до вивчення більш складних питань, кілька разів подивитися відео-лекції, перечитати переписку з викладачем, а вже відомі йому теми може пропустити. Головне, успішно проходити проміжні та підсумкові атестації.

✓ **доступність навчальних матеріалів.** Доступ до всієї необхідної літератури відкривається студенту після реєстрації в системі дистанційного навчання, або він отримує навчальні матеріали електронною поштою. Зникає проблема нестачі чи відсутності підручників, навчальних посібників чи методичок.

✓ **мобільність.** Зв'язок з викладачами здійснюється різними способами: як on-line, так і off-line. Проконсультуватися з викладачем за допомогою електронної пошти іноді ефективніше та швидше, ніж призначити особисту зустріч при очному або заочному навчанні.

✓ **навчання в спокійній обстановці.** Проміжна атестація студентів дистанційних курсів проходить у формі on-line тестів. Тому в студентів менше причин для хвилювань. Виключається можливість суб'єктивної оцінки: на систему, яка перевіряє правильність відповідей на питання тесту, не вплине успішність студента з інших предметів, його соціальний статус та інші чинники.

✓ **індивідуальний підхід.** При традиційному навчанні викладачеві досить важко приділити необхідну кількість уваги всім студентам групи, підлаштуватися під темп роботи кожного. Використання дистанційних технологій підходить для організації індивідуального підходу. Крім того, що студент сам обирає собі темп навчання, він може оперативно отримати у викладачавідповіді на виникаючі питання.

✓ **дистанційна освіта дешевша.** Якщо порівнювати вартість навчання на очній і дистанційній формах навчання, то дистанційна скоріш за все буде дешевшою. Студенту не доводиться оплачувати дорогу, проживання.

Разом з тим, дистанційне навчання не позбавлене і ряду недоліків:

➤ **необхідна сильна мотивація**

Практично весь навчальний матеріал студент-дистанційник освоює самостійно. Це вимагає достатньої сили волі, відповідальності і самоконтролю. Швидше за все, ніхто його підганяти чи заохочувати до навчання не стане. Підтримувати потрібний темп навчання без контролю з боку вдається не всім.

➤ **нестача практичних вмінь та навиків**

Досить проблемно якісно організувати дистанційне навчання за напрямами підготовки та спеціальностями, на яких передбачена велика кількість практичних занять. Навіть найсучасніші комп'ютерні ресурси не замінять майбутнім медичним працівникам «живої» практики.

➤ **дистанційна освіта не підходить для розвитку комунікабельності**

При дистанційному навчанні особистий контакт студентів один з одним і з викладачами мінімальний, а то і цілком відсутній. Тому така форма навчання не підходить для розвитку комунікабельності, впевненості, навичок роботи у команді.

➤ **проблема ідентифікації студента**

Поки найефективніший спосіб простежити за тим, чи студент самостійно здавав іспити чи заліки, - це відеоспостереження, що не завжди можливо.

Дистанційне навчання – методика, що користується особливою популярністю, а особливо під час карантину. Опанувати її тонкощі не так складно! Все, що необхідно, це поповнювати свою скарбничку знань доступною інформацією. Інформаційно-комунікаційні технології варто розглядати як зручний спосіб набуття знань студентами та викладачами. А карантин – як можливість навчитись чомусь новому, спробувати нові платформи та стати впевненішими користувачами інтернету. Застосування Інтернет - технологій відкриває перспективний напрям у навчанні. Разом з тим необхідно розуміти, що використання тільки Інтернет - технологій не вирішує моментально всіх проблем викладача. Необхідно дотримуватися принципу «в потрібний час, в потрібному обсязі».

СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ ОСВІТНЬОЇ ГАЛУЗІ «ЗДОРОВ'Я І ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА» У КОНТЕКСТІ ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРЕДМЕТА «ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я», ШЛЯХИ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ

*Бродецька І.В., заступник директора з навчально-виховної роботи
Бахмутська ЗОШ I-III ступенів №12 Бахмутської міської ради Донецької
області*

Питання поліпшення здоров'я дітей сьогодні постає надзвичайно гостро і потребує невідкладного вирішення. Майже кожен п'ятий новонароджений з'являється на світ із відхиленнями у здоров'ї. Серед дітей шкільного віку спостерігається негативна тенденція динаміки рівня захворювань, поширення інвалідності внаслідок хвороб.

Інформаційне перевантаження, стресові ситуації, модернізація освітнього процесу вимагають від дитячого організму великого напруження, що разом із іншими факторами такими (обмеження фізичної активності, використання комп'ютерних технологій, недостатнє природне та штучне освітлення, відсутність раціонального харчування), спричиняють спочатку функціональні порушення, а згодом і формування органічної патології.

Відповідно, мета сучасної школи – підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в дорослому житті. Здійснення зазначеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язберезувальної педагогіки.

Не слід ототожнювати основи здоров'я із біологією, оскільки останню починають вивчати, коли певне ставлення до здоров'я в особистості учня вже сформовано (на основі знань з основ здоров'я, отриманих у початковій школі).

Саме інтегрований курс «Основи здоров'я» покликаний формувати в учнів позитивну мотивацію здорового способу життя, розвивати здоров'язберезувальну компетентність у дітей та підлітків, інформувати школярів про ризики для здоров'я та негативний вплив на їх організм психостимулюючих речовин.

У контексті оновлення змісту освіти перед учителем основ здоров'я постають наступні завдання (освітня галузь «Здоров'я і фізична культура» Державного стандарту базової і повної загальної середньої освіти):

- поглибити в учнів знання про власне здоров'я, фізичний розвиток, необхідність ведення здорового способу життя, безпечну поведінку, фізичну культуру особистості, взаємозв'язок організму людини з навколишнім природним середовищем;
- формувати в учнів знання про здоровий і безпечний спосіб життя, фізичну культуру;
- підвищити рівень рухової активності;
- удосконалити життєво необхідні уміння та навички, вміння використовувати їх у навчальній та повсякденній діяльності;
- створити мотивацію учнів щодо дбайливого ставлення до власного здоров'я, занять фізичною культурою, вдосконалення фізичної, соціальної, психічної і духовної складових здоров'я;
- сприяти усвідомленню учнями цінності життя і здоров'я, значущості здорового і безпечного способу життя та фізичної культури;
- збагачувати власний досвід учнів щодо збереження здоров'я;
- розширювати функціональні можливості організму учня шляхом цілеспрямованого розвитку природних здібностей, основних фізичних якостей;
- готувати молодь до забезпечення власної безпеки та безпеки інших людей у надзвичайних ситуаціях мирного і воєнного часу.

Як свідчить практика, *інформаційно-просвітницький підхід* (знання заради знань), що домінував протягом багатьох років, виявився неефективним у вирішенні завдань профілактики тютюнопаління, уживання алкоголю, наркотиків, поширення ВІЛ-інфекції тощо. На сьогодні альтернативним є *компетентнісний підхід* (знання заради вмінь). Він базується на основі розвитку життєвих навичок, обґрунтовує необхідність формування усвідомлених поведінкових реакцій, що дозволяють успішно розв'язувати завдання самозахисту від ризикової поведінки, долати життєві труднощі, повсякденні проблеми та інші питання, які розкриваються у змісті навчального предмета.

Доцільно визначити такі напрями реалізації здоров'я збережувальних технологій в освітньому середовищі:

- створення умов для зміцнення здоров'я школярів і їхнього гармонійного розвитку;
- організація навчально-виховного процесу з урахуванням його психологічного й фізіологічного впливу на організм учня;
- розробка й реалізація навчальних програм із формування валеологічної культури й профілактики шкідливих звичок.

Освіта в галузі здоров'я на основі життєвих навичок є підходом, що передбачає використання різноманітного досвіду методик навчання та ставить за мету розвиток знань, формування спеціальних навичок,

необхідних для діяльності, спрямованої на дотримання здорового способу життя.

Саме тому мета системи післядипломної педагогічної освіти у контексті зазначеної проблеми – створення належних умов для оперативного навчання учителів основ здоров'я, забезпечення їх готовності працювати в нових умовах, активно впроваджуючи здоров'язбережувальні технології у навчально-виховний процес.

Відповідно до мети визначено такі завдання:

1. створити систему управління шляхом підвищення професійної компетентності та педагогічної майстерності методистів із основ здоров'я районних (міських) науково-методичних установ, учителів основ здоров'я загальноосвітніх навчальних закладів області;
2. забезпечити науково-методичний супровід поетапності впровадження нової навчальної програми предмета «Основи здоров'я»;
3. розробити інноваційні форми методичної роботи з педагогічними кадрами, що забезпечить оперативність отримання інформації з урахуванням етапності впровадження нових навчальних програм у загальноосвітніх навчальних закладах країни.

ФОРМУВАННЯ АНГЛОМОВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ДІАЛОГІЧНОМУ МОВЛЕННІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ В КОЛЕДЖАХ THE PROBLEM OF FORMING OF ENGLISH COMPETENCE IN DIALOGICAL SPEECH OF FUTURE MEDICAL SPECIALISTS

*Бубенцова Л.В., викладач іноземних мов
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

У зв'язку з інтеграцією України в Європейський Союз, формуванням спільних політичних, економічних, культурних відносин надзвичайно важливою на сьогодні є реалізація комунікативного підходу під час вивчення іноземних мов, який передбачає побудову процесу навчання як моделі реальної комунікації за допомогою одного з найрезультативніших проявів мовленнєвої активності, складовою якої є вміння граматично та лексично правильно формувати діалоги.

Зважаючи на постійне і стрімке розширення міжнародних контактів та міжнародну співпрацю, іноземці в Україні можуть звертатися за допомогою у лікувальні заклади або потребувати медичної допомоги у будь-якій ситуації. Саме тому комунікативна компетенція майбутніх фахівців щодо розуміння іноземців, формування у студентів навичок діалогічного мовлення є дуже важливим. Такий комунікативний підхід через діалогічне мовлення у підготовці кваліфікованих медичних спеціалістів – фельдшерів та медичних сестер треба реалізовувати на уроках англійської мови за професійним спрямуванням.

Відповідно до Європейських стандартів та запитів сучасної освіти до професійної підготовки медичних фахівців, здатних здійснювати певний інформаційний контакт з пацієнтом, забезпечувати міжособистісні стосунки, іншомовну комунікацію, найвищою формою вияву якої є діалог. Адже, якість послуг, що надаються, їх профіль, цивілізованість багато в чому визнають самих фахівців, які працюють в галузі медицини.

Відповідно до Загальноєвропейських Рекомендацій з мовної освіти, лише шляхом кращого оволодіння сучасними європейськими мовами можна полегшити спілкування та взаємодію між європейцями з різними мовами заради підтримки європейської мобільності, взаєморозуміння та співпраці.

За визначенням багатьох вчених, комунікативна компетентність – це вміння особистості спілкування з різними людьми, в середовищі яких вона проживає і працює.

У формуванні англійської компетентності можна виокремити чотири компоненти комунікації: граматичну – рівень засвоєння граматичного коду, включаючи словниковий запас, правила правопису і вимови, словотворення і побудови речень; соціолінгвістичну – уміння доречно використовувати граматичні форми у різних соціолінгвістичних контекстах для виконання окремих комунікативних функцій (опиту, повідомлення, переконання, здобування інформації – скарги пацієнта, виявлення симптомів, супутні обставини, тощо; дискутивну (компетенцію, висловлювання здатності поєднувати окремі речення у розповідь); стратегічну – здатність використовувати вербальні і невербальні засоби; лінгвістична компетентність передбачає володіння лексичним матеріалом на належному рівні та знання граматичних структур.

Мовна компетентність охоплює мовні знання (лексичні, фонетичні, граматичні) та відповідні навички; мовленнєва – чотири види вмінь (аудіювання, говоріння, читання та письмо).

Професійна компетентність охоплює блок знань, умінь та навичок двох типів:

- Таких, що забезпечують розуміння конкретних професійних проблем та адекватність формування висновків;
- Які сприяють подоланню психологічного бар'єру під час спілкування.

Етапи навчання такого спілкування:

- ✓ введення лексичного матеріалу;
- ✓ перше аудіювання;
- ✓ друге аудіювання;
- ✓ підготовка до спілкування в заданій ситуації, аналогічній ситуації діалогу-зразка;
- ✓ введення і тренування у вживанні розмовних формул;
- ✓ рольові й ділові ігри, тобто спілкування в навчальній комунікативній ситуації.

З мого досвіду органічним підґрунтям проблеми навчання іншомовного діалогічного мовлення майбутніх медичних фахівців є напрацювання, які стосуються формування готовності до іншомовного спілкування – діалогу.

Майбутній медичний фахівець – це людина, якій треба вміти працювати з людьми, бути комунікабельною і швидко ухвалювати рішення в екстремальній ситуації.

Органічною складовою мовлення є діалог - термін утворений від префікса «діа...» (грец. dia – через, що означає наскрізний рух, розділення, посилення, завершеність та «...лог» (грец. logos – слово, думка), що відповідає поняттям «слово», «мова». У дослівному перекладі з грецької dialogos – бесіда, розмова (між двома чи кількома особами).

Розрізняють види діалогів: діалог-розпитування; діалог-домовленість; діалог - обмін думками; діалог – обговорення (дискусія).

Основними критеріями достатнього формування навичок та вмінь вести діалог, на мій погляд, є наступні:

- уміння грамотно та лексично правильно розпочинати діалог (повідомлення, запитання);
- уміння швидко реагувати на репліку співрозмовника, продукувати чіткий діалог професійного спрямування;
- уміння підтримувати розмову, додаючи свою ініціативну репліку;
- уміння професійно поводитись під час спілкування;
- уміння стимулювати співрозмовника до висловлювання реплік оцінювального характеру.

У своїй професійній діяльності з формування діалогічного мовлення я спираюсь на такі етапи:

Етапи формування діалогічного мовлення:

I етап – «реплікування»;

II етап – укладання самого діалогу;

III етап – укладання міні-діалогів (з групою студентів);

IV етап – укладання діалогів певних функціональних типів (за заданою проблемою, вирішення певної професійної задачі).

На етапі «реплікування» рекомендую короткі шаблони - «готові» мовленнєві одиниці.

Приклади:

Приклад 1.

A.: Excuse me. Is there a chemist's near here?

B.: No, it's over there.

A.: Thanks a lot.

Приклад 2.

Doctor: We must go to the hospital immediately.

Patient: All right, I'm ready.

Doctor: Ready? Really?

З прикладів видно, що перша репліка досить інформативна, а друга може бути короткою. Але вони між собою тісно пов'язані.

II та III етапи спрямовані на укладання міні-діалогів та вживання активної лексики з теми, відпрацювання.

На IV етапі студенти складають діалог за заданою ситуацією.

Приклад діалогу:

Patient: I don't feel well. I have a dry cough, a splitting headache, and a sore throat.

Doctor: It's fast. Give me your arm.

P: What's the matter with you?

D: Let's take your temperature.

P: Well, I must examine you.

D: I have a bad headache and a running nose.

P: What must I do to become healthy again?

D: I want to check your BP.

P: What do you complain of?

D: I see, you have a flu.

P: Good-bye!

Таким чином, формування англомовної компетентності в діалогічному мовленні майбутніх фахівців у коледжі – процес об'ємний, складний, стимулює мовленнєву діяльність студентів, сприяє позитивному ставленню до вивчення англійської мови. Студенти швидко опановують ЛО в мікро- і макродіалогах та вміло висловлюються в конкретних ситуаціях.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ АТЕСТАЦІЇ «МЕДСЕСТРИНСТВО» У 2020 РОЦІ В ІФНМУ ПІД ЧАС КАРАНТИНУ COVID-19

Бульбук О.І., к.м.н., доц., директор коледжу

Гвоздецька Г.С., асист., завідувачка медсестринським відділенням

Глов'як В.Г., асист., завідувач фельдшерським відділенням

Фаховий медичний коледж Івано-Франківського національного медичного університету

Актуальність проблеми. У світлі нових подій, комплексна кваліфікаційна атестація зі спеціальності «Медсестринство» ОПП «Сестринська справа», зважаючи на епідеміологічну ситуацію, опираючись на Постанову Кабінету Міністрів України від 11.03.2020 №211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» зі змінами від 4 травня 2020 р. №332, рекомендаційного листа МОН України №1/9-178 від 27.03.2020 року «Щодо оголошення карантину», наказу ректора Університету №511-д від 08.05.2020 р. «Про зміни в організації освітнього процесу та завершення весняного семестру 2019/2020 навчального року» проводилася в дистанційному режимі на платформі Microsoft Teams Івано-Франківського національного медичного університету, як одній із базових для проведення онлайн навчання.

Мета. Висвітити переваги та доцільність використання новітньої платформи Microsoft Teams для забезпечення онлайн навчання студентів.

Опис практичного досвіду. Прийом Державної кваліфікаційної атестації здійснювався Державною кваліфікаційною комісією, до складу якої

входили: голова Державної кваліфікаційної комісії, ректор Івано-Франківського національного медичного університету, перший проректор, директор Медичного коледжу, завідувачка медсестринським відділенням, висококваліфіковані викладачі коледжу, представники Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, провідні спеціалісти з числа середнього медичного персоналу. Для проведення іспиту було створено 4 екзаменаційних бригади: 2 бригади по 1 екзаменатору із викладачів терапевтичного профілю та викладачів із охорони праці та 2 бригади по 1-му екзаменатору із викладачів хірургічного та педіатричного профілів. Роботу кожної екзаменаційної бригади забезпечував секретар екзаменаційної комісії. Студенти розділялися на 4 бригади, кожна з яких складалася із 5-6 чоловік, які мали свій маршрутний лист. За один екзаменаційний день іспит складала 1 академічна група.

Кожний студент, під час дистанційного проходження іспиту, вирішував ситуаційні задачі з надання невідкладної долікарської допомоги, які включали невідкладні стани у хірургії, педіатрії, внутрішній медицині, та ситуаційні задачі з основ охорони праці та охорони праці в галузі згідно вимог Освітньо-кваліфікаційної характеристики «Молодший спеціаліст» та Освітньо-професійної програми «Сестринська справа» зі спеціальності 223 «Медсестринство».

Задачі згруповані у два блоки білетів, котрі включали:

- завдання з невідкладних станів у хірургії та педіатрії (білети 1.1-1.30);
- завдання з невідкладних станів у внутрішній медицині, та ситуаційні задачі з основ охорони праці та охорони праці в галузі (білети 2.1-2.30).

Для виконання завдань виділялося по 20 хвилин на екзаменаційний білет; в сумі 40 хв. Розподіл білетів між студентами та вибір екзаменаторів здійснювався рандомізованим методом, використовуючи платформу Microsoft Teams в день іспиту перед його початком в присутності незалежного експерта із числа студентського активу університету.

Протягом всього часу спілкування із студентом екзаменаторів, розпочинаючи із моменту ідентифікації студента до оголошення результату, проводився відеозапис. Таким чином абсолютно виключена корупційна складова та необ'єктивне оцінювання. Умови білету виводились екзаменатором на екран монітору, для самостійного ознайомлення із даним завданням. По завершенню одного блоку для екзаменаційної бригади з метою відпочинку було регламентовано 15- хвилинну перерву. Оцінювання здійснювалося згідно національної 4-бальної шкали оцінювання: «Відмінно», «Добре», «Задовільно», «Незадовільно»

По завершенню іспиту, використовуючи платформу Microsoft Teams, проводилась підсумкова онлайн-конференція під час якої оголошувались студентам результати комплексного іспиту та рішення атестаційної комісії.

По завершенню іспитів було проведено анонімне анкетування 80 випускників щодо дистанційного навчання. На запитання чи доступною була платформа Microsoft Teams для складання іспитів 75 студентів (93,8%) дали схвальну відповідь. На запитання чи задоволені даною методикою

проведення іспитів, всі студенти відповіли позитивно, проте, абсолютна більшість з них віддали б перевагу здавати іспит у очному форматі.

Висновки. Виходячи із викликів сьогодення та епідемічної ситуації в державі, проведення іспитів, використовуючи платформу Microsoft Teams, дало можливість успішно проатестувати випускників. Однак, при можливості та урівноваженні епідемічної ситуації, необхідно провадити комбіноване, із виділенням вагової частки на користь очного навчання, з дотримання всіх протиепідемічних норм та рекомендацій.

ДИСТАНЦІЙНЕ ON-LINE ТЕСТУВАННЯ ЯК БЕЗПЕРЕРВНИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАТЬ ЯКОСТІ СТУДЕНТІВ

*Гераськіна В.А., викладач економічних дисциплін, к.е.н.
КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»*

Зараз в Україні триває процес наповнення фахової передвищої освіти засобами інноваційно-інформаційних технологій, які необхідні для безперервного контролю знань студентів. Швидкий розвиток інформаційних технологій набагато полегшує діяльність людини в усіх сферах його життя.

Засоби дистанційного навчання набули актуальності в освітніх програмах Міністерства освіти і науки України. Існуючий освітній ресурс у вигляді on-line тестів є невід'ємною частиною освітнього процесу та можливим додатковим засобом контролю знань студентів.

Використання on-line тестування має такі переваги:

- всебічне охоплення багатьох стадій процесу навчання;
- висока об'єктивність оцінювання;
- можливість його використання не тільки для контролю знань, а й для проведення on-line олімпіад, практичної підготовки студентів.

Сьогодні у процесі розвитку інформаційних технологій набуває актуальності автоматизація тестування – створення системи комп'ютерного тестування, які би дозволили моніторити рівень знань та методики роботи викладача. Дистанційне on-line тестування є додатковим інструментом безперервного контролю знань, який дозволить об'єктивно оцінювати знання студентів денної та заочної форм навчання протягом навчального року.

Метою дослідження є аналіз існуючих засобів поточного та підсумкового тестового контролю знань, які використовуються для діагностики якості засвоєння нових знань.

Серед існуючих популярних програмних засобів для організації поточного та підсумкового контролю знань викладачі Комунального закладу «Бахмутський педагогічний фаховий коледж» користуються OpenTEST2, x-TLS та Moodle. Ці програмні засоби з відкритим початковим кодом є економічно доцільними для закладу освіти.

Доречно звернути увагу, що система Moodle розповсюджується безкоштовно і належить до класу LearningManagementSystem. Вона є гнучкою в налаштуванні і використанні. Використовуючи Moodle, викладачі

коледжу створюють матеріали навчальних дисциплін, наповнюючи їх вмістом у вигляді on-line тестів, допоміжних файлів, презентацій, анкет та ін. За результатами відповідей студентів викладач виставляє оцінки та залишає коментарі.

Таким чином, on-line тестування забезпечує об'єктивне оцінювання знань студентів та взаємодію між учасниками освітнього процесу. Такий вид тестування, хоча і новий, але повинен привести до полегшення отримання освіти в Україні.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ В ПЕРІОД КАРАНТИНУ

*Говорунова Л.М., методист коледжу
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Протягом тривалого часу весь світ періодично перебуває в стадії карантину щодо COVID-19. Не виняток і Україна. Таке становище змушує нас переглянути підходи до реалізації завдань освітнього процесу, використовуючи при цьому дистанційну форму та змішане навчання.

Метою впровадження змішаного навчання є:

- підвищення якості навчання за рахунок оновлення змісту навчання та застосування сучасних інформаційно-комунікаційних та інноваційних освітніх технологій, у тому числі особистісно-орієнтованого підходу до процесу здобуття знань;
- забезпечення вільного доступу здобувачів освіти до освітніх ресурсів педагогічних працівників КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж» та сприяння подальшому самостійному навчанню протягом життя;
- забезпечення систематичного моніторингу якості професійної освіти;
- зменшення контактів між учасниками освітнього процесу в період карантинних обмежень, що підтверджені нормативно-правовими документами відповідних органів.

Основним завданням змішаної освіти, на мій погляд є:

- забезпечення можливості реалізувати конституційне право на здобуття фахової освіти та професійної кваліфікації;
- розширення доступу різних категорій студентів до якісного навчання за відповідними програмами;
- забезпечення індивідуалізації навчання відповідно до потреб, особливостей і можливостей здобувачів освіти;
- забезпечення можливості одночасного (паралельного) навчання;
- підготовка до навчання у закладах вищої освіти та до зовнішнього незалежного оцінювання;
- підвищення якості та ефективності навчання шляхом застосування сучасних освітніх технологій;
- створення додаткових можливостей спілкування викладачів і здобувачів освіти в межах активного творчого навчання;
- підготовка та підвищення кваліфікації кадрів;

- забезпечення контролю якості освіти.

Переконана, що основним документом, який визначає організацію освітньої діяльності за технологією змішаного навчання є робочий навчальний план підготовки молодших спеціалістів та фахових молодших бакалаврів за відповідною освітньою програмою.

Змішане навчання у КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж» впроваджується наказом директора коледжу, в якому визначаються тривалість даної форми навчання у відповідному навчальному році.

Дотримання учасниками освітнього процесу графіка освітнього процесу є обов'язковим. Здобувачі освіти зобов'язані вчасно виконувати завдання очного та дистанційного навчання.

Послідовність та час проведення занять для очного та дистанційного навчання ми визначаємо за затвердженням розкладом занять.

Присутність на аудиторних навчальних заняттях є обов'язковою для здобувачів освіти.

Проведення лекційних занять при змішаному навчанні у нас відбувається в дистанційному режимі.

Поточний та підсумковий контроль результатів навчання в умовах змішаного навчання здобувачів освіти здійснюється під час проведення очних навчальних занять, а також шляхом оцінювання результатів самостійної роботи та індивідуальних завдань, що виконуються здобувачами освіти дистанційно.

Здобувач освіти, який виконав усі вимоги, передбачені робочою навчальною програмою як очної, так і дистанційної частини, допускається до складання заліків та екзаменаційної сесії.

Змішане навчання в коледжі ґрунтується на використанні технологій дистанційного навчання для забезпечення освітньої діяльності денної форми навчання. Всі наші викладачі пройшли курси підвищення кваліфікації з питання «Використання сучасних інтернет-ресурсів на заняттях».

Реалізація освітнього процесу з використанням технологій дистанційного навчання здійснюється за допомогою електронних засобів (онлайн платформа G Suite, соціальні мережі, електронна пошта, чати, відеоконференції тощо), а проведення практичних занять в синхронному режимі з використанням програми ZOOM, GoogleMeet.

Основною складовою інформаційно-методичного забезпечення змішаного навчання є ЕНК (електронний навчальний курс) з дисципліни, розроблений відповідно до навчальної програми.

Доступ до електронних навчальних курсів на освітньому порталі - персоніфікований. Правила отримання доступу подано на сайті коледжу. Кожний здобувач освіти та викладач має доступ лише до тих ЕНК, на які вони зареєстровані для виконання робочого навчального плану відповідного семестру, курсу і освітньої програми.

Змішане навчання організовують і реалізують у коледжі навчальна частина, циклові методичні комісії в межах, покладених на них повноважень.

Змішане навчання передбачає поєднання очних та дистанційних методів, де дистанційне навчання складає 30-70 %, здійснюється за такою схемою:

№	Курс навчання	Очна форма навчання	Дистанційна форма навчання
ОПП «Сестринська справа»			
1.	1 курс на основі базової загальної середньої освіти	Предмети, що підлягають ЗНО, латинська мова	Інші предмети навчального плану
2.	1 курс на основі повної загальної середньої освіти	Анатомія та фізіологія, основи медсестринства	Інші предмети навчального плану
3.	2 курс на основі базової загальної середньої освіти	Предмети, що підлягають ЗНО, анатомія та фізіологія, основи медсестринства	Інші предмети навчального плану
4.	2-3 курс на основі повної загальної середньої освіти та 3-4 курс на основі базової загальної середньої освіти	Дисципліни клінічного циклу(з розподілом на бригади)	Інші предмети навчального плану
ОПП «Лікувальна справа»			
5.	1 курс на основі повної загальної середньої освіти	Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка, анатомія і фізіологія, фармакологія	Інші предмети навчального плану
6.	2-3 курсна основі повної загальної середньої освіти	Дисципліни клінічного циклу(з розподілом на бригади)	Інші предмети навчального плану

Заняття проводяться відповідно до розкладу, затвердженого директором коледжу. Тривалість кожного заняття – 80 хвилин.

Заняття відбуваються у бригадах або в групах з кількістю не більше 20 студентів (кількість студентів повинна відповідати санітарним вимогам Постанови МОЗ України від 22.08.2020 року № 50).

Відповідно до змісту навчального матеріалу та з урахуванням технічних можливостей викладач самостійно визначає режим онлайн-занять (синхронний/ асинхронний режим).

Для участі у змішаному навчанні студент повинен отримати адресу електронної скриньки та пароль для доступу до он-лайн платформи G Suite, код онлайн класів на платформі відповідно до навчального плану. Це дасть йому можливість заходити у Google класи з дисциплін, які вивчаються у конкретному семестрі, завантажувати інформаційні файли (посібники,

конспекти лекцій, методичні вказівки тощо), залишати на відповідному тижні звіти індивідуальних завдань, проходити тематичні тести.

Перед заняттями студента знайомимо з планом роботи на поточний тиждень для успішного виконання необхідного завдання. Це може бути опрацювання теоретичного матеріалу, підготовка питань до теми, підготовка матеріалів до практичних або семінарських занять.

За виконані в Googleкласі або в аудиторії завдання студент отримує бали, які фіксуються викладачем. Час роботи студента в Googleкласі не фіксується. За результатами навчання студент може отримати оцінку за рейтингом при умові виконання всіх завдань з дисципліни.

Для отримання онлайн-консультацій студент може надіслати викладачу повідомлення засобами Googleкласу. При необхідності викладач може запросити студентів у чат або вебінар для консультацій.

У разі неможливості студента з поважних причин працювати дистанційно, він має право виконати і здати всі роботи у паперовому вигляді та скласти іспит по закінченню курсу на загальних умовах.

Одне з головних питань організації змішаного навчання у закладі освіти – кадрове забезпечення. Центральною фігурою змішаного навчання, безпосереднім організатором самостійної роботи студентів, консультантом з усіх тем навчальної дисципліни є викладач, який виконує функції тьютора (координатор, куратор, наставник). Він керує процесом навчання і контролює успішність.

Оцінювання знань здобувачів освіти в умовах змішаного навчання відбувається відповідно до чинного «Положення про оцінювання знань студентів КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж».

Під час змішаного навчання здійснюється поточне, тематичне та семестрове оцінювання.

Викладачі своєчасно інформують здобувачів освіти щодо критеріїв оцінювання знань з кожної дисципліни.

Поточне оцінювання здійснюється під час офлайн-уроків відповідно до існуючих критерій оцінювання з кожної дисципліни.

Оцінювання знань здобувачів освіти під час онлайн-навчання здійснюється за результатами виконаних усних або письмових робіт. Залежно від виду завдання викладач може здійснювати оцінювання всіх робіт або вибірково.

Облік навчальних досягнень здобувачів освіти фіксується в класних журналах та електронному журналі Googleкласу.

Підсумковий результат з дисципліни в умовах змішаного навчання визначається сумою балів за результатами очного та дистанційного навчання.

Висновки. Отже організація навчального процесу у змішаній формі потребує перегляду підходів до використання методів, технологій навчання, налаштовує викладача на перегляд традиційного підходу до навчального процесу.

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Грабельников О.М., керівник фізичного виховання

ВСП «Бахмутський індустріальний фаховий коледж ДВНЗ «ДонНТУ»

Логвинюк Р.П., керівник фізичного виховання

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Спосіб життя сучасного суспільства відзначається великим ступенем динамізму, напруженістю, різким зростанням обсягу інформації. Виражений дисбаланс навантажень підсилює дезадаптацію людини (Ю.М. Фурман, 2013; Т.Ю. Круцевич, 2014; С.М. Футорний, 2015). Ситуація в Україні характеризується негативними процесами, які простежені в усіх сферах життя українського суспільства: зниження тривалості, скорочення рухової активності, підвищення рівня неінфекційних хронічних захворювань, істотне зменшення фінансової забезпеченості фізкультурно-оздоровчої роботи, втрата орієнтирів на здоровий спосіб життя, відчуження від фізичної культури дітей, молоді та дорослих. Численні дослідження, проведені останніми роками, свідчать про те, що функціональні порушення постави є одним з найпоширеніших відхилень в скелетно-м'язовій системі у сучасних студентів.

Аналіз наукових досліджень (Л.П. Пилипей, 2012; С.М. Іващенко, 2012; Ю.В. Юрчишин, 2012) засвідчує, що рухова активність значною мірою спонукає людей до дотримання вимог усіх компонентів здорового способу життя, сприяє відволіканню дітей та молоді від асоціальної поведінки, має велике значення для профілактики низки хронічних захворювань. Так, однією з важливих складових частин сучасної парадигми оздоровчої рухової активності виступає концепція формування здоров'я особи за допомогою залучення до здорового способу життя, ключовий і генеруючий чинник якого-рухова активність (М.В. Дутчак, 2015). Численні дослідження, проведені за останні роки, засвідчують: масовий характер функціональних порушень опорно-рухового апарату (ОРА)-порушення постави в сагітальній площині зі збільшенням і зменшенням фізіологічних вигинів хребетного стовпа, сколіотична постава-одна з найбільш злободенних проблем сучасного суспільства (А.А. Дяченко, 2010; Ю.В. Седляр, 2011; Л.І. Юмашева, 2013 та ін.). У спеціальній науково-методичній літературі (В.О. Кашуба 2003-2015; О.І. Бичук, 2001-2005; О.М. Бондарь, 2009; О.В. Валькевич, 2012; М.В. Дудко, 2015) відзначено численні взаємозв'язки між функціональними порушеннями ОРА та показниками фізичного стану. Також указано на негативний вплив порушень ОРА на стан здоров'я: працездатність окремих органів і систем людини, насамперед, на серцево-судинну, дихальну, центральну й вегетативну та травну системи (Ю.В. Седляр, 2011; Н.Л. Носова, 2015).

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та розробити технологію корекції порушень біогеометричного профілю постави студентів та

експериментально підтвердити концепцію профілактики і корекції функціональних порушень опорно-рухового апарату молоді у процесі фізичного виховання.

Результати дослідження та обговорення. У ході проведення експерименту у БІФК та БМФК були встановлені порушення постави студентів на всіх курсах навчання, що було підтверджено і засвідчено лікарем-ортопедом. Отримані дані свідчать про те, що нормальна постава спостерігається лише серед 33,0 % студентів I курсу, на II курсі кількість студентів з нормальною поставою дорівнює вже 28,8 %, на III курсі – 21,6 %, на IV курсі – лише 19,8 %. Найбільш розповсюдженим порушенням постави серед студентів є кругла спина та сколіотична постава. Характеристика сумарної оцінки біогеометричного профілю постави обстежених за допомогою вдосконаленої карти експрес-контролю засвідчила погіршення його стану при порівнянні значень студентів II–IV курсу. Враховуючи даний факт, доцільно наголосити на тому, що першочерговим завданням роботи з такими студентами повинна бути корекція рівня стану їх біогеометричного профілю постави. Основні положення технології сформульовані відповідно до фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання, величезного наукового здобутку у напрямку розробки та впровадження корегувальних заходів зі студентською молоддю з різними порушеннями постави. Відмінними характеристиками запропонованої корекційної технології є індивідуальний підхід, що передбачає діагностику порушень постави і враховує особливості рівня її біогеометричного профілю та фізичної підготовленості студентів. Розроблена технологія складається з підготовчого, корекційного і підтримувального етапів. Результати формуючого експерименту підтвердили її ефективність.

Висновки. У ході проведення експерименту встановлено, що число студентів з нормальною поставою зменшується від I до IV курсу та погіршується рівень стану біогеометричного профілю постави у бік його погіршення. Розроблена технологія включає сукупність комплексів і варіантів фізичних вправ, що дозволяють адресно скеровувати педагогічний вплив та здійснювати поточний контроль за ефективністю проведення профілактичних заходів у процесі фізичного виховання студентів.

ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

*Дабіжа І.І., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

В сучасному світі Інтернет і комп'ютерні технології стали невід'ємною складовою не тільки повсякденного життя, а й освітнього процесу в цілому. Учні різного віку та категорій сприймають комп'ютерні технології з набагато більшим інтересом і позитивом, ніж звичайні підручники та посібники.

Мультимедійні засоби вивчення клінічних дисциплін у вищій школі не можуть замінити викладача, але вони можуть вдосконалити й урізноманітнити діяльність викладача, тим самим підвищуючи продуктивність студентів. Як відомо, студенти, при вивченні любого нового предмету, запам'ятовують двадцять відсотків відео-інформації, тридцять відсотків аудіо-інформації. Якщо ж поєднати те, що вони бачать, чують і роблять одночасно, то продуктивність запам'ятовування становить вісімдесят відсотків інформації.

Діяльність сучасної медсестри постійно пов'язана з роботою зі складним медичним обладнанням, таким як інвазивний і неінвазивний комп'ютерний моніторинг, апарати для здійснення штучної вентиляції легенів, плазмофорез і гемодіаліз. Тому впровадження новітніх інформаційних і комунікаційних технологій в освіту вимагає поглибленого аналізу, а вивчення ефективності використання мультимедійних комплексів у навчальному процесі студентів медичного коледжу з дисципліни «Медсестринство в хірургії» є вкрай актуальним.

Крім того, використання мультимедійних технологій у процесі вивчення клінічних дисциплін дозволяє більш широко і повноцінно розкрити творчий потенціал кожного окремо взятого студента.

Однією із сучасних проблем медичної освіти при викладанні основного матеріалу є законодавча заборона виконання (відпрацювання) практичних навичок і маніпуляцій на пацієнтах з метою навчання. У зв'язку з цим дуже актуальною, разом з використанням навчальних манекенів, є демонстрація мультимедійних мікрофільмів і відео-навчальних конкретних практичних прийомів і маніпуляцій, наприклад, інтубації трахеї у дорослих і дітей, катетеризації магістральних вен, прийоми ШВЛ тощо. Ілюстрована презентація є значно кращою та інформативною за сухий науковий виклад змісту лекції.

Презентація інформації за допомогою програми PowerPoint є також самостійно підібраним матеріалом і за допомогою даної програми дає можливість охопити всі види діяльності студентів (володіння теоретичним матеріалом, практичними навичками, методами науково-дослідницької роботи тощо).

Відеометод являє собою високоефективну можливість подачі інформації, оскільки основною його перевагою є наочність інформації, яка є більш доступною для сприйняття, легше і швидше засвоюється.

Використання **рольових ігор** дає можливість учасникам спілкуватися один з одним, граючи певну роль. Студенти повинні знайти ситуацію, необхідну для ролі та ігри, тим самим студенти виявляють самостійність у пошуку та підборі необхідної та цікавої клінічної проблеми.

Використання Інтернет-ресурсів, накопичення та зберігання інформації в електронному вигляді є реаліями сучасної охорони здоров'я, постійної та нескінченної самоосвіти медичного працівника. Електронна інформація легко тиражується студентами в групі, зберігається на електронних носіях. Важливим позитивним моментом проведення занять із залученням

комп'ютерних технологій є стандартизація підходів до навчання. Висока відповідальність спеціальності і складний контингент пацієнтів диктують необхідність високоякісної підготовки фахівців, а це неможливо без використання в процесі навчання сучасних освітніх комп'ютерних технологій.

Для дисципліни «Медсестринство в хірургії» практично за всіма темами накопичено значну кількість електронних матеріалів: лекцій, навчальних посібників, фотографій, алгоритмів, відеофільмів, різних навчальних презентацій. У програмах навчання студентів з цієї дисципліни першорядне місце відводиться отриманню чітких знань із лікування термінальних станів і придбання навичок по наданню невідкладної допомоги пацієнтам хірургічного профілю.

Для оцінювання знань студентів по таким темам, як «Гемотрансфузії», «Хірургічний інструментарій», «Десмургія», «Рани», «Опіки» був запропонований тестовий контроль із зображеннями, по яким було можливо виконати деякі практичні навички (визначення групи крові та резус-фактору, визначення виду пов'язки, ступеню та площі опіку тощо)

Висновки: Узагальнюючи вищевикладене, можна стверджувати, що використання мультимедійних технологій в освітній і науковій діяльності значно розширює можливості опанування професійними знаннями, навичками та вміннями.

Таким чином, сучасні комп'ютерні технології, впроваджені в процес навчання, значно стимулюють пізнавальний інтерес і активують мислення студентів, чим складають мотивацію досягнення максимальної ефективності освітнього процесу для отримання професійних компетенцій у студентів Бахмутського медичного фахового коледжу з дисципліни «Медсестринство в хірургії».

Все це дає нам можливість оцінити та впровадити в процес навчання інноваційні технології, які дають студентам мотивацію до вивчення клінічних дисциплін, переміщають акценти у відносинах «викладач-студент», покращують умови управління увагою студентів при роботі з аудіовізуальними засобами навчання. Використання мультимедійних засобів навчання дозволяють за відсутності природного середовища створити умови, максимально наближені до реальних клінічних ситуацій.

Мультимедійні технології, як допоміжний інструмент у викладанні клінічних дисциплін у вищій школі виконує такі важливі функції як: прискорюють процес навчання, збільшують мотивацію студентів до вивчення предмету, покращують якість засвоєння матеріалу.

Використовуючи інноваційні технології, ми крокуємо в ногу з часом, і що набагато важливіше, маємо можливість готувати висококваліфікованих фахівців з глибокими знаннями клінічних дисциплін.

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ - ОДИН З МЕТОДІВ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ СТУДЕНТІВ

*Жиркова Г.М., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Перевірка і оцінка знань студентів – це активний процес, під час якого викладачі не лише реєструють фактичні знання, уміння студентів, а й впливають на результати і хід всього навчального процесу.

Одним із завдань підвищення якості навчання – є удосконалення ефективності контролю, під час якого виявляють якість засвоєння знань, вимірюють її величину, присвоюють оцінку. За допомогою контролю здійснюють діагностику навиків студентів на кожному етапі навчання, виявляють досягнення і прогалини в їхній професійній підготовці і, звичайно, ефективність роботи педагога. Досвід показує, що контроль має бути обов'язковим, тому що без нього втрачається сенс процесу навчання, але він має бути з яскраво вираженою освітньою, розвивальною, професійно і особистісно зорієнтованою спрямованістю.

Один із шляхів здійснення цієї мети – тестовий контроль знань, адже тести відповідають основним вимогам контролю знань студентів:

1. Оперативність одержання результатів контролю;
2. Забезпечення всіх або значної частини студентів контрольними завданнями;
3. Ефективність використання аудиторного часу;
4. Оптимізація контролю успішності;
5. Можливість заміни кваліфікованого викладача лаборантом чи студентом для перевірки завдання;
6. Об'єктивність контролю;
7. Надійність контролю;
8. Закріплення знань;
9. Єдність вимог;
10. Систематичність контролю.

Дисципліни загальномедичного циклу в основному викладають на другому і частково на третьому курсах лекційно-практичним методом. Це передбачає, що перед початком практичної роботи студент повинен володіти теоретичною основою теми, але досвід показує, що не всі студенти підготовлені до практичної роботи. Стимулювати їх допомагає систематичний контроль вихідного рівня знань, який зручно проводити за допомогою тестового контролю. Він збереже час і забезпечить оперативне отримання результатів.

Викладачі загальноосвітніх дисциплін – Літвін Т.В., Говорунова Л.М., Пузікова Н.К. та інші давно використовують у педагогічній діяльності тестові завдання, що належать до типу – **тести досягнень** або **тести навченості**.

Вони призначені для з'ясування рівня, умінь у процесі навчання по завершенню вивчення теми або розділу. Такі тести, як показує досвід, забезпечують всі види контролю і облік успішності.

Аналіз проведеного опитування та анкетування показав, що на заняттях викладачів Васильєвої М.А., Петрусенко О.В., Вірченко В.І. надається перевага **тестам множинного вибору** – складається із завдання та відповідей до нього. Студенти вибирають той варіант відповіді, який на їхню думку, є найбільш правильним або єдиним.

Наприклад. Який з препаратів належить до групи серцевих глікозидів?

1. Валідол.
2. Корглікон.
3. Нітрогліцерин.
4. Корвалол.
5. Строфантін.

На заняттях з патологічної анатомії – Туз-Благовісна О.Ю., мікробіології – Манжула Т.В., анатомії – Кокойло Т.М. та медичної біології – Звонарьова Н.Є. перевагу надають **тестам відповідності**. Ці тести складаються з двох колонок, де слову, терміну чи фразі однієї колонки потрібно знайти відповідність у другій колонці. Як варіант тесту-відповідності студентам пропонується встановити відповідність.

Наприклад. Який збудник викликає певну хворобу:

- | | |
|-------------------------------|----------------|
| 1. В-гемолітичний стрептокок. | а. Гідраденіт. |
| 2. Пневмокок. | б. Трихомоноз. |
| 3. Стафілокок. | в. Ангіна. |
| 4. Трихомонада. | г. Пневмонія. |

1-а; 2-г; 3-а; 4-б.

Наприклад. Якому органу належить структурно-функціональна одиниця?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. Нефрон. | а. Серце. |
| 2. Ацинус. | б. Головний мозок. |
| 3. Кардіоміоцит. | в. Нирки. |
| 4. Нейрон. Зерце. | г. Легені. |

1-а; 2-г; 3-а; 4-б.

Ці тести на 80%, використовують викладачі циклової комісії, зони вимагають від студентів чітких, конкретних, об'єктивних знань

Іноді (у 10%) застосовуються **тести-альтернатива**. Це тести, коли потрібно вибрати одну із двох відповідей або у формі «Так – Ні», або «правильно – неправильно». Одразу наголошую, що ці тести викладачі використовують для студентів з низьким рівнем знань, враховуючи їхню простоту та доступність.

Використання **тестів-інтелекту**. Їх використовують викладачі основ психології та медичної психології – Лис Г.В. Такі тести з'ясовують стан мислення студента, пам'яті, уваги, інтеграції, окремих психічних процесів, що є одночасно і предметом вивчення цих дисциплін і характеристикою особи студента.

Ряд дисциплін циклу вимагає чіткого виконання дій у певній послідовності. Серед них викладачі вузьких спеціальностей – Манукалова О.П., Болдарева В.М., медичної інформатики – Романенко В.Л., клінічних дисциплін, основ сестринської справи – Шевченко С.Г., Павлова І.В., Сінькова Н.П., внутрішніх хвороб – Плига Е.К., Білоха Н.М., хірургічного та акушерсько-гінекологічного циклу – Журавльова Т.І., Лифар Р.Х., Дабіжа І.І., Туз Є.О., Зінченко І.В. Тож тут для перевірки готовності студентів до основного етапу заняття використовують тести, які вимагають впорядкування дій у чіткій відповідності з алгоритмом.

Викладачі циклу з усіх дисциплін мають розроблені тестові завдання, які включають тести другого рівня для контролю вихідного рівня знань і тести третього рівня для контролю вмінь на заключному етапі заняття.

Вивчення питання тестового контролю не було б повним, якби не було вивчено думку студентів про його якість. Студентам III-IV курсів запропонована анкета, мета якої - виявлення ставлення студентів до тестового контролю.

Аналіз опитування студентів:

1. 65% - вважають тестування оптимальним методом роботи;
35% - мають негативне ставлення до тестів.
2. 80% - надають перевагу комп'ютерному тестуванню як більш прогресивному та сучасному;
20% - письмовим тестам.
3. 90% - тести краще використовувати для узагальнення та систематизації знань, для закріплення великого об'єму матеріалу з дисципліни;
10% - для опитування.
4. 60% - рекомендують використання тестового контролю знань і умінь студентів незалежно від рівня підготовки за умови розроблених різнорівневих завдань;
40% - для низького і середнього рівня підготовки.
5. 100% - вважають, що оцінка знань може бути комплексною, різносторонньою, тобто тестування – це лише одна із складових загальної оцінки.

Отже, під час вивчення питання передбачалась чітка система переваг тестового контролю при застосуванні його як одного з методів контролю знань і умінь:

- ✓ об'єктивність - незалежність результатів тестування від стосунків викладач - студент;
- ✓ рівні вимоги до знань та умінь однакової складності, обсягу та змісту;
- ✓ забезпечення повноти охоплення знань та умінь;
- ✓ можливість перевірити значну кількість студентів або всю аудиторію;
- ✓ універсальність і багатофункціональність перевірки;
- ✓ можливість забезпечити контроль у межах теми, розділу, всього матеріалу;
- ✓ під час використання комп'ютерних систем забезпечується орієнтація на сучасні освітні технології.

Тестовий контроль – це лише один із оптимальних методів контролю і не бажано віддавати перевагу тільки одному йому, слід користуватися різними методами оцінювання студентів, тобто оцінювати знання і уміння студентів у комплексі з іншими методами. Усі ці методи мають створити атмосферу постійної, систематичної, наполегливої роботи студентів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ

*Журавльова Т.І., викладач клінічних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»,*

У теперішній час в різних системах освіти існує як безліч видів форм і методів навчання, так і відповідно їм безліч форм і методів контролю.

Необхідність впровадження тестових форм і методів контролю усвідомлено більшістю навчальних закладів.

Кожній дисципліні може відповідати свій набір тестів, які повністю охоплюють зміст навчання та забезпечують надійний контроль ступеня досягнення заданої якості навчання. Банк тестів повинен володіти систематуючими властивостями характерними для даної дисципліни. Серед багатьох вимог пред'явлених до тестів найбільш частіше зустрічаються такі: надійність, валідність, простота, визначеність та однозначність. Операція тестування – це одна із декількох взаємопов'язаних дій, що їх повинен виконати студент. Числове значення ступеня засвоєння можна підрахувати за допомогою формули $K=A/\Pi$, де K – коефіцієнт засвоєння на відповідному рівні, A – кількість суттєвих операцій, що їх виконали правильно, Π – загальна кількість суттєвих операцій тесту. Оцінки «5» виставляються, якщо коефіцієнт засвоєння K становить 0,9-1,0, «4» - від 0,8 до 0,9, «3» - від 0,7 до 0,8, «2» - менше 0,7.

Оволодіння навчальним матеріалом може здійснюватися на кількох рівнях. Найбільш розповсюджена чотирьохрівнева система оволодіння матеріалом.

Тести I типу дозволяють виявляти – «знайомство», тобто можливість розпізнавати, відрізнити, класифікувати об'єкти, що визначаються.

До тестів I типу належать такі:

- 1) Альтернативний.
- 2) Вибірковий.
- 3) Тест на розрізнення з переліку симптомів.
- 4) Завдання у вигляді «німих» карт.

Прикладом тесту I типу можуть бути такі завдання.

Клінічні прояви гестозів I половини вагітності:

1. Гіпертензія
2. Птіалізм
3. Судоми
4. набряки

Правильна відповідь 2

До якого строку вагітності можна зробити штучний аборт?

1. До 5 тижнів
2. До 8 тижнів
3. До 10 тижнів
4. До 12 тижнів

Правильна відповідь 4

Наприклад:

Вкажіть методи лікування на різних стадіях абортів:

	Фолі- кулін	Прогес- терон	Турі- нал	Віт. В	Віка- сол	Папа- верін	Вишкри- бання
1. Загрожуючий аборт	+	+	+	+	-	+	-
2. Аборт, що розпочався	+	+	+	+	+	+	-
3. Аборт в ході	-	-	-	-	+	-	+
4. Аборт, що не відбувся	-	-	-	-	-	-	+

Тести IV типу виявляють знання – «трансформації», знання – «творчість», тобто здібність розв'язувати нестандартні ситуації і одержувати при цьому нову (суб'єктивну чи об'єктивну) інформацію. Ці тести використовуються для оцінки знань студентів дуже обмежено.

Застосування тестів створює багато можливостей для активізації і урізноманітнення процесу навчання, доцільного використання навчального часу, накопичення оцінок. Так, у кожному варіанті тестових завдань можна поєднати тести різного типу, можна доручити студентам взаємну перевірку тестових завдань за еталонами, нарешті, якщо тести досить прості, можна запропонувати еталони відповіді на них.

Таким чином, за допомогою тестів можна оптимізувати процес навчання, об'єктивно і адекватно оцінювати рівень теоретичної і практичної підготовки студентів з даного предмета.

ООНОВЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ І СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ФАХІВЦІВ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

*Земська О.Л., викладач методики розвитку мовлення
КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»*

Застосування сучасних інформаційних технологій у навчальній діяльності – одна з найбільш стійких тенденцій розвитку освітнього процесу. Нині навчання неможливо уявити без широкого застосування різноманітних методів і засобів навчання. Інформаційні технології орієнтовані на особистісні структури, метою яких є формування знань, умінь і навичок студентів через особистісно-зорієнтований підхід у навчанні, що дозволяє суттєво підвищити рівень пізнавальної активності.

У цьому процесі можна виділити два визначальних чинники: сформованість інформаційної компетентності викладача в загальному плані, розвиток здатності впроваджувати в навчальний процес інформаційно-комунікаційні технології.

Дистанційна освіта розширює й оновлює роль викладача, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати дисципліну, яку він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій. Позитивний вплив має дистанційна освіта й на студента, підвищуючи його творчий та інтелектуальний потенціал за рахунок самоорганізації, прагнення до знань, уміння взаємодіяти з комп'ютерною технікою та самостійно приймати відповідальні рішення.

Працюючи в умовах змішаного навчання, пересвідчилися, що використання інформаційних технологій може відбуватись різними способами, відповідно до потреб конкретного типу заняття:

- використання інформаційних технологій як у фронтальній, так і у груповій роботі;
- переважно фронтальні форми роботи;
- використання електронних посібників як засобу самонавчання;
- використання окремих типів файлів (зображення, відео, аудіо, анімації) з електронних засобів навчального призначення, з дистанційних курсів, з певних матеріалів мережі Інтернет;
- створення власних занять через інтеграцію різних об'єктів в один формат – презентації, web-сторінки, конструктор занять.

Змішаний формат навчання вимагає гнучкого підходу. Під час дистанційного навчання працювала у веб-сервісі GoogleClassroom та додатку GoogleMeet (онлайн-конференції). Для якісного засвоєння дисципліни «Методика розвитку мовлення» в умовах дистанційного навчання був розроблений лекційно-презентаційний матеріал, картки опорних сигналів, схеми, тестові завдання (сформовані за допомогою програм GoogleForms), завдання та питання для перевірки засвоєних знань.

Працюючи в системі змішаного навчання, пересвідчилась, що традиційні аудиторні методи роботи потребують змін, вдосконалення і оновлення. Не зовсім ефективними виявились звичайні лекції, презентації, опитування. Тому при вивченні ключових тем розділу: «Навчання дітей зв'язному мовленню» були додатковорозроблені опорні зразки всіх видів розповідей, створена підбірка конспектів занять, відеоматеріалів з тем: «Описова розповідь», «Розповідь за дидактичною картиною», «Розповідь з досвіду», розроблені додаткові контрольні запитання до кожної теми.

Переконана, що для онлайн-навчання звичайні аудиторні тести не підходять. Оцінку потрібно ставити за те, що студент знайшов в посиланні, в лекції, презентації, які знання він отримав самостійно.

Цікавим виявилось і використання методичного конструктора заняття. Так, на онлайн-конференції розбирався опорний конструктор заняття, а потім студентам було запропоновано зробити свій конструктор, обмінятися в соціальних мережах методичними положеннями.

При вивченні теми «Переказ художніх творів» вчимо студентів створювати символічну синектику до переказу казок, оповідань. Активно залучаю студентів до роботи в програмі веб-сервіс Slides.

Студенти навчилися розробляти кольорові схеми для молодших дошкільників, мнемотаблиці, мнемодоріжки, символічну синектику для дітей старшого віку. Переконана, що для студентів, які працюють в змішаному навчанні потрібно давати більше матеріалу візуального характеру: відео-чати занять, режимних процесів, дидактичних мовних ігор.

Підвищують якість дистанційного навчання зі студентами мережеві технології, сучасний розвиток яких вражає та надихає на нестандартні рішення. У цьому плані неймовірно корисними є базові сервіси Google.

Веб-сервіси Slides та Canva дають можливість створювати, редагувати, використовувати графічний дизайн під час створення презентацій, та розвивають у студентів креативність, самостійність, творчий підхід при створенні анімаційних, «літаючих» презентацій. Такі презентації вони вчаться складати при підготовці до практичних занять з розвитку мовлення, імітаційних мовних вправ. Студенти можуть використовувати фрагменти таких видів презентацій як елемент зацікавлення дітей та створення інтересу до ігрових моментів та ситуацій спілкування під час педагогічної практики. Таким чином, застосування у змішаному навчанні нових методів, інструментів та сучасних засобів дозволяє більш повно використовувати потенціал навчального процесу. Викладачі та студенти отримують більше інструментів для спільної роботи під час навчання і використання базових сервісів Google, що сприяє активізації навчально-пізнавальної діяльності, ефективнішому запам'ятовуванню основних понять, перевірки ступеня їх засвоєння.

Інноваційні технології спонукають викладачів до оволодіння та вивчення нових програм, платформ, веб-сервісів, участі в дистанційних курсах підвищення кваліфікації, що сприяє самовдосконаленню, саморозвитку та підвищенню педагогічного досвіду.

КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНО - КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ – АУТИКІВ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО МІКРОКЛАСУ (як альтернативна порада батькам)

Кулайко Г.В., вчитель-дефектолог спеціалізованого класу

Бахмутська ЗОШ І –ІІ ступенів №3 Бахмутської міської ради Донецької області

Метою статті є: дослідити такий фактор в роботі з дитиною – аутистом, як робота з батьками, важливість обізнаності батьків для вирішення питання подальшого після дошкільного навчання.

У місті Бахмут з вересня 2020 року на базі загальноосвітньої школи І – ІІ ступенів №3 вперше відкрито спеціалізований клас, укомплектований шістьма дітьми: із них четверим учням властиві окремі аутистичні межі; двоїм дітям притаманні риси «класичного аутизму». Надалі буде йти мова саме про особливості надання допомоги учням в мікрокласі, про практичні апробовані методи і прийоми, що дають позитивну динаміку розвитку. Я

працюю на посаді вчителя-дефектолога досить тривалий час і впевнена, що цей досвід допоможе батькам при прийнятті такого рішення, як подальше навчання дитини: яку форму навчання обрати, щоб не нашкодити їй. Права на помилку дорослі в виборі не мають, тому зваженість, обізнаність батьків є обов'язковою.

На початку я усвідомила, що тільки розуміння психологічної картини в цілому дозволять мені, вчителю-дефектологу, працювати не тільки над окремими ситуативними труднощами але й над нормалізацією самого ходу психічного розвитку.

На сьогоднішній день ще не знайдено засобів, що дозволяють повністю вилікувати аутизм. З досвіду роботи, використовуючи різні методи (медикаментозні, поведінкові, освітні) вдається домогтися прогресу в сфері поведінки і навчання аутичних дітей. Моя задача є максимально реалізувати потенціал дитини, допомогти наблизитись до практично нормального рівня функціонування. У дітей - аутиків сприймання і психіка організовані зовсім інакше і у них особливий характер мислення. У моєму класі ці особливості психіки ускладнюють, а у важких випадках двох учнів, хлопчиків, на цей час роблять неможливою адаптацію дітей до оточуючого світу. У цьому випадку корекційні зусилля спрямовую на створення умов навчання і розвитку, які відповідають особливостям цих дітей. Для учнів мого класу адміністрацією школи створено максимально комфортні умови.

З перших днів спілкування, я поставила мету - налагодження теплих, дружніх взаємин між вчителем і дитиною. Методика роботи передбачає, щоб дитина мала змогу відкрито виражати свої почуття і щоб саме вона керувала під час взаємодії. Учні потребують корекційного втручання у виробленні обмежень: культивую заборону нищення речей або атакування інших осіб. У класі впроваджено індивідуальні креативні щоденники, адже система навчання для кожної дитини складена таким чином, що будь-який позитивний прояв нагороджується (підсилюється), а негативний – або ігнорується, або засуджується.

Оперативне навчання, тобто поведінкова корекція в нашому класі передбачає створення зовнішніх умов, які сприяють формуванню бажаної (заданої) поведінки в різноманітних аспектах: соціально-побутовий розвиток, оволодіння навчальними предметами, мовленнєвий розвиток. Переконана, що позитивного результату можна досягти, якщо є взаємодія всіх зацікавлених осіб, які працюють і виховують дитину: вчитель-практичний психолог-батьки. При цьому зазначу, що зниження інтенсивної поведінкової корекції, наприклад в ситуації локдауну або канікул, відкидають позитивні результати як за інтелектуальним рівнем, так і за шкільною успішністю в цілому. Більш того, страждає формування у дитини варіативності самостійної поведінки.

Батьки повинні усвідомити, що успіх корекційного навчання залежить від того, в якій мірі виражені прояви аутизму, і від рівня інтелектуального розвитку дитини. Якщо у дитини високий рівень інтелектуального розвитку (від середньої форми розумової відсталості до норми) прогноз в цілому

сприятливий, але залежить від того, коли почалася конструктивна взаємодія. Таких дітей навчаю швидкого читання, адекватним формам взаємодії з однолітками, навичкам, які необхідні їм для навчання в школі.

Для дітей з низьким рівнем інтелектуального розвитку прогноз менш сприятливий. Вони потребують постійної сторонньої допомоги протягом тривалого часу. Особливо це стосується дітей, які не змогли опанувати мовлення до п'яти років, зазнають серйозних труднощів у спілкуванні. Уже в вересні, з самого початку зусилля спрямовую на розвиток невербальних форм комунікації. Дослідами доведено, що навчання мовленню вважається доцільним тільки при IQ=50 і не розглядається як обов'язкове, так само як і виховання навчальних навичок. З такими дітьми *основний напрямок* роботи полягає в *усуненні власнотравмуючих форм* поведінки. Дітей у цьому випадку вчу: *навичкам самообслуговування, дотриманню правил поведінки, засвоєнню соціальних навичок і способів вираження емоцій, здатності повідомляти іншим про свої потреби, ігровим навичкам, концентрації уваги на інших людей, виконанню прохань і наслідування іншим, мовної та моторної імітації, соціальної взаємодії, адаптації засвоєних дітьми навичок та пристосування до змін в повсякденній діяльності. Пріоритетними є стимулювання інтересу дитини до виконуваних завдань, зведення до мінімуму проблемної поведінки.*

Надзвичайно цікавою й оригінальною є ТЕАССН–програма (Р.Райхлер і Г.Месібов), в основі якої лежить чітке структурування простору і часу з опорою на візуалізацію.

Основною ідеєю групової терапії (Kitahara, 80-ті роки ХХ ст.) є спільне навчання аутичних дітей з нормально розвинутими дітьми, забезпечення відповідності аутичної дитини груповій нормі і досягнення імітації дітьми відпрацьованої моделі поведінки. Зазначу, що саме в нашій школі адміністрацією надано можливості і створені відповідні умови для реалізації ідеї групової корекції. Практикуються сумісні ігрові вправи з 1 класом, діти якого навчаються за загальноосвітньою програмою. Ця практика розходиться з традиційними провідними принципами навчання аутичних дітей, які навпаки, спрямовані на розробку індивідуальних програм для їхнього адекватного розвитку. Метою групової співпраці є стабілізація дитячої емоційної сфери. Процес стабілізації передбачає підтримку дитини групою. Особливого значення при цьому надається спільним фізичним вправам, які покращують фізичний розвиток дитини, сприяють формуванню у неї навичок самообслуговування і через імітаційні повтори різного роду шаблонів певною мірою забезпечують інтелектуальний розвиток. Для цього дітям досить довго пояснюю небажаність здійснення певних дій. Так, наприклад, коли дитина починає бити себе по обличчю, дорослий миттєво, силовим методом повертає руки дитини у те положення, в якому знаходяться руки у всіх дітей групи. Таким чином, будь-які прояви деструктивної поведінки аутичної дитини розчиняються в груповому процесі.

Процес шкільного навчання на початку ґрунтується на механічному запам'ятовуванні та на імітаційній діяльності (наприклад, кожний місяць

вивчається нова пісня, яка повторюється на протязі кожного дня по декілька разів). Стало у нагоді застосування методу комунікативної корекції, підкріпленої музикою. У дітей з аутизмом активно формується емпатія, яка передбачає функціональне використання будь-якого типу немовленнєвого спілкування. Цей вид корекції відрізняється від традиційної музикотерапії тим, що основна мета музичного впливу полягає у створенні стосунків між музикою і дитиною, а за цим методом – між дитиною і значущою для неї людиною (батьком, вчителем), з якою вона проводить весь свій час. Метою застосування даного методу є створення діалогічного спілкування для подальшого мовленнєвого розвитку. При цьому музика стає помічником, оскільки вона є гнучкішою, ніж мовлення, особливо у поєднанні з рухами тіла, включаючи біг, стрибки, контакт очей, зорове зосередження на одних і тих самих об'єктах (плигалка, розміщена між дитиною і вчителем, дзвоник і т. і.). З часом я почала позначати співом всі дії дитини, надаючи словам схвальний відтінок. Цей метод прийнятний для будь-якої дитини з аутизмом, незалежно від важкості порушення. Деякі діти після музичного впливу стають комунікабельнішими. Поступово впроваджую у повсякденні і тренувальні вправи методики Карла Орффа. Діти стали більш емоційними і сприймають її позитивно. Стала активно впроваджувати степ дошки-балансувальні платформи, для усунення недоліків загальної моторики, корекції не лише фізичного, психомоторного, але і мовного, емоційного і загального психічного розвитку.

Метою корекційно - компенсаторної роботи є зниження рівня страху в аутистичних учнів, а також навчання поведінки, необхідної для адаптації в суспільстві. Дієвими є елементи арт-терапії: малювання, ліплення, колаж, ігри з різноманітними предметами та речовинами.

Для навчання аутичних дітей читанню і письму я використовую модифіковану методику «глобальне читання», яка була спочатку розроблена для глухих дітей. В неї були введені деякі традиційні прийоми роботи з розвитку здатності виділяти звук і букву в слові, з відпрацювання графічних навичок і навчання засадам письма.

У системі корекційного навчання дітей з аутизмом значна увага приділяється роботі з сім'єю. Постійно надається не тільки практична, але й емоційна допомога. Відносно цього в системі допомоги практикую перехід від впливу, чітко орієнтованого на дитину, до сімейної ситуаційної оцінки. Вітаю і заохочую прагнення батьків самим коригувати труднощі у поведінці та навчати своїх дітей, бажання повніше включатися у процес корекційного навчання. Відповідально зазначаю - сім'ям корисно спілкуватись один з одним. Вони не тільки розуміють один одного, кожна з них має унікальний досвід переживання криз, подолання труднощів та досягнення успіхів, освоєння конкретних прийомів рішення численних побутових, учбових проблем. Головне - дати батькам відчуті власні сили, навчитися впливати на ситуацію, змінюючи її на краще.

Висновки: важливо, що зараз, через півроку завзята корекційна робота з моїми учнями дала хоч і незначну, але позитивну динаміку розвитку. У

третині випадків спостерігаю бажання дітей контактувати з дорослими, з іншими дітьми. Учні стали більш активними на уроці, особливо на уроках музики, мистецтва. Найбільшим здобутком є контроль стереотипних і деструктивних дій, розвиток навичок самообслуговування, а використання модифікованої методики «глобальне читання» вже дає змогу дочитування речень.

РЕАЛЬНИЙ ТА ВІРТУАЛЬНИЙ БІБЛІОТЕЧНИЙ ПРОСТІР

Леле Г.С., бібліотекар

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

Сьогодні на перший план виходить проблема організації бібліотечного простору. Зараз бібліотека покликана бути багатоликою і різноманітною: з «гучними» і «тихими» зонами, з відкритими просторами і відокремленими місцями відпочинку. Саме тому необхідно переглянути організацію бібліотечного простору, буквально кожного куточка приміщення, зробивши його якомога привабливішим і зручнішим для користувачів.

Зрозуміло, що різні країни світу мають різні можливості і знаходяться на різних етапах на шляху до суспільства знань. У кожній з них сформувалося своє розуміння ролі сучасної бібліотеки, діють різні бібліотечні моделі. В наш час бібліотекам потрібно не лише забезпечувати максимальний об'єм інформації з вільним і рівним доступом до неї, але і створювати комфортне інтелектуальне середовище (наприклад на сторінці Facebook), здатне залучати і виховувати нові покоління читачів.

Важливі поради для бібліотекарів:

- Не пишіть повідомлення від першої особи; уникайте прямих рекламних закликів. Слід пам'ятати, що корпоративний мікроблог - не місце для висловлення особистої думки того, кому доручили публікувати інформацію, якщо це думка не збігається з ідеологією і корпоративною етикою бібліотеки. Бажано дотримуватися образу бренду, але і не забувати, що багато людей відчують себе більш комфортно, спілкуючись не з холодним корпоративним мікроблогом, а як би з живою людиною.

- Особливо ретельно підбирайте інформацію для цільової аудиторії. Про важливість правильного визначення цільової аудиторії вже було сказано раніше. Головне - ділитися контентом з «потрібними» людьми, і щоб таких було якомога більше.

- Подавайте читачам тільки найцікавіше!

- Не забувайте давати посилання. Краще об'ємний заголовок і посилання, ніж інформація, доведена до абсурду.

- Не захоплюйтеся автовідповідачем, намагайтеся відповідати читачам особисто. Безумовно, для спрощення обміну репліками в Facebook можна застосовувати інструменти, що генерують автоматичні приватні повідомлення кожному новому читачеві.

- Як показує практика, online трансляція інформації про те, що відбувається на якомусь публічному заході: виставці, семінарі, конференції, і т. д. - не принесе вам великої користі, якщо тільки це не екстраординарна подія.
- Перш ніж заповнювати Facebook десятками повідомлень, двічі подумайте, чи буде такий потік інформації сприяти зростанню популярності мікроблога вашої бібліотеки.
- Завжди пам'ятайте, що занадто багато питань до читачів може «підняти хвилю», а на змістовну переписку з кожним може не вистачити часу.
- Підписуйтеся на різноманітні цікаві і корисні сторінки Facebook.
- Робіть періодично мульти-сторіс, і вас помітять. Збільшення росту списку тих, на кого може бути підписаний користувач вашого мікроблога, призводить до того, що його стрічка переповнюється повідомленнями.
 - Не намагайтеся занадто форсувати взаємодію. Завжди відповідати тим, хто запитав у вас що-небудь безпосередньо - хороший тон. Однак не рекомендується самому намагатися постійно задавати питання.
- Вибирайте оптимальний час для Facebook. Фахівці радять ті періоди часу, в які ділова активність невисока, наприклад, відразу після початку робочого дня, перед обідом або закінченням робочого часу. Відстежуйте, в які години кількість переходів по посиланнях буде найактивнішим.
- Якщо ви вже маєте свої представництва в соціальних медіа - задійте їх! Вкажіть адресу свого мікроблогу на візитних картках в соціальних медіа, зв'яжіть Facebook з сайтом бібліотеки.
- Facebook повний цікавих персонажів, яких можна мотивувати на рекомендації вашого акаунта.

Таким чином, не забувайте постійно здійснювати моніторинг згадок бібліотеки у всіх соціальних медіа. Завжди пам'ятайте, що соціальні медіа володіють підступною натурою - навіть якщо бібліотека ними не займається, це не означає, що вона в них не присутня: її можуть обговорювати, висловлювати про неї негативну або позитивну думку.

МЕТОДИЧНА ТОЛОКА «УМІЮ ТА НАВЧУ». ВЧИМОСЯ –ГРАЮЧИСЬ

Леле Т.І., вчитель французької мови

*Міньківський НВК «ЗНЗ I-III ступенів - ДНЗ» Соледарської міської ради
Донецької області*

Яким буде світ через 20-30 років? Чи будуть сьогоднішні першокласники готові до викликів ХХІ століття і чи допоможемо ми їм до них підготуватися? Наша задача в НУШ – навчити дітей критично мислити, якомога більше спілкуватися, аналізувати та порівнювати, використовувати свої знання на практиці, а головне-розвивати життєві цінності та компетенції.

Іноземна мова - це не лише знання. Це уміння, які дитина повинна після навчання у школі презентувати суспільству. Життя дуже змінилося, а тому і навчання повинно змінюватися відповідно до змін світу. Діти сьогодні не

такі, як були раніше. Вони дуже обізнані в багатьох сферах життя завдяки засобам масової інформації. Тому, головне для вчителя НУШ – змінити урок, власне ставлення до процесу навчання, і все буде працювати. Основна мета мого уроку - створювати дітям іншомовне середовище, провівши паралель із повсякденним життям. Учні розповідають про свій настрій, самопочуття, погоду за вікном, улюблені предмети та своє дозвілля. Чим більше спілкуємось, тим краще засвоюється матеріал. Тобто замість складних граматичних правил та заучування слів, ми перейшли до інтерактивних вправ, діалогів, ігор за комунікативною методикою навчання. В свої перші десять років життя діти точно копіюють вимову і легко запам'ятовують мовленнєві зразки. Щоб діти приходили на урок із задоволенням, я готую завжди щось нове, цікаве і не тільки за програмою, а й додатковий матеріал: «Скоромовки», «Хвилинки поезії», «Музичні паузи», фізкультхвилинки, мультфільми, загадки, інтерактивні ігри. Наприклад, в 1 класі використовую ігри: «Кіт - мишки», «Доміно», «Цифри на спині», «Кольори», «Снігова куля», «Юні актори»; 2 клас - мімічна гра «Тваринки», «Сліпий кіт», «У лікаря», «Імена за алфавітом», «Урок-перерва»; 3 клас – «Лото», «Пори року», «Дзеркало бажань», «Розваги на карнавалі». Ми вивчаємо багато віршів, пісень, розігруємо сценки, виконуємо індивідуальні, групові та колективні міні-проекти, граємо. Це дуже ефективні та дієві завдання, виконуючи які, діти імітують правильну вимову та інтонацію. В своїй роботі я планую систему вправ і завдань через аудіовізуальну демонстрацію мовленнєвих зразків з опорою на контекст та наочність із подальшим використанням їх під час спілкування учнів між собою та зі мною. Під час уроків навчаю дітей переносити мовленнєві зразки у реальні ситуації спілкування в класі. Наприклад, ситуації «Новий учень у класі», «Мій домашній улюбленець», «День народження друга», «Улюблена пора року», «Готуємо разом», «Подорожі на канікулах», «Спорт у нашій родині». Таке навчання сприяє формуванню в дітей ставлення до французької мови як до реального живого засобу спілкування, а не якоїсь «книжкової» мови. Для дітей молодшого шкільного віку гра є природним середовищем спілкування, їх домінантною та провідною діяльністю. Мій досвід роботи в НУШ підтверджує, що саме гра є найбільш ефективним засобом навчання, самооновлення, пізнання навколишнього світу, стимулятором доброї настрою, мотиватором учнів до спілкування французькою мовою. Гра надає дітям більше впевненості в своїх силах та уміння взаємодіяти за допомогою французької мови. Формування первинних навичок комунікації у спільній ігровій діяльності, правил командної роботи, активізація та тренування мовленнєвих компонентів та структур – все це реалізується під час правильно організованої гри. Майже на кожному уроці використовую ігрові ситуації або їх елементи. За їх допомогою «невимушено» формуються та вдосконалюються фонетичні, орфографічні, лексичні та граматичні навички. А що для дітей найголовніше - це живий та веселий спосіб навчання.

При підготовці та проведенні навчальної гри я виділяю три основні етапи: підготовчий, проведення гри, узагальнення та аналіз результатів.

Основою рольової гри є ініціативне мовлення. Під час уроків використовую сигнальні картки для рольової гри: «Привітайся та розпитай про справи та здоров'я», «Запитай про ім'я», «Попрощайся».

Також практикую картки-схеми з мовленнєвими зразками для ситуативного спілкування в ході рольової гри «Погодисься», «Не погоджуйся», «Вислови захоплення», «Вислови свою думку», «Запроси».

Ігрова діяльність, виконання індивідуальних та колективних міні-проектів формують у дітей уміння співпраці, навички командної роботи, без яких неможливо уявити успішне суспільство. Поступовий, системний процес такого навчання сприяє зростанню впевненості учнів у своїх силах, що мотивує їх до нових успіхів у вивченні французької мови.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ІСТОРІЇ

Леонова Л.О., викладач історії

*КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім.
С.Бубки»*

Ми повинні готувати молодь до життя в інформаційному суспільстві, а це значить - треба навчити її серед невинного потоку інформації вибирати головне, критично перевіряти отриману інформацію, мати свою думку і не дозволяти маніпулювати своєю свідомістю.

Тези розкривають тему формування критичного мислення молоді на заняттях з історії.

XXI століття диктує нові вимоги до викладача, тому що змінюються його функції у професійній діяльності: з трансформатора знань він перетворюється в організатора і в координатора самостійної пізнавальної діяльності студентів. Час диктує викладачу перехід від традиційних методів навчання до методів активних й інтерактивних. Тож саме технологія розвитку критичного мислення, на мою думку, створює умови для розвитку творчих здібностей, активізує пізнавальну діяльність викладача і студента.

Чого ж бажає викладач історії, розпочинаючи своє заняття? Не думаю, що сильно помилюся, якщо сформулюю викладацьке бажання таким чином: бажає, щоб в аудиторії була дисципліна, студенти уважно слухали, старанно працювали та змогли максимально відтворити навчальний матеріал. Я, і всі ми також, хочемо, щоб на нашому занятті студенти запитували, сперечалися, висловлювали і відстоювали свої думки, тобто, щоб вони критично мислили. А чи готові вони до цього?

Навчити студентів критичному мисленню – це педагогічне мистецтво, якому треба вчитися і вчити, щоб забезпечити перехід від навчання, орієнтованого переважно на запам'ятання, до навчання, спрямованого на розвиток самостійного свідомого мислення студентів.

Ми повинні готувати молодь до життя в інформаційному суспільстві, а це значить - треба навчити її серед невинного потоку інформації вибрати

головне, критично перевіряти отриману інформацію, мати свою думку і не дозволяти маніпулювати своєю свідомістю.

Сучасний студент повинен набувати навиків критичного і творчого мислення, вміти контролювати інформацію, ставити її під сумнів, опрацьовувати й систематизувати, писати тексти, виступати перед аудиторією, володіти навиками ділової комунікації.

У своїй педагогічній практиці я використовую критичне мислення й намагаюся розвивати його у студентів. Вчу дітей формувати питання до історичних проблем, шукати власні шляхи як розв'язання, аналізувати ситуацію, знаходити і приймати своє правильне рішення. Студенти отримують задоволення від вивченого в такий спосіб матеріалу і розвивають свою зацікавленість з того чи іншого історичного питання.

Застосування технологій критичного мислення дозволяє мені сформувати у моїх студентів:

- вміння самостійно вчитися і працювати з джерелами інформації;
- мати особисту точку зору і вміти її аргументувати;
- вміти бачити проблеми;
- вміти застосувати свої знання для розв'язання своїх життєвих проблем.

Я вважаю, що будь-яке оцінювання критичного мислення під час заняття має розглядати мету і засоби, використані для результатів студента. Не можна навчити критичного мислення в вакуумі. Критичне мислення формується поступово - із заняття в заняття, із року в рік, за певними умовами: час очікування ідей, спілкування, цінування думок інших, віра в сили студентів, активна позиція і обов'язково сприятливий психологічний клімат в аудиторії, щоб студенти почували себе комфортно і безпечно.

Серед прийомів і засобів, які я використовую з метою формування навичок критичного мислення слід назвати:

- обговорення статей, першоджерел, матеріалів Інтернету;
- розв'язання логічних задач;
- рецензування творчих робіт;
- обговорення і вирішення проблемних ситуацій;
- дискусії, участь у турнірних змаганнях.

На окремих етапах роботи на заняттях з формування навичок критичного мислення я намагаюсь використовувати різні методи, такі як: «Асоціативний куц», «Розминка», «Обери позицію», «Прес», «Різнокольорові капелюшки», «Мозковий штурм», «Сенкан», «Квест», «Бліц-опитування» тощо.

Отже, на мою думку, суть і мета застосування технології критичного мислення полягає в тому, що:

1. Освіта не дається викладачем, вона здобувається самим студентом;
2. Педагог повинен сам володіти новим мисленням, вибрати й застосовувати саме ті методи й прийоми навчання, які сприятимуть розвитку критичного мислення.

Сьогодні ми живемо в суспільстві, дуже динамічному, де знання дуже швидко старіють, задля того щоб знайти гідне місце в європейській спільноті, наша держава потребує якісної освіти. Перехід освітньої системи України на новий тип, її конкуренція в європейському і світовому освітніх просторах передбачає формування покоління молоді, що буде захищеним і мобільним на ринку праці, матиме необхідні знання, навички й компетентності для інтеграції в суспільство на різних рівнях, буде здатним навчатися протягом життя.

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ КЗ «БАХМУТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ» В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО ТА ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ.

*Лис А.В., викладач психології
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж».*

Мета статті: аналіз психологічного змісту особливостей тривожності у студентів першого курсу медичного коледжу в період адаптації під час дистанційного та змішаного навчання.

Актуальність дослідження полягає в тому, що для ефективного навчання, студенту необхідно відчувати себе комфортно в новому середовищі і за нових умов дистанційної освіти. Тому значну увагу потрібно надавати адаптації студентів до студентського життя та навчання в цілому.

Більшість людей, використовуючи термін «тривога», навіть не замислюються про те, що він насправді означає.

Важливо пам'ятати, що в стані тривоги ми, як правило, переживаємо не одну емоцію, а деяку комбінацію або патерн різних емоцій, кожна з яких впливає на наші соціальні взаємини, думки і поведінку.

Тривожність розглядається як показник «Преневротичного стану», її роль надзвичайно висока і в порушеннях поведінки, таких, наприклад, як деликвентність і девіантна поведінка.

Так, саме на перших курсах студенти проходять період адаптації до нових умов і вимог пов'язаних з навчанням у коледжі. Це може викликати підвищення рівня тривожності, що в свою чергу може позначитися на успішності студента першокурсника і на взаєминах з оточуючими.

Найчастіше термін «тривога» використовується для опису неприємного за своєю забарвленістю психічного стану, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, занепокоєння, похмурих передчуттів, а з фізіологічної боку супроводжується активізацією автономної нервової системи. Будучи природнім станом, тривога грає позитивну роль не тільки як індикатор порушення, але і як мобілізатор резервів психіки. Тому тривога може істотно впливати на якісний показник адаптації студентів до навчання, схиляючи його не в кращу сторону. Так студенти, які відчувають почуття тривоги, нетовариські і не хочуть вступати в нові контакти, як з однолітками,

так і з новими педагогами, що також позначається на успішності студентів. Якісна адаптація повинна компенсувати недостатність звичної поведінки в нових умовах. Завдяки їй створюються можливості прискорення оптимального функціонування організму особистості в незвичайній обстановці. Якщо адаптація не настає, виникають додаткові труднощі в освоєнні предмета діяльності, аж до порушень її регуляції. Розрізняють такі два види адаптації: біофізіологічну і соціально-психологічну.

З метою дослідження рівнів особистісної та ситуативної тривожності у студентів першого курсу були використані методики: «Шкала самооцінки тривожності Ч. Д. Спилбергера» - методика призначена для визначення рівнів тривожності: особистісної та ситуативної; методику «Особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлора» - для визначення більш чітких меж прояви тривоги у студентів; методика дослідження тривожності в адаптації Норакидзе.

Студенти з високими показниками ситуативної тривожності (35%) отримують гарні оцінки, в той час коли студенти з проявом особистісної тривожності не встигають у навчанні. Це обумовлено тим, що постійне відчуття тривоги не дозволяє адаптуватися до нового середовища, до сприйняття нового матеріалу. 65% студентів з високими показниками особистісної тривожності (показник значно збільшився в порівнянні з роками повністю очного навчання), з них: 40% студентів маю також і високі показники ситуативної тривожності. Їх постійне відчуття тривоги збільшується в момент ситуації, в якій вони відчувають і ситуативну тривожність. Це, більшою мірою, впливає на їх успішність, на ряду зі студентами, які мають низький рівень особистісної тривожності і високий, або середній рівень ситуативної тривожності.

З метою встановлення взаємозв'язку рівня тривожності студентів і успішності за однією дисципліною використовувався коефіцієнт лінійної кореляції r-Пірсона - для визначення статистично значущих зв'язків між змінними. Було встановлено, що чим вище показник тривожності, зокрема особистісної, тим менш успішні ці студенти в навчанні. З метою визначення статистичної достовірності відмінностей використовувався t-критерій Стьюдента.

Результати зіставлення кореляційного аналізу показали взаємозв'язок показників особистісної тривожності зі ступенем успішності студентів. Вибірку склали студенти першого курсу сестринського відділення Комунального закладу «Бахмутський медичний фаховий коледж» у віці від 15 до 20 років. Всього в дослідженні взяло участь 60 осіб.

Якісний і кількісний аналіз даних отриманих в результаті проведеного дослідження показав, що студентам перших курсів (65%) характерний високий рівень тривожності.

Все це: низька адаптація до нового середовища, прояви особистісної та ситуативної тривожності - впливає на успішність студентів в навчанні. Вони стають менш упевнені в собі, бояться або соромляться відповідати на уроці, віддаючи перевагу поганий оцінці ніж невпевненому почуттю біля дошки.

Отже, встановивши зворотний зв'язок між показниками тривожності і оцінками студентів ми можемо зробити висновок, що чим вище показники тривожності, тим нижче оцінки студентів, і навпаки - чим нижче показники тривожності, тим вище оцінки.

ВИКОРИСТАННЯ МЕДІА-ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СПІВИ І МУЗИЧНА ЛІТЕРАТУРА»

Михайленко О.В., викладач співів і музичної літератури, методист педагогічної практики у ЗДО

КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»

Потреба в нових підходах до навчання з обмеженням кількості аудиторних занять залишається актуальним питанням в умовах карантинних обмежень. Приклад провідних університетів світу свідчить, що якісна освіта можлива і за суттєво меншої кількості аудиторних занять, ніж в українських закладах фахової передвищої освіти. Але це вимагає грамотного застосування інтернет-ресурсів з відповідними методичними підходами, що забезпечують ефективне поєднання безпосередньої та опосередкованої форми взаємодії студентів і викладачів у вигляді змішаного навчання.

Змішане навчання є підходом, педагогічною й технологічною моделлю, методикою, що поруч із онлайн-технологіями (медіа-технологіями) спирається також і на безпосередню взаємодію між студентами та викладачами в аудиторії.

В умовах змішаного навчання під час карантину впровадження медіа-технологій в освітній процес стає не тільки актуальним, але й перспективним.

Основою ефективного застосування змішаного навчання є технологічна готовність викладачів, студентів і коледжу, а також ґрунтовна методична підготовка начальної дисципліни, вибір оптимальної моделі освітнього процесу, проектування сценарію навчання як послідовності дій та досвіду, що його здобувач отримує впродовж курсу, деталізована підготовка й організація не лише аудиторних занять, а насамперед самостійної роботи студентів. Якісно впроваджене змішане навчання суттєво підвищує якість освітнього процесу. Застосування медіа-технологій забезпечує доступність матеріалів, можливість постійної підтримки студентів, зручність контролю процесу навчання, автоматизацію частини роботи викладача. Методичні підходи забезпечують занурення студентів у процес навчання, засвоєння матеріалу, ефективну взаємодію між суб'єктами навчання, персоналізацію навчання («Рекомендації щодо впровадження змішаного навчання у закладах фахової передвищої та вищої освіти» Міністерство освіти і науки України, mon.gov.ua).

Так, під час карантинних обмежень, в умовах змішаного навчання у освітньому процесі педагог використовувала навчальну платформу Google з додатками Клас (розміщення матеріалу, публікація завдань, зворотній

зв'язок), Meet (онлайн-конференції), а також електронну пошту @gmail.com та онлайн-сховище Google-Диск.

Для реалізації завдань дисципліни викладач розробила власну модель змішаного навчання на основі програми курсу «Співи і музична література» та адаптувала навчальний матеріал:

- підготувала лекційний матеріал у форматі .pdf та .docx;
- відсканувала нотні приклади музичних творів у форматі .jpg;
- створила мультимедійні презентації з аудіо- та відеоматеріалами до навчальних тем;
- розробила тестові запитання для контролю знань студентів у форматі .docx;
- склала анкетні завдання для зворотного зв'язку зі студентами у форматі .docx.

Онлайн-діяльність студентів під час змішаного навчання відбувалася у двох формах: синхронно (одночасна відеоконференція за розкладом занять) та асинхронно (виконання самостійної роботи у вільний час).

Ефективність навчальної діяльності студентів забезпечувалася різноманітними видами завдань з використанням медіа-технологій:

- онлайн-пошук інформації та підготовка повідомлень у форматі .docx;
- створення інформаційних буклетів у форматі .pub;
- заповнення анкет «Алгоритм аналізу музичного твору» у форматі .docx;
- створення мультимедійних презентацій у форматі .pptx;
- запис власних відео прикладів виконання практичних завдань;
- перегляд відео- та аудіоматеріалів (сайт youtube.com);
- відвідування освітніх сайтів, сайтів бібліотек, музеїв (за посиланням).

Підвищуючи власний педагогічний рівень викладач вивчала передовий досвід організації змішаного навчання: пройшла онлайн-курс «Про дистанційний та змішаний формати навчання», відвідала вебінар «Використання онлайн-тестів під час дистанційного навчання».

Впроваджуючи медіа-технології у викладання навчальної дисципліни педагог опанувала користування сайтом onlinetestpad.com та створила онлайн-тест «Співочі навички» для контролю та оцінювання знань студентів з початкової теми.

Отже, змішане навчання сприяє підвищенню ефективності освіти, оскільки відбувається не тільки аудиторна навчальна діяльність студента, а й постійна та регулярна самостійна робота з використанням сучасних медіа-технологій, що веде до неперервності освітнього процесу. Таке навчання активізує аналітичні здібності студентів та розвиває критичне мислення за рахунок того, що студенти отримують навчальний матеріал не тільки від викладача на лекції, але й самостійно повинні шукати, обирати та обробляти необхідну інформацію. Застосування у змішаному навчанні нових методів, технологій та сучасних інтернет-ресурсів дозволяє більш повно використовувати потенціал освітнього контенту.

РОЛЬ ЛЕКЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИКІВ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ

Нікуліна Г.Л., доцент

Багмут В.В., старший викладач

Харківська медична академія післядипломної освіти

Медицина сьогодення не можлива без впровадження сучасних і інноваційних технологій. Це стосується як практичної сфери її діяльності, так і освітньої. Особливо це є необхідним в системі збереження громадського здоров'я.

Постійне реформування охорони здоров'я та системи навчання медичних фахівців призвело на сьогодні до принципових змін, що потребує особливої уваги з боку викладачів, які саме й забезпечують підготовку лікарів і середнього медичного персоналу. Це стосується не тільки додипломної підготовки, а й системи підвищення кваліфікації.

Закон України про вищу освіту передбачає зменшення педагогічного навантаження на викладача, що потребує від співробітників кафедр ретельного ретроспективного аналізу навчальних планів та програм, визначення факторів, як негативних, так і позитивних, що впливають на рівень готовності до професійної діяльності, та на цій підставі сформулювати нові підходи до підготовки фахівців.

Сучасні тенденції в освітньому просторі зумовлені розвитком інформаційних технологій і доступністю інтернет-ресурсів: різноманітних інформаційних джерел (бібліотек, актуальних наукових розробок, результатів досліджень науковців, різноманітних навчальних матеріалів, тощо). Це суттєво змінює роль викладача у процесі підготовки фахівця, а також впливає на вимоги та очікування від нього. Відтепер викладач не є єдиним джерелом інформації, а, скоріше тим, хто дає напрямок у самопідготовці

Слід зауважити, що особливістю післядипломного навчання є те, що слухачі потребують не стільки отримання нової інформації, скільки вчасної допомоги у тих питаннях, які викликають у них труднощі, з'ясування незрозумілих та/або дискусійних моментів з практичної діяльності.

У цьому зв'язку особливих змін потребує традиційна форма організації діяльності слухачів – лекція. Сучасні технології дають змогу поєднати на лекційному занятті повідомлення нової інформації з систематичним залученням слухачів до обговорення матеріалу, з'ясуванням тих питань, що залишилися незрозумілими.

Основними перевагами при цьому є можливість миттєвого отримання лектором узагальнених даних, які демонструватимуть ступінь розуміння навчального матеріалу. Крім того, зручними є додаткові можливості: дублювання всієї інформації, що демонструється на основному пристрої, на особистих пристроях (планшетах, смартфонах, нетбуках) слухачів, легкість створення й редагування презентацій, автоматичне їх зберігання, тощо.

Власний досвід авторів свідчить про те, що на циклах удосконалення виникає необхідність у нагадуванні основ дисципліни та систематизації вже накопичених знань з особистого досвіду та досвіду колег. І, чим більший стаж має слухач, тим це важливіше. Пояснюється це життєвістю знань, отриманих раніше. Застосування інтерактивних презентацій на лекційних заняттях сприяє кращому опануванню навчального матеріалу, вчасному виявленню та усуненню прогалин у знаннях слухачів.

З іншого боку, при впровадженні інноваційних технологій переважно застосовується візуальна компонента сприйняття інформації, менш активно використовується аудіальний канал і зовсім виключається кінестетична компонента, що негативно впливає на життєвість знань. Ми рекомендуємо навіть при використанні найсучасніших форм проведення занять, де-які основні питання записувати у конспект. При цьому включається кінестетична складова і, таким чином, стимулюється довгострокова пам'ять слухачів.

Залишається проблемою реалізація інновацій, а саме - технічне забезпечення слухачів (доступність та якість мережі інтернет), а також готовність де-яких слухачів до сприймання нового.

Отже, оптимальним з урахуванням нашого досвіду є поєднання сучасних і традиційних форм проведення лекції як основного джерела інформації і напрямку для самовдосконалення.

ЯВИЩЕ СПУНЕРИЗМУ У ЛІНГВІСТИЧНОМУ, ПСИХОЛОГІЧНОМУ ТА ЛІТЕРАТУРОЗНАВЧОМУ АСПЕКТАХ

Петренко О.Р., викладач, к.філол.н.

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

***Мова потребує такого роду знуцань,
як житлове приміщення –прівітрювання***

Макс Фрай

Останнім часом все частіше постають питання пов'язані із проблемами порушеними нейролінгвістичним програмуванням та психолінгвістикою. Дана стаття має на меті з'ясувати явище спунеризму (вивертів) та доцільність використання результатів проведеного дослідження під час вивчення освітніх дисциплін як елемент інноваційних технологій.

Важко зустріти зараз людину, повністю байдужу до проблем сучасної мови і задоволену її станом. Немало людей нарікають на коливання і складність норм української літературної мови, що зафіксовані у правописі 2019 року. Втім, освічена частина суспільства ніколи не була байдужою до своєї мови. Але останнім часом інтерес до рідної мови став носити зовсім відвертий характер. Дискусії про мову, дебати про красу і багатство, про псування чи збіднення нашої мови відбуваються зараз у всіх соціальних мережах.

Усвідомлення суспільної важливості літературної мови веде до постійного спостереження за щонайменшими змінами у мові.

Грубі помилки, неприпустимі в літературній мові, неправильне узгодження, помилки у виборі слів, свідоме використання грубої і просторічної лексики, жаргонізмів - усім цим грішить більша частина населення України.

В офіційному мовленні кожен громадянин України повинен, звичайно, використовувати українську літературну мову, належно нею володіти, однак в неофіційній сфері не слід нехтувати можливістю користуватися говірками, які завжди зберігають живильну силу і зв'язок з довкіллям. Тому треба дбайливо вибирувати специфічну лексику, фразеологізми, крилаті вислови, мовні кліше інші сталі сполуки, що активно поширюються у розмовному мовленні.

Близькими до крилатих висловів є так звані **спунеризми**, а говорячи українською – виверти (вважаємо, що такий термін міг би замінити англійське **spoonerism**). Це словосполучення, у яких відбувається мимовільна заміна звуків одного слова звуками іншого. Тут не можна говорити про те, що такі виверти виникають під час чітко продуманої стратегії спілкування, проте не можна говорити і про виключну спонтанність. Вони можуть «народжуватись» спонтанно, а також як чітко продуманий елемент спілкування з метою впливу на аудиторію, для чіткого контролю за ситуацією (для розважання або з метою привернення уваги співрозмовника до порушеної проблеми)

Процес виробництва мови практично неможливий для спостереження - і тому досить складний для опису. Велика кількість моделей побудована на підставі обмовок і пауз в мові.

Найпоширеніші обмовки бувають двох видів. Перші - усні помилки від великої напруги, втоми, неуважності. Це, як правило, спотворення слів або перестановка їх місцями. Такі обмовки механічні, їх роблять усі. Другий вид - помилки, що йдуть з глибин підсвідомості. Така обмовка може статися, коли людина говорить те, в що не вірить, коли говорить щось важливе і намагається контролювати весь процес мови. В основі мовних обмовок не завжди лежать якісь психологічні комплекси. Причина їх може бути тривіальною: проблема з артикуляцією або мізерний словарний запас.

Обмовка не завжди носить такий явний, на рівні фонетичного сприйняття, характер. Інколи в основі її лежать глибинні причини психоемоційного плану. В цьому випадку кажуть про обмовки по Фрейду, який першим проявив інтерес до обмовок в мові як предмету психоаналізу.

3. Фрейд у дослідженні «Психопатологія повсякденного життя» разом з усякого роду незначними описками і машинальними діями охоплюється терміном **парапраксис** (будь-яка незначна описка, обмовка чи помилка; найчастіше зустрічається в мові, листі, провал у пам'яті та ін. Згідно з Фрейдом, це не просто безневинні жести, але результат дії несвідомих

бажань чи конфліктів, які часто можуть використовуватися для виявлення функціонування несвідомого у нормального здорового індивіда).

Фрейд припустив, що з вигляду незначні і безглузді помилкові дії служать для реалізації несвідомих бажань, будучи компромісними утвореннями, які створені відповідним свідомим наміром і частковим одночасним здійсненням несвідомого бажання.

Фрейд поділяв помилкові дії на чотири групи:

- 1) застереження, описки, очитки;
- 2) забування (забування імені власних назв, чужих слів, своїх намірів, вражень);
- 3) гублення і ховання речей;
- 4) «помилкові дії».

Незважаючи на їх безглуздість і невинність, Фрейд відмовляв таким діям в тривіальності, трактуючи їх як значуще в психологічному плані явище - зовнішній прояв недозволених несвідомих конфліктів і витіснених бажань. Як і в сновидіннях, Фрейд бачив у параксисі потенційну «дорогу» до таємниць несвідомого.

З психологічної точки зору процес мовлення полягає в тому, що той, хто говорить за певними правилами переводить свій розумовий (немовний) задум в мовні одиниці конкретної мови.

Фрейд у своїх працях використовував психолінгвістику. Психоаналіз показує, як на прикладі застереження можна зрозуміти справжні мотиви мислення і поведінки людини.

Часто в житті ми можемо жартувати просто міняючи слова місцями або навіть ненавмисно переплутуючи порядок. Спунеризм - ненавмисна обмовка або свідомо гра слів, при якій два близькі слова в реченні міняються початковими частинами, складами або окремими буквами/звуками.

У літературі також часто зустрічаємо виверти, своєрідні **хіазми** (грец. *Χιασμός* – хрестоподібне розташування у вигляді грецької літери X) – вживаний у поезії мовностилістичний прийом, який полягає у переставленні головних членів речення (різновид інверсії) задля вираження віршованого мовлення:

Кіптява свічка й ніж щербатий,
червінна королева з карт.

Б.-І. Антонич

Вітчизняному читачеві добре знайомий спунеризм «Вагоноуважаемый глубокоуважатель» з дитячої поезії Самуїла Маршака «Ось який розсіяний». Назва терміну утворена від імені Уїльяма Арчібальда Спунера, який часто так обмовлявся.

Спунеризми взагалі жартівливі навмисні обмовки. Або такі обмовки, які можуть мати жартівливий сенс. Це вид обмовок, що умовно виділяється в них. Швидше, це жарти вчених психолінгвістів.

Практично кожна людина здійснює в своїй усній промові нешкідливі, нічого не значущі на перший погляд, обмовки. Ми говоримо в цьому

випадку, що «з язика зіскочило». У таку ситуацію потрапляють диктори радіо і телебачення, спортивні коментатори, відомі політики, проповідники і лектори. Інакше кажучи, обмовка - це своєрідний і повсюдно поширений в усній мові лінгвістичний феномен. Науковий інтерес до обмовок проявляли вже більше тисячі років назад. Наприклад, в VIII ст арабським ученим аль-Кисаї був створений «Трактат про помилки народної мови». Інтерес арабського ученого до таких помилок був викликаний бажанням знайти в них ключ до того, як змінюється мова.

Диференціація мовних помилок і випадкових обмовок являється можливою в тому випадку, якщо об'єм мовної продукції кожного індивіда досить обширний, за певних умов комунікації. Запинки і обмовки показують, як ми витягуємо потрібне слово із запасів пам'яті, як ми плануємо вислів, як об'єднуємо сенс з інтонацією і навіть, можливо, як взагалі вчимося говорити.

Обмовки, поряд з описками, в англійській мові називаються «mistakes», на відміну від помилок – «errors». Описка - помилка, зазвичай ненавмисна, при написанні послання або документа. У психологічному плані розглядається як різновид парапраксиса. Якщо помилка не виявлена при рецензуванні і коректурах, вона називається друкарською помилкою. В деяких випадках, спроба виправлення описки сама представляє помилку, яку нелегко помітити і виправити. Описки зустрічаються навіть у канонічних текстах.

Обмовки іноді бувають кумедними і можуть сприйматись як дотепи. Різниця лише в тому, умисне чи неумисне мовець вимовив слово так, як він його вимовив. Обмовки входять до ширшого класу «недоречних» фраз, які теж часто несвідомо вмотивовані. Так буває, наприклад, тоді, коли особа не розуміє, що сказане нею є очевидно двозначним. Такі фрази теж можуть сприйматись як дотепи, якщо їх говорять умисне, але в інших випадках це такі собі ляпи в контрольованому мовленні, якого ми сподіваємося від інших людей.

Нас цікавить обмовка в значенні мовної помилки, тобто слова, фрази, сказані замість інших. Т.Ф. Ефремова і С.І. Ожегов в своїх словниках підкреслюють ненавмисний характер, тобто мимовільність, «ненавмисність» обмовки. Синонімами обмовки в цьому значенні є слово «ляпсус». Саме ця ознака робить обмовку як явище мови дуже цікавою в психолінгвістичному відношенні.

І дійсно, обмовка вже давно, з початку ХХ ст., стала предметом інтересу в різних теоріях психоаналізу.

З точки зору психобіолога Альберто Оліверіо з Центру наукових досліджень та університету La Sapienza, ми дуже часто намагаємося надати застережені психологічне значення, проте далеко не завжди мова йде про нашу підсвідомість.

Кожному слову відповідає певний рух м'язів мовного апарату. Мозок може допустити помилку, витягувати з пам'яті і «послати в ефір» помилкову моторну схему.

Так, в 2004 році у журналі «Psychological Science» Зенці Гриффін з Технологічного інституту Джорджії опублікував цікаве дослідження. Він вважає, що коли людина помиляється, неправильно називаючи той, що знаходиться в полі його зору об'єкт, то помилка найчастіше здійснюється на лінгвістичному або фонетичному рівні, більш поверхневому по відношенню до рівня, про який роздумував Фрейд.

Ще важливіша проблема, що є причиною виникнення обмовок у мові - чисто психологічна. Люди нерідко страждають від того, що не уміють говорити вільно, красиво і гладко, «як по писаному», особливо на публіці. Уміння публічної мови дуже важливе для кар'єрного і професійного зростання, воно необхідне кожному. Тому проблема вивчення обмовок і інших мовних помилок усної мови має велике прикладне значення для розробки ефективних методик говорити красиво.

Невипадково М. Ерард у своїй книзі «Um» цитує думку психіатра: «Мекання «Е-е-е.» дратує, затягує бесіду, заставляє співбесідника томливо чекати; це [мекання] завжди так чи інакше пов'язано з неврозом».

Виникає питання на яке ми маємо дати відповідь: Спунеризми/виверти – це лінгвістична, медична, психологічна чи літературознавча складова і чи потрібно вивчати це явище з метою уникнути мимовільних непотрібних помилок? Переконані, що ні. Адже мова – таке ж живе явище як і народ, який її живить. І не можна вважати «помилкою» те, що створене народом.

Отже, ґрунтуючись на аналізі досліджень вітчизняних і зарубіжних учених, ми можемо визначити обмовку як помилку в усній мові, що здійснюється неусвідомлено, випадково, унаслідок втрати або послаблення контролю над мовою. У основі обмовок не завжди лежать підсвідомі мотиви, як вважав З.Фрейд, причинами їх можуть бути психофізіологічні процеси, збої в моториці мовного апарату. Обмовка може полягати в заміні одного звуку в слові (типу пелестраждав замість перестраждав), або в заміні одного цілого слова іншим, а також мовнолінгвістичним прийомом, що використовується у поезії. Проте з якого б аспекту явище спунеризму не розглядалося, доцільність використання результатів проведеного дослідження під час вивчення освітніх дисциплін, як елемента інноваційних технологій, є беззаперечною.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ОСВІТНЬОГО КОНТЕНТУ У ПРОЦЕС ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН МУЗИЧНО-ТЕОРЕТИЧНОГО ЦИКЛУ

*Роббіна Л.І., викладач музично-теоретичних дисциплін
КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»*

Сьогодні, під час розбудови українського суспільства, проблема модернізації змісту освіти пов'язана з оновленням засобів і технологій організації освітнього процесу, із застосуванням синтезу фундаментального

та інноваційного освітнього контенту. Виникає необхідність належної фахової підготовки компетентного вчителя музичного мистецтва, педагога, що відповідає сучасним вимогам національної освіти. Базовою основою такої підготовки є надання студентам ґрунтовних музично-теоретичних знань, формування в них музикознавчих компетенцій різного типу та змісту.

Актуальні питання музично-теоретичної підготовки майбутнього педагога-музиканта висвітлювали Т.Бондаренко, Г.Виноградов, Л.Воевідко, О.Давидова, М.Дяченко, Ю.Зільберман, Т.Калужська, М.Картавцева, І.Котляревський, Ю.Локарева, С.Новосадова, А.Островський, Б.Теплов, Ю.Холопов, Т.Щериця, В.Юрчак та багато інших науковців. Але ряд принципових питань, від яких залежить реалізація освітніх інновацій у сфері мистецької освіти, все ще залишається невирішеним.

Використання інноваційних та інформативно-комунікативних технологій дозволяє підвищити якість навчання з музично-теоретичних дисциплін, відкриваючи нові можливості для їх креативного викладання та ефективного засвоєння студентами набутих знань. Багатофункційність сучасних гаджетів, множинність і різноманітність прикладних програм, освітні Інтернет-ресурси зробили медіа-технології незамінним інтерактивним засобом викладання музично-теоретичних дисциплін.

У процесі вивчення елементарної теорії музики, гармонії, сольфеджіо та аналізу музичних творів комп'ютер може бути використаний як навчальний тренажер, на якому виконуються практичні завдання різного тематичного змісту й типу (як теоретичні, так і візуальні та слухові) і засіб контролю знань (тестування). У окремих випадках може бути використане програмне забезпечення, що встановлюється на мобільних пристроях (телефонах, планшетах і ноутбуках) та відтворює фортепіанну клавіатуру.

Застосування технічних пристроїв на заняттях з дисципліни «Сольфеджіо» сприяє розвитку тембрового мислення студентів та дозволяє сформуванню навички запису твору задля аранжування, відтворення, транспонування, тобто всього комплексу професійних завдань сучасного музиканта. Потрібно відзначити перевагу використання мультимедійних диктантів. Адже означений метод роботи дає можливість диференційованого запису різних музичних зразків одночасно декількома студентами, в залежності від рівня їх музично-теоретичної підготовки, відтак – створює підґрунтя до фактично індивідуального підходу в умовах групових занять.

Впровадження сучасних медіа-технологій на заняттях з елементарної теорії музики дозволяє зробити освітній процес інтерактивним та оптимізувати навчальний час. Такими інноваційними формами роботи, наприклад, є: ритмічні вправи і вправи на угруповання з відеорядом, вокалізи з відеорядом, мультимедійні завдання з теорії музики, інтерактивні ігри (І.В.Бурського), інтерактивні тести та тренажери, робота з нотними редакторами тощо.

Застосування сучасних технічних пристроїв (комп'ютери, планшети, смартфони) при виконанні завдань з гармонії, з одного боку надає можливість перевірити гармонізацію мелодії чи басової лінії, програти задачу

та ін., а з іншого боку, урізноманітнює навчальний процес і відповідає рівню сучасного інформативного молодіжного середовища. Якщо ж пристрій обладнаний навушниками, то це сприяє тому, що всі студенти можуть застосовувати свої гаджети одночасно.

Навчальна дисципліна «Світова музична література» дає уявлення не тільки про музичні стилі та жанри, про творчість композиторів, а й про розвиток культури і мистецтва певного історичного етапу. І в цьому зв'язку застосування мультимедійних технологій якнайбільш виправдано. Зручність поєднання в одному проекті візуальної та аудіо-інформації підвищує ефективність засвоєння музичного матеріалу, активізує навчальний і творчий потенціал студентів. Інтернет-ресурси також необхідні на будь-яких етапах роботи, від вступної лекції і до підсумкового закріплення знань.

Вже на початковому етапі навчання студенти повинні мати відомості про професійно розроблені освітні сайти, що містять довідковий матеріал по історії та теорії музики, колекції нот і звукозаписів та використовувати їх в процесі самостійної підготовки до занять. Створені студентами доповіді та навчальні проекти, подібно до лекцій педагога, повинні супроводжуватися мультимедійними презентаціями, технічний рівень яких також необхідно обговорювати і оцінювати.

За рахунок медіа-технологій та Інтернет-ресурсів можна оптимізувати не лише процес навчання, а й здійснення контролю теоретичних знань студентів – через засоби онлайн-тестування (інтерактивні мультимедійні тести, освітні сайти). Перевірка результатів може здійснюватися миттєво та вивільняти час на виконання студентами додаткових завдань або самостійне опрацювання навчального матеріалу.

Отже, сучасні педагогічні та медіа-технології, освітні Інтернет-ресурси надають майбутнім фахівцям широкі перспективи для самоосвіти, ґрунтовного збагачення своїх професійних знань та креативної самореалізації в музично-професійній діяльності.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ПЛАТФОРМІ G-SUITE. ФОРМУВАННЯ СТРУКТУРИ GOOGLE-ДИСКУ

Романенко В.Л., викладач медичної інформатики

Завражна Г.О., завідувачка методичним кабінетом

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Останніми роками інформаційні технології широко застосовуються в освітньому процесі. Але спалах пандемії коронавірусної інфекції COVID-19 змусив освітню спільноту повністю зануритися у цифровий формат та перейти до стовідсоткового викладання навчальних предметів за допомогою комп'ютерних технологій.

Саме в цей час перед викладачем постали питання:

- Як організувати дистанційне навчання і яку онлайн платформу для цього обрати?

- Як використовувати навчальний матеріал, який зберігається на різних носіях?
- Як довести навчальний матеріал до студента?
- Як забезпечити передачу відео, аудіо, графічної та текстової інформації у синхронному або асинхронному режимі?
- Як отримувати зворотній зв'язок на платформах дистанційного навчання?

Не існує такого посібника, який би навчив викладача організувати викладання навчального предмету дистанційно. Відповіді на ці питання можна отримати лише після практичного застосування певних засобів та прийомів. В цих тезах спробуємо відповісти, принаймні, на перші два питання.

Для організації дистанційного навчання в сучасному цифровому просторі створено декілька платформ та сервісів. Наприклад: HUMAN ШКОЛА, MOODLE, PROMETHEUS, G-SUITE, GOOGLE-CLASSROOM, iLEARN.ED-ERA.

В нашому коледжі було обрано роботу на платформі G-Suite for Education з використанням широкого спектру google-сервісів. Дехто вважав, що реєстрація закладу на платформі G-Suite є зайвою, бо доступ до таких самих google-додатків користувач отримує після реєстрації аккаунту на gmail.com.

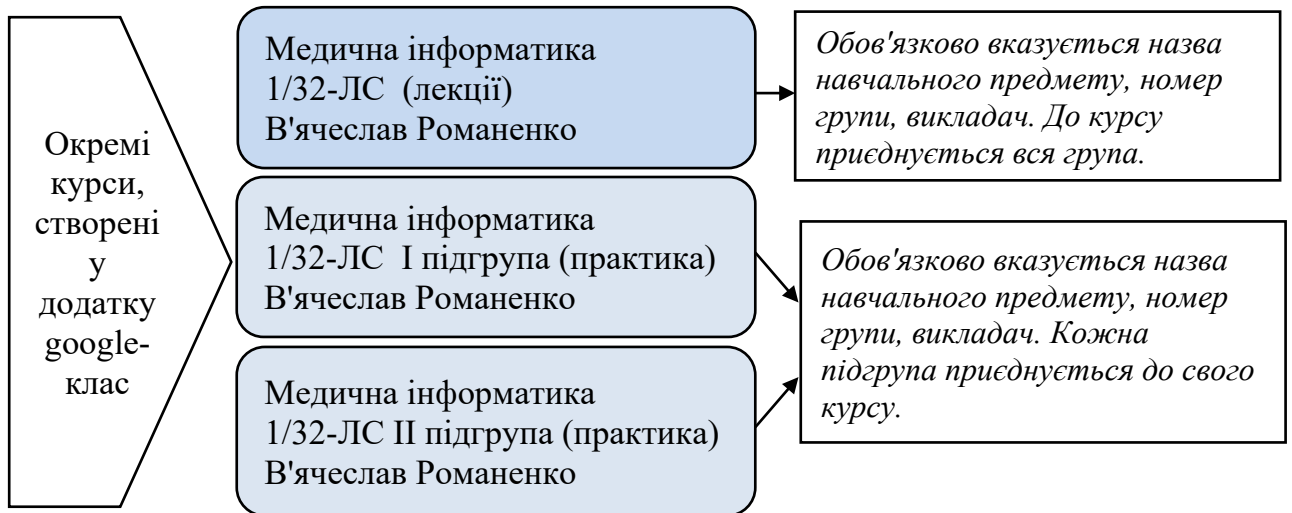
Проте саме платформа G-Suite for Education дала можливість організувати закритий навчальний простір, доступ до якого мають виключно студенти та викладачі коледжу. Ця властивість дозволила розміщувати для студентів перелік кодів доступу до курсів google-класу на сайті коледжу в широкому доступі, без побоювання, що до роботи класу приєднаються сторонні користувачі. Крім того, в закритому аккаунті міститься інформація, яка стосується виключно роботи в google-класі (без листів з рекламою, листів від друзів чи повідомлень від соцмереж).

Для полегшення ідентифікації студентів при приєднанні до курсів у google-класі адміністратором платформи було створено однотипні облікові записи для студентів з вказівкою на групу та відділення (наприклад, 1-32-ЛС.Шевченко Марія), а для викладачів при створенні облікового запису було використано європейську норму із зазначенням імені та прізвища. Але створення певної структури користувачів – це лише перший крок.

Другим вагомим питанням є створення структури курсів у google-класі з точки зору викладача.

Враховуючи те, що в медичному коледжі структура навчального плану передбачає наявність лекційних годин (коли навчання відбувається для всієї групи студентів одночасно) та практичних або семінарських годин (коли відбувається поділ групи на бригади та підгрупи), доцільним є створення окремих курсів для лекцій та практики.

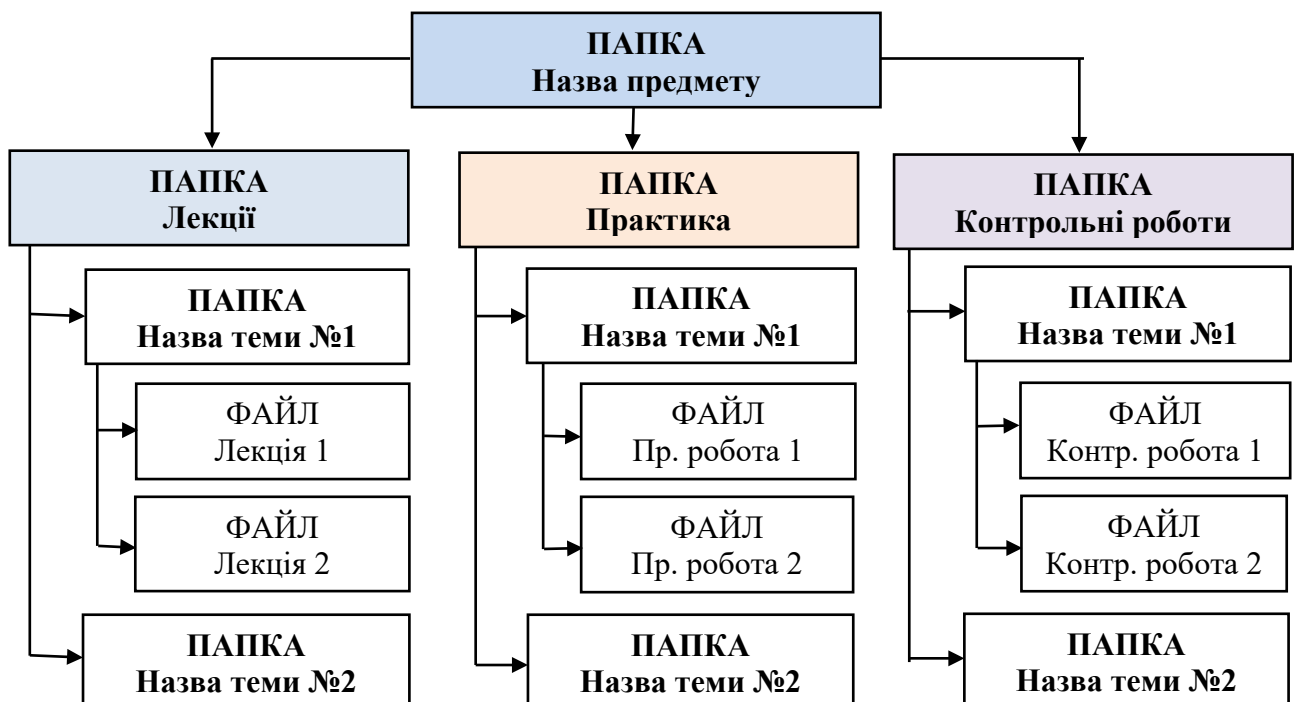
Наприклад:



Якщо потрібно створити курси з кількох предметів для кількох груп, то однакові курси для підгруп і бригад однієї групи доцільно оформлювати одною темою (обирати одне й те саме зображення або колір для «заставки»).

Більшість викладачів мають багато навчального матеріалу в електронному вигляді (лекції, презентації та відеоролики до них, алгоритми виконання самостійних і практичних робіт, тощо). Тому наступний підготовчий етап – впорядкування наявної інформації на google-диску – дуже важливий.

Організована структура збереження навчальної інформації полегшує роботу зі створення завдань в курсах google-класу. Приклад структури на google-диску для викладача, який викладає один предмет:



Якщо предметів викладається декілька, така структура вибудовується для кожного предмету окремо.

Файли, які зберігаються в папках, доцільно називати за однаковим шаблоном. Наприклад: папка «Тема 1. Назва теми» - файл «Т-1. Лекція 1. Назва лекції», файл «Т-1. Лекція 2. Назва лекції»; папка «Тема 2. Назва теми» - файл «Т-2. Лекція 1. Назва лекції», файл «Т-2. Лекція 2. Назва лекції» і т.д. Такий спосіб називання файлів з навчальним матеріалом полегшує пошук потрібного файлу під час формування завдання у певному курсі google-класу.

Зазвичай викладач постійно накопичує навчальний матеріал: оновлює лекції, знаходить нові відеоролики, створює нові презентації, корегує завдання для практичних та контрольних робіт. Впорядкування зберігання навчальної інформації на google-диску дає змогу швидко орієнтуватися в тих матеріалах, які вже є, додавати до теми нові файли, або видаляти файли з застарілою інформацією.

Висновок: формування структури google-диску та систематизація наявного навчального матеріалу значно полегшують роботу викладача у google-класі, роблять її зручною та більш ефективною.

СУЧАСНА МОВНО-ЛІТЕРАТУРНА ОСВІТА ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ УСПІШНОЇ ОСОБИСТОСТІ

*Скиба Т.В., учитель української мови та літератури
Бахмутська загальноосвітня школа I-III ступенів №12,*

Концепція «Нової української школи» ставить нові вимоги до шкільного вчителя, які мають відповідати запитам сучасних учнів покоління Z. Тож для оптимізації освітнього процесу варто постійно працювати над підвищенням своєї педагогічної майстерності, бо умови традиційного навчання не є ефективними для порозуміння тих, хто навчається, із тими, хто навчає. Необхідно шукати нові підходи та технології оптимізації навчання. Оновленого методичного формату потребує й сучасний урок, що залишається основною формою педагогічної взаємодії вчителя й учнів у школі третього тисячоліття.

Саме тому мене зацікавила тема «Сучасна мовно-літературна освіта як засіб формування успішної особистості», бо кожен учитель мріє, аби його вихованці були успішними, відчували радість від своїх досягнень, щоб вони не тільки хотіли, а й уміли вчитися, повірили в себе, прагнули до нових знань та звершень.

У сучасних умовах гуманізації й демократизації навчального процесу як ніколи актуальні дидактичні заповіді В.Сухомлинського. У книзі «Сто порад учителю» він писав: «Немає абстрактного учня. Мистецтво й майстерність навчання і виховання полягає в тому, щоб розкривати сили й можливості кожної дитини, дати їй радість успіху в розумовій праці...».

На жаль, сучасний учень не мотивований до навчання. Саме від рівня мотивації школяра залежить його успішність, бажання і здатність навчатися протягом усього життя. А це важливо, адже згідно із сучасними дослідженнями, результати діяльності людини тільки на 20% залежать від

інтелекту, а на 70-80% від рівня мотивації. Я, як учитель, намагаюсь допомогти учневі знайти себе в житті, створити ситуацію успіху, сприятливі умови для повноцінної діяльності кожної дитини, прагну дати якісний рівень знань, зробити урок цікавим, досягти максимального взаєморозуміння і співпраці між учителем і учнем. Для цього використовую як традиційні так і інноваційні технології навчання.

Найчастіше використовую технологію проєктного навчання, в основі якої лежить колективна, групова або індивідуальна робота над вирішенням практичних завдань. Учні під час підготовки проєкту опрацьовують велику кількість інформації, аналізують її; виробляють навички вести дискусію, діалог, відстоювати свою думку. Вони бачать реальне застосування своїх знань. У них з'являється почуття відповідальності перед товаришами за частину своєї роботи. Готуючи свої проєкти, вони можуть використовувати ІКТ. Учням цікаво, змінюється ставлення до предмета, вони не бояться проявляти ініціативу, висловлювати власну думку, прагнуть опанувати програмним матеріалом на більш високому рівні. Досвід показав, що робота над проєктом дає можливість проявити себе навіть слабким і часто пасивним учням у процесі навчання.

Практичні завдання, пов'язані з реальним світом, спонукають в учнях природний інтерес. Використовую на уроках якомога більше ситуацій з життя і підкріплюю цей досвід відповідним домашнім завданням.

Велике значення для створення ситуації успіху мають і нетрадиційні форми домашнього завдання, які покликані, з одного боку, закріплювати знання, уміння та навички, отримані на уроці, а з іншого боку, дозволяють дитині проявити самостійність, самому знайти рішення нестандартного питання, завдання. Намагаюся надавати учням свободу вибору щоразу, коли це можливо. Домашні завдання можуть бути у вигляді лінгвістичного дослідження тексту, підготовки ілюстрацій до літературних творів, створення презентацій, буктрейлерів, ментальних карт, оформлення обкладинок до літературних творів, інсценування художнього твору, створення тестових завдань, вікторин із використанням додатка Kahoot, складання конспекту, опорних таблиць.

Такі домашні завдання допомагають уникати одноманітності в навчанні. Учень може відчувати себе і в ролі автора, і в ролі ілюстратора, і в ролі вчителя.

Дитина розкривається, сміливо демонструє свої здібності. І як результат: учень не тільки володіє знаннями, уміннями та навичками з предмета, але й уміє формулювати власну точку зору, відстоювати свою позицію, співпрацювати в групі, колективі, мати коло однодумців, бути комунікабельною, толерантною особистістю.

«Больова точка» будь-якого уроку - пошук таких форм взаємодії вчителя і учня на уроці, коли суб'єктивна позиція учня реалізується максимально. Іноді трапляється, що учень незадоволений результатом або тим, як оцінили його роботу. Аби уникнути таких ситуацій, потрібно чітко формулювати вимоги до роботи та критерії оцінювання. Учень буде

розуміти, що потрібно зробити і як, щоб отримати ту чи іншу оцінку. Страх невдачі проявляється ще й у тому, що діти можуть вибирати завдання, які абсолютно не відповідають їх можливостям.

Задача вчителя - пояснити, переконати та спрямувати увагу на те завдання, яке йому під силу. Так учень може поступово, крок за кроком, переходити від простого до найскладнішого.

Замість боротьби з ситуацією неуспіху потрібно аналізувати причини, що лежать в їх основі, намагатися їх долати (ці причини можуть бути пізнавальними та емоційними). Труднощі потрібно обговорювати разом із учнями, як і можливі шляхи їх подолання за допомогою заходів підтримки або створення спеціальних завдань. Проаналізувавши причину помилок, учні не будуть відчувати себе в полоні труднощів. Натомість, вони вироблятимуть навички розвивати індивідуальні стратегії для їх подолання.

1.Метод проблемного навчання.

2. Українська література.

3. 10 клас.

4. Тема уроку *«Українська ментальність, гуманістичні традиції народного побуту й моралі. Ствердження цінностей національної етики засобами комічного.»*

5. Етап уроку, на якому використовується: сприймання і осмислення, узагальнення і систематизація учнями нових знань.

6. Обладнання: аркуші формату А4 з діалогами з повісті І. Нечуя-Левицького *«Кайдашева сім'я»*, ілюстрації до твору, інструкція.

7. Перебіг роботи.

Розв'язання конфліктних діалогів

Учитель об'єднує клас у декілька груп, кожній групі надає конфліктний діалог з *«Кайдашевої сім'ї»* та пропонує перебудувати, а потім розіграти діалог. Перед початком роботи надається інструкція. Учитель подає лише шаблон: ліворуч – діалог із повісті, поряд – ілюстрація з тексту, праворуч – місце для нового сконструйованого учнями діалогу.

ІНСТРУКЦІЯ

Уважно прочитайте поданий діалог, подумайте, як після першої «ворожої» репліки нівелювати конфлікт. Пам'ятайте: діалог має бути реалістичним, контекстним. Тобто якщо за сюжетом між Мотрею і Кайдашихою вже було кілька сварок, миттєва згода пристати на пропозицію іншої матиме неприродний вигляд, фальш. Діалог треба побудувати так, щоб показати спробу кожного персонажа зрозуміти іншого.

Має бути кілька розгорнутих, аргументованих реплік.

Після завершення роботи кожна група розіграє свій діалог. Учитель разом із класом аналізують, чи вдалося досягнути бажаного результату (уникнути конфлікту), роблять висновки. Визначають кращий діалог та акторську гру кожної групи найгучнішими оплесками.

8. Формування успішної особистості.

Завдяки такому методу роботи учень пояснює актуальність порушених автором проблем для сучасного життя: уміння виходити з конфліктних ситуацій, здатність долати життєві негаразди, веде діалог із текстом (автором, героями): використовує різноманітні читацькі стратегії, визначає мету і цілі власної діяльності і розвитку, планує, організовує, здійснює задумане, рефлексує й оцінює результат. Кожен учасник групи задіяний в роботі, а не є тільки спостерігачем. Учні навчаються співпрацювати в колективі, мають можливість проявити себе, показати акторські здібності, відчувати себе успішним.

СИСТЕМА ТРЕНУВАНЬ CROSSFIT ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ТІЛОБУДОВИ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАКЛАДАХ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ

Скородумова Л.Б., керівник фізичного виховання

КЗ «Бахмутський фаховий коледж культури і мистецтв ім. І. Карабиця»

Негативні тенденції погіршення стану здоров'я студентів у зв'язку з обмеженням рухової активності, нераціональним харчуванням, шкідливими звичками (паління, зловживання алкоголем, уживанням наркотиків), стресами, спонукають фахівців до пошуку способів з метою їх запобігання. Виходячи з цього пошук ефективних форм та змісту фізичного виховання у ЗФПО, які б сприяли підвищенню рухової активності, фізичної підготовленості та інтересу студентів до занять є провідним напрямом удосконалення системи фізичного виховання. На думку ряду авторів одним із сучасних і перспективних форм організації фізичного виховання у ЗФПО є система тренувань за методикою CrossFit. Вона є одним з новітніх видів рухової активності саме серед молоді, який стрімко набирає популярності в нашій країні.

На сьогоднішній день фізична культура є найголовнішим фактором у формуванні, зміцненні та збереженні здоров'я студентської молоді, забезпечення високої працездатності та успішності навчання. За даними М.М. Булатової, О.Т. Литвина (2014), Т.Ю. Круцевич (2016), Н.В. Москаленко (2017) діюча система фізичного виховання у закладах передвищої освіти ні в кількісному відношенні, ні за якісними показниками не дозволяє досягти поставленої мети – збереження і зміцнення здоров'я населення, не відповідає потребам сучасного суспільства, що не могло не стати одним із чинників погіршення стану здоров'я й фізичної підготовленості населення України і перш за все молоді. Останні десятиріччя характеризуються появою нових видів та форм організації занять фізичними вправами, одним з яких є CrossFit-тренування. Головна мета занять – розвинути фізичні якості, поліпшити працездатність серця, судин, дихальної системи, навчити організм швидко адаптуватися до зміни навантажень.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та розробити технологію корекції тілобудови студентів з використанням системи тренувань за методикою CrossFit у процесі фізичного виховання для підвищення його ефективності.

Результати дослідження та обговорення. У процесі досліджень з'ясовано, що методика CrossFit є інноваційним видом рухової активності, який користується популярністю серед молоді та має низку переваг. CrossFit включає вправи з різних видів спорту: важкої і легкої атлетики, пауерліфтингу, гімнастики та ін. Різноманітність, доступність та універсальність вправ системи CrossFit дозволяє їх використовувати, як на заняттях з фізичного виховання, так і в процесі самостійних занять фізичними вправами студентів з метою удосконалення фізичної підготовленості та підвищення інтересу. За результатами дослідження встановлено, що 15% студентів I курсу мають астеничний тип тілобудови, 20% – пікнічний і 65% – нормостеничний. Серед студентів II курсу визначено аналогічне співвідношення типів тілобудови, а саме: астеничний – 15%, пікнічний – 28% і нормостеничний – 57%. Вивчення морфологічних особливостей студентів з різним типом тілобудови включало вимірювання довжини, маси та обхватних розмірів тіла. У ході проведення констатуючого експерименту нами були визначені показники просторової організації тіла студентів, як характерної ознаки кожного типу тілобудови. Розгляд результатів тестових вправ, що характеризують фізичну підготовленість, зафіксував погіршення середніх значень майже всіх показників студентів II курсу незалежно від типу їх тілобудови порівняно з даними студентів I курсу. Отримані у ході констатувального експерименту дані та визначена спрямованість етапів практичної реалізації самої технології дозволили нам розробити п'ятнадцять комплексів фізичних вправ щодо розробки загальної структури занять на підставі «блоково-модульного» принципу їх побудови, які були об'єднані у відповідні модулі. Для підготовчої частини заняття нами були розроблені два комплекси фізичних вправ, що склали модуль «розминка». Для заключної частини заняття нами були запропоновані два комплекси вправ відновлювальної спрямованості, які були поєднані у відновлювальному модулі. Для вирішення завдань корекції тілобудови студентів, зменшення або збільшення їх маси тіла та обхватних розмірів, зміцнення структури та покращення функції м'язової і кісткової систем для основної частини практичних занять було запропоновано 11 фізичних вправ, що за своєю спрямованістю включені до аеробного модуля, силового модуля, модуля «стретчінг» та модуля «кросфіт». Система «кросфіт» на сьогодні класифікується, як один з напрямів сучасного оздоровчого фітнесу, що об'єднує вправи силової і аеробної спрямованості, пліометрики та інших видів рухової активності. Ефективність запропонованої технології достовірно підтвердили експериментально. Застосування CrossFit у фізичному вихованні студентів потребує подальшого дослідження у напрямку розробки методичних підходів до його використання.

Висновки. Вперше теоретично обґрунтована технологія корекції тілобудови студентів, що має виражену оздоровчу спрямованість, структурними компонентами якої є мета, завдання, принципи, засоби і методи, а також етапи її практичної реалізації. Технологія включає сукупність комплексів і варіантів фізичних вправ, що дозволяють адресно надавати педагогічний вплив і проводити поточний контроль за ефективністю проведення корекційних заходів у процесі фізичного виховання студентів. Запропоновано комплекси фізичних вправ системи «кросфіт» для корекції тілобудови студентів у процесі фізичного виховання. Розширено та науково-обґрунтовано підходи щодо організації та планування занять з фізичного виховання студентів з різними типами тілобудови.

ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧА ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

*Солдатенко В.Г., викладач кафедри спортивних дисциплін
ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»*

Головними напрямками фізкультурно-оздоровчої діяльності загальноосвітніх навчальних закладів визначені забезпечення та розвиток фізичного і морального здоров'я школярів, комплексний підхід до формування розумових і фізичних якостей особистості, вдосконалення фізичної та психологічної підготовки до активного життя і професійної діяльності на принципах індивідуального підходу, пріоритету оздоровчої спрямованості, систематичності цього процесу тощо.

За роки навчання в освітніх установах північної частини Луганщини спостерігається прогресуюче погіршення стану здоров'я учнів: 70% функціональних розладів переходять в стійку хронічну патологію. До закінчення школи у 4-5 разів зростає захворюваність органів зору та опорно-рухового апарату, в 3 рази – органів травлення, в 2 рази – число нервово-психічних розладів. Особливо слід відзначити збільшення в 5 разів числа дітей із захворюваннями ендокринної системи і в 2 рази – із захворюванням на туберкульоз. До закінчення школи 80% дівчат мають хронічні захворювання, які згодом можуть вплинути на їх репродуктивний потенціал (перебіг вагітності, пологи, здоров'я новонароджених). Проведені нами поглиблені дослідження свідчать, що реально стан здоров'я дітей гірше, ніж це реєструють шкільні документи. Причому, чим старше дитина, тим менш достовірні відомості шкільної медичної документації.

Мета роботи – проаналізувати показники фізичного здоров'я старшокласників загальноосвітніх навчальних закладів Луганщини, для подальшої роботи зі здобувачами вищої освіти, адаптувати їх до навчання у закладах вищої освіти та приділити увагу проблемі фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Найбільш значний приріст порушень стану здоров'я відзначений у найбільш критичні періоди дитинства: у молодших школярів – в 7, 10 років і

у підлітків у період від 12 до 17 років. При цьому вважається, що негативний вплив внутрішньо шкільного середовища і, перш за все, перевантажень в початковій школі становить 12%, а в старшій – 21%. Багато дослідників відзначають чітку залежність числа і характеру порушень в стані здоров'я школярів від обсягу та інтенсивності навчальних навантажень. Так, вивчення стану здоров'я старшокласників, що навчаються в ліцеях і гімназіях, показало, що в порівнянні з учнями звичайних шкіл ці діти мали гірші показники здоров'я. Погіршення здоров'я учнів шкіл з підвищеною навчальним навантаженням в динаміці шкільного навчання відбувалося більш швидкими темпами, ніж в класичній школі. Все це дозволяє зробити висновок, що інтенсифікація навчання, не підкріплена системою оздоровчих заходів, призводить до значно більш вираженим змінам у стані здоров'я дітей.

Показано, що серед чинників, що формують здоров'я, частка впливу так званих «факторів», у тому числі педагогічних, становить 20%, тоді як вплив медичного забезпечення оцінюється лише в 10-15%. Недотримання шкільних санітарно-гігієнічних норм і рекомендацій, надмірне навчальне навантаження, порушення режиму дня, стресова тактика авторитарної педагогіки, невідповідність навчальних програм віковим і функціональним можливостям учнів сприяють зростанню порушень у стані здоров'я школярів. Отже, лише спільними зусиллями медичних працівників і педагогів при зацікавленості батьків можлива мінімізація впливу несприятливих факторів навчання на здоров'я дітей. Особливе місце в цьому оздоровчому процесі відводиться освітній системі, перш за все за рахунок широкого впровадження в діяльність освітніх закладів так званих здоров'язберігаючих технологій. Зокрема, у багатьох освітніх закладах різних регіонів України є досвід використання таких заходів як спеціальна система профілактики порушень постави, зору, додаткова вітамінізація, комплекс фізіотерапевтичних процедур, загартовування та ін.

Загальний аналіз показав, що в більшості шкіл північної Луганщини системний підхід до збереження та зміцнення фізичного здоров'я учнів практично відсутній, обмежуючись разовими, короткочасними або вузькоспеціалізованими заходами.

Особливого значення набуває пошук ефективних методичних підходів для прищеплення учням інтересу до занять фізичною культурою та впровадження новітніх технологій у систему шкільного фізичного виховання. Школи мають, принаймні, три очевидні переваги в плануванні фізичної активності учнів, а саме школи відвідують люди в тому віці, коли відбуваються найбільш значні зміни в їх розвитку. На жаль, рівень фізичної підготовленості є тимчасовою категорією і відбиває попередній досвід, оскільки дитині не гарантований такий же рівень фізичної підготовленості в дорослому житті, якщо він не залишатиметься активним. Природно, що користь для здоров'я, пов'язана з фізичною активністю і підготовленістю, істотна тільки тоді, коли підтримуються відповідні рівні активності і підготовленості. Цілеспрямований процес формування і підтримки

необхідної фізичної підготовленості учнів – це істотний освітній компонент фізичного виховання. У нашому суспільстві дійсно оцінюється фізична активність протягом усього життя як дуже важливий стиль поведінки для зміцнення здоров'я. Фізично активні люди мають тенденцію бути здоровішими і більш пристосованими до того, щоб насолоджуватися життям якнайповніше, тоді як фізично пасивні люди страждають від різноманітності хвороб.

Таким чином, негативна динаміка стану здоров'я в процесі навчання обумовлюють необхідність вдосконалення роботи освітніх установ в напрямку формування фізичного здоров'я учнів. У вирішенні проблеми стану здоров'я дітей, що навчаються в освітніх установах, необхідний комплексний підхід, що включає зусилля як системи освіти, так і охорони здоров'я.

КОРЕКЦІЯ СТАНУ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ПРИ НАВЧАННІ

¹Усенко С.А., ¹Дяченко М.С., ²Усенко С.Г.

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Харківський національний медичний університет

Процес навчання молоді у закладах вищої освіти визначається напруженням розумової діяльності, що відображається на процесі психофізіологічної адаптації і не завжди може завершуватися формуванням необхідних оптимальних параметрів функціональної системи забезпечення роботи.

У динаміці навчання молоді, яка засвоює спеціальність державного службовця, було встановлено позитивний характер змін ряду функціональних показників ментального здоров'я. Латентний період зоровомоторної реакції зменшувався з $251,98 \pm 4,92$ мс на початку до $198,65 \pm 4,87$ мс всередині навчання ($P < 0,01$) і до $141,81 \pm 3,55$ мс в кінці навчання ($P < 0001$).

Число розгальмованих диференційовок також було відносно стабільним протягом першої половини навчання і достовірно змінювалося з середини до кінця навчання від $34,00 \pm 2,57\%$ до $20,40 \pm 1,56\%$ ($P < 0,01$).

Відносною стабільністю протягом навчання відрізнялися показники сили нервових процесів, при цьому її індекс дещо підвищувався всередині навчання і знов повертався до похідних значень наприкінці навчання.

Таким чином, для корекції стану ментального здоров'я молоді, яка навчається, необхідним є наукове обґрунтування критеріїв прогнозування та ранньої діагностики до нозологічних станів, пов'язаних з нервово-емоційною напругою та можливим зривом процесу професійної та психофізіологічної адаптації студентської молоді.

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ

Чайка Н.П., викладач

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

Проблема здоров'я людини є основною для сучасної цивілізації. Головне місце займає проблема здоров'я підростаючого покоління, без вирішення якої у будь-якої країни немає майбутнього.

Глобальна проблема здоров'я і довголіття пов'язана з іншими глобальними проблемами, що викликають захворювання, що сприяють їх поширенню, що скорочують працездатний і репродуктивний вік людини і тривалість її життя. До таких можна віднести:

- погіршення екологічної ситуації, виснаження ресурсів і погіршення їх якості;
- демографічний вибух і перенаселення у ряді країн, що розвиваються;
- недолік продовольства і його низька якість, голод і недоїдання;
- урбанізація і зростаючий рівень чинників стресу.

Глобальна проблема стану здоров'я сьогодні конкретизується:

- висока дитяча смертність і невелика тривалість життя (до 60 років) в країнах, що розвиваються, і країнах колишнього соціалістичного табору (Євразія);
- зростаюча динаміка смертності від так званих «хвороб цивілізації» (серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання легенів та інші) і захворювань з неінфекційною етіологією (рак, діабет і так далі): більше 36 млн. щорічно;
- залежність смертності від серцево-судинних захворювань, що залежить від рівня доходів населення: понад 80% смертей від серцево-судинних захворювань доводяться на країни з середнім і низьким рівнем доходу на душу населення;
- зростаюча смертність від інфекційних захворювань;
- швидке поширення СНІДУ;
- висока смертність від епідемії інфекційних захворювань, які вважалися вже переможеними (віспа, малярія, кір, менінгіт, чума, холера);
- збільшення числа психічних захворювань (наприклад, шизофренія);
- зростання числа суїцидів (особливо, в розвинених країнах і країнах з перехідною економікою);
- поява нових смертоносних інфекцій (лихоманка Ебола, MERS, COVID - 19).

Педагоги, психологи, соціологи визначили поняття «здоров'я» як синтетичну категорію, що включає: фізіологічну, моральну, інтелектуальну і психічну складові.

Працівники фізичної культури і спорту, лікувальної фізичної культури розглядають «здоров'я» як структуру людини в цілому, функціонування його

органів і систем, відсутність скарг і хворобливих відчуттів, в якості головного критерію здоров'я індивіда.

Одним з основних показників оптимального стану людського організму є його адаптаційні здібності і можливості. Ритм життя сучасної людини висуває високі вимоги до трудової, соціальної, громадської діяльності, при цьому, високі інформаційні, комунікативні навантаження на психіку людини роблять у край негативний вплив на його організм.

Не можна забувати про власне здоров'я, треба систематично займатися фізичними вправами, фізичною культурою, вести здоровий спосіб життя. Саме це є фундаментом успішної кар'єри, реалізуючи актуальний і сьогодні принцип гармонійного розвитку людини, в якій прекрасно все: і особа, і одяг, і душа, і думки (А.П. Чехов).

Здорова людина, передусім той, хто адекватно, без хворобливих відчуттів пристосовується до змін в довкілля, здатний в нових умовах повноцінно виконувати свої професійні і соціальні функції.

РОЛЬ СЛУЖБИ ОХОРОНИ ПРАЦІ НА ПЕРІОД ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ

Чернишова М.С., викладач

ВСП «Бахмутський індустріальний фаховий коледж ДВНЗ «Дон НТУ»

З метою захисту робітників на підприємствах створюється служба охорони праці. Згідно із Законом України «Про охорону праці» служба охорони праці створюється роботодавцем для організації виконання правових, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних, соціально-економічних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання нещасним випадкам, професійним захворюванням і аваріям в процесі праці.

Студенти нашого коледжу відвідують промислові підприємства в період проходження виробничої та переддипломної практик. Вони вперше знайомляться з технологічними процесами на підприємстві, з роботою центральних заводських лабораторій. Служба охорони праці допомагає студентам в адаптації, проводить відповідну роботу з метою безпечного відвідування підприємств. Основні завдання служби охорони праці: навчання студентів безпечним методам праці та пропаганда питань охорони праці; забезпечення безпечності технологічних процесів, нормалізація санітарно-гігієнічних умов праці; забезпечення працівників засобами індивідуального захисту; забезпечення оптимальних режимів праці та відпочинку; організація лікувально-профілактичного обслуговування.

Служба охорони праці входить до структури підприємства, яка є однією з основних виробничо-технічних служб і підпорядковується роботодавцю. Ліквідація служби охорони праці допускається тільки в разі ліквідації підприємства.

На підставі Типового положення з урахуванням специфіки виробництва опрацьовуються роботодавцем «Положення про службу охорони праці підприємств, установ і організацій». Працівники служби охорони праці у своїй діяльності керуються законодавством про працю, міжгалузевими і галузевими нормативними актами з охорони праці і «Положенням про службу охорони праці підприємств, установ і організацій». Вони не можуть бути притягнені до виконання функцій, не передбачених Законом «Про охорону праці» та Типовим положенням.

Основні функції служби охорони праці: опрацьовує ефективну цілісну систему управління охороною праці, сприяє удосконаленню діяльності у цьому напрямку кожного структурного підрозділу і кожної посадової особи; проводить оперативно-методичне керівництво роботою з охорони праці; складає разом зі структурними підрозділами підприємства комплексні заходи щодо досягнення встановлених нормативів безпеки, гігієни праці та виробничого середовища організовує забезпечення працівників правилами, стандартами, нормами, положеннями, інструкціями та іншими нормативними актами з охорони праці; проводять паспортизацію цехів, дільниць, робочих місць щодо відвічності їх вимогам охорони праці.

Служба охорони праці веде облік, аналіз нещасних випадків, професійних захворювань і аварій, а також шкоди від цих подій; готує статистичні звіти підприємства з питань охорони праці. Розробляє перспективні та поточні плани роботи підприємства щодо створення безпечних та нешкідливих умов праці; організовує роботу методичного кабінету охорони праці, де з кожним студентом проводиться індивідуальна роз'яснювальна робота з приводу перебування особи на підприємстві; ведеться пропаганда безпечних та нешкідливих умов праці шляхом проведення консультацій, оглядів, бесід, лекцій. При стажуванні на робочих місцях зі студентами проводять інструктажі з техніки безпеки з метою уникнення нещасних випадків.

Служба охорони праці контролює: дотримання чинного законодавства, міжгалузевих, галузевих та інших нормативних актів, виконання працівниками посадових інструкцій з питань охорони праці; проведення навчання та інструктажів студентам та працівникам підприємства, атестації та переатестації з питань безпеки праці посадових осіб та осіб, які виконують роботи підвищеної небезпеки, а також дотримання вимог безпеки під час виконання цих робіт.

Щоб забезпечити безпечні умови перебування студентів на підприємствах в період практики працівники служби охорони праці відвідують цеха, лабораторії де проходять стажування студенти, структурні підрозділи підприємства, у разі необхідності зупиняють роботу виробництва, дільниць, машин, механізмів, устаткування та інших засобів виробництва у разі порушень, які загрожують життю або здоров'ю працівників.

Служба перевіряє стан безпеки студентів та працівників на робочих місцях; гігієни праці та виробничого середовища на об'єктах підприємства;

порушує клопотання про заохочення працівників, які беруть участь у підвищенні безпеки та поліпшенні умов праці.

ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ПОСТАНОВКА ГОЛОСУ» З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОЕКТНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

*Чумакова К.С. викладач постановки голосу
КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»*

В умовах постійного зростання потоку інформації, що надходить з різноманітних джерел, та збільшення обсягу навчального матеріалу, що мають засвоїти студенти, постають певні актуальні питання: пошук шляхів модернізації освітнього процесу, розвиток навичок самостійної роботи студентів, впровадження інноваційних технологій, що сприятимуть кращому опануванню необхідних знань, умінь та навичок у різних видах діяльності.

Проектні технології та дослідницько-пошукова робота є одним із важливих засобів підвищення якості навчальної діяльності студентів та формування професійних компетенцій майбутніх фахівців. Володіння проектними технологіями, уміння творчо і самостійно працювати з навчальним матеріалом – одні з головних критеріїв, що дозволять кожному майбутньому вчителю музичного мистецтва сформулювати свій особистий підхід у роботі з учнями. Основним завданням дослідницько-пошукової роботи студента є: поглиблене та різнобічне опрацювання навчального матеріалу; формування навичок самостійної роботи; розвиток креативного мислення; використання сучасних освітніх медіа-технологій та Інтернет-ресурсів.

Варто зазначити, що поняття «дослідницько-пошукова діяльність» досить нове, воно розглядалося незначною кількістю науковців, зокрема І.Б.Карнауховою та О.П.Павленко, але у теорії та практиці вищої освіти накопичено значний досвід, що може стати основою для побудови системи дослідницько-пошукової підготовки майбутнього фахівця. За висновками досліджень видатних педагогів-новаторів впровадження дослідницько-пошукової діяльності в процес професійної підготовки майбутніх фахівців покращує засвоєння навчального матеріалу, зменшує час на вирішення стандартних і розв'язання нестандартних завдань, стимулює творчий потенціал, зумовлює позитивне ставлення до навчальних дисциплін.

Важливою складовою дослідницько-пошукової діяльності є вільне володіння засобами інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Впровадження ІКТ в освітній процес досліджували А.А.Андрєєв, І.М.Богданова, В.М.Галузяк, Р.С.Гурін, М.І.Жалдак, Т.І.Койчева, А.С.Нісімчук, О.С.Падалка, І.П.Підласий, М.І.Сметанський, О.Т.Шпак, В.І.Шахов та інші. Як доведено науковцями і підтверджено практикою, мультимедійні технології навчання відкривають нові дидактичні можливості для вирішення навчально-виховних завдань.

Створення дослідницько-пошукового проекту починається з вибору теми, пошуку джерел інформації. Зміст проекту повинен включати поетапне виконання пошукових завдань та презентацію результатів роботи.

Головне завдання педагога – створити оптимальні умови для прояву пізнавальної активності студентів. Для цього слід враховувати пізнавальні інтереси й потреби сучасної молоді, вчити оволодівати загальними способами дії при розв'язанні практичних або пізнавальних завдань, поступово підводити до самостійного пошуку та аналізу матеріалу. При цьому нова інформація обов'язково інтегрується з попередніми знаннями.

Дослідницько-пошукова робота майбутніх педагогів-музикантів є продовженням і поглибленням освітнього процесу і виконується як у позааудиторний час, так і під час індивідуальних занять з постановки голосу.

Під час вивчення музичного матеріалу на заняттях постановки голосу студенту дається завдання знайти інформацію про автора пісні, його творчий та життєвий шлях (ілюстрації, фото-, відеоматеріали). Вивчаючи програму до академічного концерту, студентам III курсу м/в пропонують знайти наочні матеріали та фонограму (мінус) до пісні. Для студентів IV курсу м/в проводиться інтегрований академічний концерт-конкурс на краще виконання пісні середнього шкільного віку. Готуючись до конкурсу, майбутній педагог опрацьовує інформацію про композитора, поета, збирає матеріал для складання вступної бесіди до твору (ілюстрації), створює презентацію до шкільної пісні. Це дає змогу студенту застосовувати різноманітний арсенал наочних засобів навчання.

Невід'ємною та важливою складовою роботи викладача і студента є знайомство з творчістю видатних діячів вокального мистецтва. З цією метою регулярно проводяться позааудиторні заходи: лекції-концерти, літературно-музичні композиції, випуски відео-газети, присвячені творчості видатних співаків та композиторів. Впровадження дослідницько-пошукових проектів у виховну роботу дозволяє залучати студентів старших курсів для активної участі у підготовці та проведенні позааудиторного заходу. Готуючись до презентації проекту студенти самостійно (під керівництвом викладача) збирають та опрацьовують матеріал про життя і творчість композитора або співака.

Так, наприклад, у рамках вивчення творчості сучасних композиторів «Золоті голоси Донбасу» розроблений проект, де студенти зібрали та опрацьовали матеріали про життєвий і творчий шлях співаків, які прославили наш край і зокрема Бахмутську землю. Це А.Солов'яненко, Є.Мартинов, І.Дімарін, О.Василь'єв.

Такий вид роботи сприяє розвитку навичок самостійної роботи, творчого підходу до презентації навчального і музичного матеріалу, формуванню потреби у постійному самовдосконаленні, вихованню музичного смаку та любові до вокального мистецтва.

Вміле використання інноваційних технологій, творча співпраця викладача і студента, створення максимальних умов для розкриття і реалізації практичних навичок дослідницько-пошукової роботи підвищують

якість освітнього процесу та сприяють формуванню професійних компетенцій майбутніх фахівців.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДІА-ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ В КУРСІ ВИКЛАДАННЯ ОКРЕМИХ МЕТОДИК З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ СПЕЦДИСЦИПЛІН

Швець Є.О., викладач методики формування елементарних математичних уявлень

КЗ «Бахмутський педагогічний фаховий коледж»

Протягом останніх двох десятиліть років, відбувається процес переходу від традиційного навчання до навчання на базі комп'ютерних технологій. Сучасні інформаційні технології дають змогу підвищити та вдосконалити ефективність освітнього процесу. Під час реформування освіти у закладах вищої освіти прогресивно розробляється концепція дистанційної освіти, що передбачає розробку різноманітних технологій, у тому числі технології змішаного навчання.

Дистанційне навчання – це спосіб отримання освіти із використанням комп'ютерних та сучасних інформаційних технологій, що надає студентам змогу навчатися на відстані, без відриву від роботи та виїзду за кордон.

Дистанційна форма навчання має ряд беззаперечних переваг. Зокрема, здобувач вищої освіти може навчатися у зручний для нього час, у звичному оточенні та у відносно автономному темпі.

Проте, система дистанційного навчання має і недоліки. По-перше, для успішної корекції навчання та адекватного оцінювання важливо мати безпосередній контакт із здобувачем. Крім того, неможливо точно перевірити, чи саме та людина працює, виконує завдання чи це робить хтось інший. Тому остаточний контроль якості знань все ж таки проводиться на очній сесії. Крім того, не у всіх населених пунктах є можливість доступу до мережі Інтернет зв'язку. І найголовніше, при дистанційному навчанні втрачається безпосередній контакт між викладачем та студентом.

За умови дистанційного навчання активна роль викладача не зменшується, оскільки він має визначити рівень знань здобувача, та прийняти рішення щодо коригування програми навчання з тим, щоб домогтися найкращого засвоєння пройденого матеріалу. За потреби студент може отримати консультативну допомогу викладача, спілкуючись з ним в онлайн режимі, безпосередньо використовуючи Інтернет як засіб зв'язку.

Досвід використання дистанційної форми навчання виявив іще одну особливість, а саме – велике навантаження на зір у зв'язку з необхідністю тривалий час перебувати за комп'ютером.

Одним з головних інструментів успіху дистанційного навчання є застосування інформаційно-цифрових технологій в освітньому процесі.

Протягом дистанційного навчання при викладанні предмету «Методика формування елементарних математичних уявлень», віддаю перевагу медіа та інтерактивним засобам. Дієвими вважаю навчальні презентації, відео під час проведення лекційних, практичних та семінарських занять. Також надаю перевагу в роботі webсервісам Googleclass та Cooglmeet які сприяють створенню інтерактивного контенту для комунікації, спільної роботи зі студентами.

Інколи на заняттях використовую смартфон з метою сучасного способу подання інформації. Студенти знаходять необхідний матеріал, користуючись власним телефоном. Таким чином заняття набуває динамічного, ефективного викладання матеріалу.

Не залишаю без уваги студентів під час дистанційного навчання допоміжні матеріали, які публікую на googl-платформі з метою допомоги підготуватися до занять. Це – презентації, електронні лекції, зразки для підготовки до практичних занять. З метою створення умов для педагогічної активності, створювала нові дидактичні матеріали: презентації, завдання для опитування, а також інші дидактичні засоби і методичні матеріали, що забезпечують та підтримують навчальний процес.

Варто підкреслити, що дистанційний курс, порівняно з традиційним навчанням, вимагає більшої гнучкості, детальнішої розробки змісту, ретельнішого планування, підтримки слухачів. Дистанційне навчання допомагає студентам і викладачам підвищувати ефективність навчального процесу.

Адже використання сучасних цифрових технологій у світі стало не просто трендом, але й необхідністю.

РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ З ФІЗИКИ ЯК ЗАСІБ МОТИВАЦІЇ УЧНІВ ДО НАВЧАННЯ

Шепель О.А., учитель фізики

Бахмутська ЗОШ I-III ступенів №12 Бахмутської міської ради Донецької області

Впровадження рейтингового оцінювання базових предметів, у тому числі фізики, може розглядатися як інструмент мотивування здобувачів освіти до досягнення високих рейтингових позицій та визначення подальшої успішної освітньої траєкторії.

В умовах безперервного розвитку системи освіти, багаторівневості освітніх процесів, неухильного удосконалення змісту освіти, впровадження нових дидактичних технологій усе відчутнішого розвитку набувають інтегративний характер змісту освіти, комплексний характер контролю навчальної діяльності учнів. У рамках даної проблеми була поставлена задача: проаналізувати рейтингову систему оцінювання знань учнів з курсу загальної фізики, поєднавши її з відомими на цей час шкалами оцінювання знань та вмінь учнів з метою створення мотиваційного поля шкільної освіти.

Мета дослідження: проаналізувати вплив рейтингової системи оцінювання з фізики на розвиток мотивації учнів до навчання.

Інструментом підвищення якості реформування змісту освіти є вдосконалення системи оцінювання, тобто успішності учнів, що на сьогодні посилюється також інтеграційними процесами в Європі. З метою визначення основних критеріїв удосконалення системи оцінювання в багатьох країнах світу на сучасному етапі відбувається процес розробки таких ключових питань, які є базовими для оцінювання: досягнення особистості в порівнянні з іншими учнями (оцінювання відносно норми) або відносно незалежного стандарту (оцінювання відносно критерію); засоби перевірки для встановлення правдоподібності оцінювальних рішень; забезпечення якості оцінювального процесу.

Успішне вирішення означених проблем дасть змогу побудувати досконалу систему оцінювання рівня навченості підростаючого покоління в Україні, що стане важливим кроком для забезпечення кардинального підвищення якості середньої загальної освіти.

Рейтинг – поширена в останні роки система, яка дозволяє здійснювати контроль результатів процесу навчання, систематизувати інформацію про успіхи учнів. У школі рейтинг з самого початку здійснював і здійснює організуючу функцію: допомагає зробити результати освітнього процесу відкритими і доступними для всіх охочих, є показником навчальної діяльності дітей для батьків, служив інструментом підвищення мотивації для учнів.

Рейтингова система в школі являє собою кількісну характеристику якості навчальної діяльності, котра виражена в балах і націлена на стимулювання ритмічної, зацікавленої, активної роботи здобувачів освітніх послуг. Це індивідуальний сумарний показник рівня навчальних досягнень учня та його відношення до процесу навчання, що встановлюється на кожному етапі поточного, періодичного й підсумкового контролю знань.

Основною метою рейтингової системи є підвищення якості підготовки учня. Серед головних задач рейтингової системи можна назвати стимулювання пізнавальної діяльності, регулярної самостійної навчальної роботи здобувачів освітніх послуг протягом усього семестру; підвищення їх мотивації оволодіння освітніх програм; формування позитивного досвіду самоосвіти та самовиховання; підвищення рівня організації освітнього процесу в ЗЗСО.

Мотивація учнів до навчання є однією з основних складових освітнього процесу. Проаналізувавши різні підходи до підвищення навчальної мотивації учнів, у школі була створена рейтингова система оцінювання. На початковому етапі – це середній бал успішності учня з усіх предметів за семестр і рік. З одного боку, учні мають можливість порівняти свої результати успішності з іншими результатами по школі, побачити своє місце розташування відносно інших. З іншого боку, учні порівнюють себе з собою протягом всього періоду навчання.

Результати рейтингу дуже важливі не тільки для дитини і педагогів, а й для батьків. Зайшовши на сайт школи, батьки можуть побачити динаміку навчального рейтингу своєї дитини, і місце розташування на фоні успішності всієї школи, класу, у якому вона навчається.

Аналізуючи результати роботи щодо введення рейтингу, можна відзначити його позитивний вплив на мотивацію учнів до навчання (про що говорить підвищення коефіцієнта якості знань), а також вважати рейтинг одним з інструментів управління освітнім процесом, тому що картина успішності кожного учня дуже прозора.

До переваг рейтингової системи оцінювання належить той факт, що школярів особливо приваблює елемент змагання, наявний у цій системі. Навіть ті учні, які впродовж року посідали останні місця, прагнуть поліпшити свої показники, «борються» за кожну соту балу. Підвищується навчальна дисципліна, знижується число пропусків, бо якщо учень, навіть з поважної причини, пропустив певний етап, його необхідно відпрацювати в позаурочний час. Але головна перевага рейтингової системи в тому, що знання й уміння учнів оцінюються об'єктивніше, оскільки всі зароблені бали враховуються та мають рівні переваги. Це дозволяє вчителю ефективно контролювати освітній процес і повніше реалізувати можливості диференційованого навчання, а учні, у свою чергу, відчувають велику відповідальність за результати свого навчання, що має неабияке виховне значення для підготовки випускників до нових реалій життя нашого суспільства.

Недоліками можна вважати: зростання навантаження на учителя при підборі завдань рейтинг-контролю, його тиражуванні, перевірці робіт, оформленні стенду результатів. Але саме рейтингова система дає можливість ефективно вирішувати проблему різнорівневого оцінювання знань і умінь учнів з фізики, що призводить до зростання якості знань.

Отже, рейтингова система оцінювання є ефективним інструментом мотивації здобувачів освітніх послуг у процесі вивчення фізики. Вона є відкритою для педагогів, учнів та їх батьків, дозволяє відстежити освітню траєкторію учнів у режимі рейтингу.

ОЗДОРОВЧА ФУНКЦІЯ ШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ

*Щурова Н.В., ст. викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та
здоров'я людини*

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

Важливим стратегічним напрямом загальноосвітніх навчальних закладів є вирішення проблем комплексної реалізації оздоровчої функції шкільної освіти, забезпечення фізичного й духовного здоров'я учнів. До нових соціальних функцій освіти слід віднести й соціально-терапевтичну, що покликана значно підвищити рівень готовності особистості випускника до

успішної життєдіяльності в складних умовах соціального середовища, попередження нервово-психічних і соматичних захворювань та виникнення залежностей від психотропних речовин через оздоровлення психіки людини в цілому, розвиток її особистісних якостей, які потрібні для гармонізації соціальних зв'язків і збереження здоров'я. У наш час учень повинен мати можливість пізнати себе, особливості людського організму, основні засоби здорового способу життя, запобігання різним захворюванням, шкідливим звичкам; уміти керувати своїм здоров'ям, що дасть їй шлях до повноцінного життя. Сьогодні дуже важливо під час навчання в школі навчити самому піклуватися про власне здоров'я, сформуванню установки на підтримку власного здоров'я без застосування медикаментозних засобів.

Мета роботи – визначити особливості використання системи оздоровчих заходів під час навално-виховного процесу як умови збереження здоров'я учнів.

Багато дослідників відзначають чітку залежність числа і характеру порушень в стані здоров'я школярів від обсягу та інтенсивності навчальних навантажень. Отже, лише спільними зусиллями медичних працівників і педагогів при зацікавленості батьків можлива мінімізація впливу несприятливих факторів навчання на здоров'я дітей. Особливе місце в цьому оздоровчому процесі відводиться освітній системі, перш за все за рахунок широкого впровадження в діяльність освітніх закладів так званих здоров'язберігаючих технологій. Зокрема, у багатьох освітніх закладах різних регіонів України є досвід використання таких заходів як спеціальна система профілактики порушень постави, зору, додаткова вітамінізація, комплекс фізіотерапевтичних процедур, загартовування та ін. Все ширше в системі харчування дітей шкільного віку використовуються продукти функціонального харчування: збагачені вітамінами і мінералами. Активно розробляються нові інноваційні технології навчання, в основі яких лежить інформаційно-діяльний підхід. У діяльність освітніх закладів впроваджуються сучасні технології розвиваючого естетичного комплексу, що перетворюють освітній процес в вільний і легкий, привабливий і цікавий для учнів, сприяють освоєнню всього спектру видів навчальної діяльності.

Створення оптимальних можливостей для реалізації власного потенціалу кожної дитини є одним із вагомих кроків до формування здоров'язберезувального навчального середовища. Педагоги підтримують сприятливі умови для ефективного корекційного навчання, виховання та розвитку дитини, допомагаючи їй реалізувати власний потенціал. Саме тому необхідно створити такі умови навчання, які б забезпечили збереження та зміцнення їх стану здоров'я або хоча б не впливали негативно на фізичний і духовний розвиток. Одним із напрямів розв'язання цієї проблеми є, на нашу думку, створення у загальноосвітньому навчальному закладі здоров'язберезувального навчального середовища.

Переконана, що основними напрямками створення освітньо-виховної діяльності в здоров'язберігаючому середовищі є:

- створення умов для зміцнення здоров'я школярів та їхнього гармонійного розвитку;
- організація навчально-виховного процесу з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу на організм учня;
- розробка і реалізація навчальних програм з формування культури здоров'я і профілактики шкідливих звичок;
- корекція порушень здоров'я з використанням комплексу оздоровчих і медичних заходів;
- медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку школярів;
- функціонування служби психологічної допомоги вчителям і учням щодо подолання стресів, тривожності, гуманного підходу до кожного учня, формування доброзичливих відносин у колективі;

Особливого значення набуває пошук ефективних методичних підходів для прищеплення учням інтересу до занять фізичною культурою та впровадження новітніх технологій у систему шкільного фізичного виховання.

Сьогодні урок, як основна форма організації навчально-виховного процесу, вже не вважається сучасним, якщо у дитини під час його проведення погіршується здоров'я. Тому обов'язковими на уроках є фізкультхвилинки, практика яких, на жаль, нівелюється. Вони дозволяють знімати стан утомленості на уроці, ослабити психологічну напруженість, викликану інтенсивністю занять і просто дати дитині можливість порухатися.

Таким чином, високий рівень функціональних порушень і хронічної патології у школярів, негативна динаміка стану здоров'я в процесі навчання обумовлюють з одного боку високу актуальність наукових досліджень в цій області, з іншого – необхідність вдосконалення роботи освітніх установ в напрямку збереження, зміцнення і формування здоров'я учнів. У вирішенні проблеми стану здоров'я дітей, що навчаються в освітніх установах, необхідний комплексний підхід, що включає зусилля як системи освіти, так і охорони здоров'я і потребує пильної уваги всіх зацікавлених у цьому: педагогів, медиків, батьків, представників громадськості.

III. МОЛОДЬ І НАУКА

ГЕНОТЕРАПІЯ: МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Білогур О., учениця 10 класу

Науковий керівник: Мельникова Л.Ю., вчитель біології

Іванівський ЗЗСО I-III ступенів Бахмутської міської ради Донецької області



Традиційні методи лікування на сьогодні вважаються недостатніми, адже їх виключне застосування не здатне забезпечити необхідного результату. Зважаючи на це, науковці та медики працюють над новими – експериментальними – методами терапії, одним із яких є генотерапія. Вона не передбачає ані використання медичних

препаратів, ані хірургічного втручання, оскільки уможливорює безпосередній вплив на пошкоджені гени, які і є причиною виникнення багатьох захворювань.

Генотерапія стає одним із найважливіших інструментів медицини XXI століття.

Генотерапія - це лікування захворювань шляхом заміни дефектних генів нормальними. Іноді весь, або частина гена несправна, або відсутня з народження, або ген може змінюватися, або мутувати протягом дорослого життя. Будь-якого з цих варіацій може порушити спосіб виготовлення білків, що може сприяти проблемам зі здоров'ям, або розвитку захворювання. У генній терапії вчені можуть замінити ген, який викликає медичну проблему, таким, який здоровий, додати гени, щоб допомогти організму боротися або лікувати захворювання, або вимкнути гени, які викликають проблеми.

Види генотерапії:

- Соматична генотерапія – введення генів у соматичні клітини пацієнта;
- Позаорганізмova генотерапія – введення генів у культивовані клітини і пересадка цих клітин пацієнтам.

Генотерапію можна використовувати для модифікації клітин всередині, або поза організмом, у пацієнта може бути взята кров, кістковий мозок, або інша тканина, а в лабораторії можуть відокремитися конкретні типи клітин. Вектор, що містить важний ген, вводиться в ці клітини. Клітини залишаються, щоб розмножуватися в лабораторії, а потім вводяться назад хворому, де вони продовжують розмножуватися і врешті дають бажаний ефект. Генотерапія обіцяє кардинально перетворити медицину та дати шанс пацієнтам, які живуть із важкими та, навіть, невиліковними захворюваннями. Вчені продовжують досягати значних успіхів у генотерапії та прагнуть допомогти прискорити розвиток шляхом оперативного перегляду новаторських методів лікування, які можуть врятувати життя.

Загалом, генна терапія зможе дозволити лікувати ряд таких випадкових хвороб, як недостатність дезамінозногоадонезину (ДАА), гемофілія, муковісцидоз, спінально-м'язову атрофію і обіцяє певні успіхи в лікуванні міопатії, а також ряду інших ракових захворювань. Ще слід досягти певного прогресу, зокрема щодо введення генів, ізолювання та вирощування на склі клітин-носіїв. Проте є всі підстави вважати, що ця форма терапії відтепер є добірною зброєю в лікуванні хвороб, спричинених генетичними аномаліями.

Науковці передбачають, що людство майбутнього ще більше страждатиме від серцево-судинних, онкологічних, ендокринних захворювань, цукрового діабету, психічних патологій, депресій, проблем із репродуктивною функцією та інших розладів, а тому й більше потребуватиме відповідної медичної допомоги. Але так чи інакше, генна терапія в останні роки здійснила потужний прорив вперед. Отже, як ми побачили перспективи генотерапії безмежні. Проте перш ніж компанія може випустити на ринок продукт генної терапії для використання на людях, продукт генотерапії повинен бути протестований на безпеку та ефективність, щоб вчені могли вивчити, чи є ризики терапії прийнятними з огляду на її користь.

Першим успіхом генотерапії став випадок виліковування дитини від тяжкого імунodefіциту за ферментом аденозиндезамінази. 14 вересня 1990р. дівчинці було пересаджено власні лімфоцити із попередньо зміненим геномом. Згодом були здійснено чергові трансфузії генетично змінених Т-лімфоцитів і загальним результатом лікування стало значне поліпшення стану пацієнтки та її нормальний спосіб життя. Нещодавно я дивилась передачу. І дізналась, що зараз в Україні 240 дітей хворих на спінально-м'язову атрофію. Щоб її вилікувати потрібно до 2-ох років ввести дитині генний препарат Zolgensma («Золдженсма»), вартість якого становить 2 млн. 300 тис. доларів. На жаль, Україна – єдина держава в світі, де не лікують такі хвороби. Немає більших пріоритетів, як здоров'я наших дітей в Україні.

Скільки себе пам'ятаю, завжди мріяла стати лікарем. І сьогодні я твердо визначилась, що ним стану. Я вважаю, що лікар – найнеобхідніша і благородна професія, адже лікарі - ангели на землі. Я готова з великою самовіддачею допомагати людям справлятися з їх хворобами, недугами, а також рятувати їх життя.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ СУСПІЛЬСТВА І ПРИРОДИ

Бойко А., Добродум Е., учениці 10 класу

Наукові керівники: Мошегова Т.Г., учитель географії

Пузікова Т.М., учитель суспільних дисциплін

Бахмутська ЗОШ І-ІІІ ступенів №5 з профільним навчанням Бахмутської міської ради Донецької області

На певному етапі біологічної еволюції наші далекі предки «вийшли зі сфери суцільного підпорядкування біологічним законам і самі стали

джерелом творення культурогенного потоку інформації, завдяки чому відбувалася їхня подальша адаптація до дії законів природи: через виробництво, а саме перманентний розвиток і вдосконалення знарядь праці, засоби комунікації – мова, традиції, мораль, звичаї і т.ін. Мінімально змінюючись генетично і вдосконалюючи свої суспільні інститути, людина змогла вижити і розвинути у світі жорсткого природного відбору». Невід'ємною умовою суспільної еволюції став процес навчання і виховання. Французький географ Елізе Реклю дуже влучно сказав: «Людина створює навколишнє середовище по своєму образу і подобі».

Для людства назріла необхідність осмислення і подолання багатьох проблем, які накопичилися за весь період свого існування. Деякі з них мають локальний характер і вирішуються кожним окремо, але є і глобальні проблеми, без вирішення яких людство приречене на загибель. До таких проблем сміливо можна віднести і соціально-екологічні проблеми взаємодії суспільства і природи.

Посилення деструктивного антропогенного і технологічного тиску на навколишнє середовище призводить людство до глобальної екологічної кризи. Протиріччя між зростанням народонаселення і можливість задоволення його матеріально-енергетичних потреб, з одного боку, і обмеженими можливостями природних екосистем - з іншого, набувають антагоністичний характер. Їх загострення загрожує незворотніми змінами біосфери, радикальною трансформацією традиційних природних умов функціонування цивілізації, що створює загрозу життєво важливим інтересам майбутніх поколінь людства. Зміни природного середовища набувають соціальну значимість. Осягаючи закони природи і опановуючи силами природи, суспільство, проте не здатне змінити ці закони або підпорядкувати їх соціальним закономірностям. Демографічний вибух і науково-технічна революція привели до колосального збільшення споживання природних ресурсів.

Швидке зростання промисловості гостро поставило проблему сировинних ресурсів. З усіх видів ресурсів на першому місці за зростанням потреб на нього і по збільшенню дефіциту варта прісна вода. 71% всієї поверхні планети зайнято водою, проте прісна вода становить лише 2% загальної кількості, і майже 80% прісної води знаходяться в льодовому покриві Землі. В цілому на господарсько-побутові потреби вилучається 10% річкового стоку планети. З них 5,6% витрачаються безповоротно. Запаси нафти, вугілля теж не бездонні. Що вже говорити про запаси залізних руд, кольорових металів, горючих копалин, дорогоцінних каменів, мінеральних солей, які вважаються взагалі невідновних ресурсами?

В.І.Вернадський зробив важливий висновок про те, що людям необхідно усвідомити не тільки свої інтереси і потреби, а й свою планетарну роль як трансформаторів енергії і речовини по земній поверхні на основі нових способів використання інформації.

Глобальні процеси, викликані людьми, повинні відповідати організованості біосфери, що склалася задовго до появи людини. Люди

цілком здатні пізнати об'єктивні закони організованості біосфери і свідомо враховувати їх у своїй діяльності, як вони вже давно враховують закони окремих частин і елементів біосфери, перетворюючи їх в практичних цілях.

У числі найважливіших шляхів вирішення екологічних проблем більшість дослідників також виділяє впровадження екологічно чистих, мало- і безвідходних технологій, будівництво очисних споруд, раціональне розміщення виробництва і використання природних ресурсів.

Екологічна проблема поставила людство перед вибором подальшого шляху розвитку: чи бути йому як і раніше орієнтованим на безмежне зростання виробництва або це зростання має бути узгоджений з реальними можливостями природного середовища і людського організму, сумірний не тільки з найближчими, а й з віддаленими цілями соціального розвитку. У виникненні і розвитку екологічної кризи особлива, визначальна роль належить технічному прогресу. По суті справи виникнення перших знарядь праці і перших технологій привели до початку антропогенного тиску на природу і виникнення перших спровокованих людиною екологічних катаклізмів. З розвитком техногенної цивілізації відбувалося збільшення ризику екологічних криз і ускладнення їх наслідків. Джерело такого взаємозв'язку - сама людина, який одночасно є і природною істотою, і носієм технологічного розвитку.

Отже, створення нових технологій маловідходного, а потім і безвідходного виробництва по замкнутому циклу дозволить забезпечити досить високий рівень життя не порушуючи при цьому крихкого екологічної рівноваги. Поступовий перехід до альтернативної енергетики збереже чисте повітря, припинить катастрофічне спалювання атмосферного кисню, усуне потепління атмосфери.

ГЕМОДІАЛІЗ ДАРУЄ ШАНС НА ЖИТТЯ

Бондаренко Д., студентка III курсу

Науковий керівник: Аргунова Л.В., викладач медсестринства в хірургії

КЗ «Маріупольський медичний фаховий коледж».

У своїй дослідницькій роботі я переслідувала такі основні цілі:

1. Підвищення громадської обізнаності щодо зростання захворювань, які призводять до хронічної ниркової недостатності.
2. Пропаганду сучасних методів лікування хронічної ниркової недостатності.
3. Підвищення доступності медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю у Маріуполі.

За статистикою МОЗ України 10- 12% українців живуть з урологічними захворюваннями і ця цифра поступово збільшується.

Тільки 35% пацієнтів своєчасно звертаються за допомогою і приступають до лікування захворювань в початкових стадіях, інші 65% відкладають своє лікування на потім.

В Україні майже півмільйона людей страждають на ниркову недостатність, близько 20 тисяч з них просто не виживуть без спеціального очищення крові, але отримують гемодіаліз лише 3,5 тисячі пацієнтів.

Опрацьовуючи літературні джерела я встановила, що хронічна ниркова недостатність – це ускладнення прогресуючих хронічних захворювань обох нирок або єдиної нирки, що виявляється поступовою втратою клубочкової і канальцевої функцій, внаслідок чого нирка втрачає здатність підтримувати нормальний склад внутрішнього середовища організму.

Основні причини хронічної ниркової недостатності:

- первинні ураження клубочків та канальців (гломерулонефрит, гломерулосклероз тощо);
- судинні захворювання (двосторонній стеноз ниркових артерій, злаякісна есенціальна гіпертонія, двосторонній первинний нефросклероз);
- інфекційні захворювання нирок (хронічний пієлонефрит, туберкульоз);
- обструктивні захворювання верхніх і нижніх сечових шляхів;
- колагенові захворювання (склеродермія, вовчак, вузликосий артеріїт);
- обмінні захворювання нирок (амілоїдоз, подагра, гиперпаратиреоїдизм);
- вродженні двосторонні аномалії нирок і сечоводів (двостороння гіперплазія нирок, губчаста нирка, полікістоз нирок);
- радіаційний інтерстиціальний нефрит.

У своєму перебігу хронічна ниркова недостатність проходить 4 стадії. Термінальна хронічна ниркова недостатність (IV стадія), є незворотною, якщо не проводиться необхідне лікування: гемодіаліз або пересадка нирки.

Гемодіаліз - це позанирковий метод очищення крові, під час якого видаляються з організму токсичні речовини, нормалізуються порушення водного та електролітного балансів. Це здійснюють шляхом фільтрації плазми крові через напівпроникну мембрану апарату «штучна нирка». Лікування гемодіалізом проводять не рідше 3 разів на тиждень, з тривалістю однієї сесії не менше 4 годин.

Внаслідок проведення діалізу із крові видаляються низькомолекулярні токсини і одночасно плазма крові збагачується молекулами, концентрація яких у пацієнта з нирковою недостатністю може бути нижчою.

Я проводила свою дослідницьку роботу у відділенні госпітальної нефрології та діалізу м. Маріуполя за 3 роки. Воно працює на базі міської лікарні №1 з 2007р. і неухильно розвивається. Розгорнуто 20 діалітичних ліжок, що дозволяє проводити гемодіаліз 45 пацієнтам на добу. Робота ведеться в цілодобовому режимі.

З 2014 року у відділенні проходять лікування пацієнти з усіх міст і районів Донецької області. Крім того, послугами відділення користуються пацієнти з далекого зарубіжжя (Німеччина, США).

У наведеній таблиці представлено ріст захворювань і кількість хворих, носіїв вірусного гепатиту.

№	Показники	2017	2018	2019
1	Усього лікувалось хворих	99	93	106
2	Кількість хворих на кінець року	70	88	88
3	Кількість хворих носіїв HBs-агента, HCV та які перенесли вірусний гепатит	65	64	68
4	Число хворих, що отримали еритропоетин		85	98

Розподіл хворих за віком

№	Показники	2017	2018	2019
1	Середній вік хворих	54,8	56,4	52,6
2	До 18 років			
3	18-29 років	8	8	4
4	30-39 років	14	14	15
5	40-49 років	22	22	24
6	50-59 років	33	33	29
7	Старше 60	22	22	34

Реабілітація

№	Показники	2017	2018	2019
1	Кількість хворих, що продовжують працювати або вчитися з повним навантаженням	4	8	8
2	Кількість хворих, що продовжують працювати або вчитися з обмеженнями	2	2	8
3	Кількість хворих, що займаються надомною працею або ведуть домашнє господарство	34	78	80
4	Кількість хворих, що потребують сторонньої допомоги	5	5	10

Тривалість отримання гемодіалізу

Інтервал спостереження	2017	2018	2019
До 1 року	6	21	19
Від 1 до 3 років	18	18	29
Від 4 до 5 років	11	20	29
Від 6 до 10 років	7	33	19
Від 11 та більше	2	10	10

Після гемодіалізу 3 хворим були зроблені вдалі пересадки нирок, а ще 4 пацієнтів очікують на трансплантацію нирок у Білорусі.

У 2019 році прийнято Закон України щодо регуляції трансплантації органів від померлої людини, який є юридичною основою для трансплантації нирок. Це дає змогу виконувати трансплантації в Україні у більших обсягах.

Сприятливий прогноз при ХНН можливий, якщо почати лікування на ранніх стадіях. Хворобу легше попередити, ніж вилікувати.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

Западня Микита, учень 9 класу

Науковий керівник: Бродецька І.В., заступник директора з навчально-виховної роботи

Бахмутська ЗОШ I-III ступенів №12 Бахмутської міської ради Донецької області

Кожен з нас має певний стан здоров'я. Втім цей стан доволі динамічний. Усі ми відчуваємо, що наше здоров'я постійно змінюється. Змінюється у звичному житті. І ще швидше змінюється в умовах різноманітних викликів, стрімких змін, з якими ми вимушені зустрічатись час від часу.

Говорячи про здоров'я, розуміємо, що є фактори, завдяки яким наша умовна чаша здоров'я поповнюється (це, так звані здоров'язміцнюючі фактори – достатній рівень рухової активності (РА), фізичні вправи, здорове харчування, чисте повітря і вода тощо) і є здоров'яруйнуючі фактори, завдяки яким потенціал здоров'я зменшується (рухова неактивність, нездорове харчування, тривалий екранний час, тривале знаходження у приміщенні, екологічні негаразди, спалахи інфекцій, невміння справлятися зі стресами тощо). Від того, які фактори переважають у нашому житті, залежатиме рівень здоров'я.

Академік Микола Амосов у своїй книзі «Роздуми про здоров'я» порівнював здоров'я з автомобілем. Він писав, що кількість здоров'я можна виразити через поняття «резервні потужності». Хоча цей термін не біологічного походження, втім для усіх зрозумілий: наприклад, для того, щоб їхати по рівній дорозі автомобілю достатньо мати двигун потужністю 15 кінських сил, втім фактично його потужність становить, наприклад, 75 к.с. Отже, двигун має п'ятикратний резерв потужності, який можна використовувати, коли необхідно проїхати по бездоріжжю або заїхати на крутий підйом.

Таке «бездоріжжя», різноманітні виклики часто зустрічаються у житті, і людині потрібні резерви здоров'я, щоб їх подолати. З кожним роком стає все більше і більше викликів для здоров'я населення. Це – екологічні і кліматичні проблеми, зміни способу життя в умовах урбанізації та розвитку інформаційних технологій, спалахи інфекцій, негативні тенденції у харчуванні, соціально-економічні негаразди та багато інших. Тільки за останні два місяці наш організм повинен був пристосуватись до забрудненого атмосферного повітря, тривалого знаходження у приміщенні під час карантину, соціальної ізоляції в умовах епідемії. Ці зміни стосуються всього населення – і дорослого, і дитячого. В таких стрімко змінних умовах людина має бути витривалою фізично і психічно.

Ми відчуваємо, що для того, щоб мати резерв здоров'я, потрібно тримати свій організм в певних кондиціях, постійно дбати про здоров'я, підвищувати його рівень. Втім діти ще не відчувають цього і дорослі (батьки,

вчителі, лікарі), повинні допомогти дітям. А оскільки організм дитини знаходиться у процесі розвитку, він потребує певних умов.

Відомо, що вагомим здоров'язміцнюючим фактором є оптимальний рівень рухової активності (РА) дітей. Отже, необхідно допомогти дітям залишатись фізично активними як у звичайному житті, так і в такі особливі періоди, як карантин.

Щоденна тривалість загальної рухової активності дітей і підлітків повинна становити не менше 4,5 годин на добу, а на заняття середньої і високої інтенсивності, такі як біг, швидка ходьба, танці, рухливі ігри, їзда на велосипеді, роликах, загальна фізична підготовка, силові вправи та більшість видів спорту – необхідно відводити 50-60 хвилин на добу для хлопців, 40-50 хвилин для дівчат. Або заняття спортом по 1,5 години 4 рази на тиждень для хлопців і 3 рази для дівчат. Позитивним є сімейна ранкова гімнастика. Якщо дозволяють умови карантину та якість повітря, необхідно гуляти не менше 2 годин на добу на свіжому повітрі.

Хоча б 1 раз на день потрібно займатись фізичною активністю разом з дітьми. Це можуть бути заняття вдома – танці, вправи на розтяжку, силові вправи або на свіжому повітрі – рухливі ігри, прогулянки на велосипеді чи роликах. Також важливо самим батькам регулярно займатись фізичними вправами та рухової активністю. Доведено, що це також впливає на РА дітей. Встановлено, що у фізично активних батьків діти мають вищу тривалість фізичної активності, а спільна фізична активність дітей разом з батьками як вдома, так і на свіжому повітрі сприяє підвищенню рівня здоров'я дітей.

Рухова активність впливає на суб'єктивні показники здоров'я та благополуччя. Також дітям потрібна мотивація для того, щоб досягти необхідного рівню РА. Крім того, на рівень РА підлітків впливають окрім школи мотивація учнів до занять РА та спортом.

Отже, на формування резервів здоров'я дітей впливають багато факторів, втім у різній мірі. Задля того, щоб розуміти що впливає найбільше, чому приділити увагу, в першу чергу, для збільшення резервів здоров'я дітей, на основі ризикового підходу ми розробили рейтинг, в який включили 10 факторів. Переважна більшість з цих факторів є керованими, тобто такими, які можна коригувати. Отже, зниження резервів здоров'я дітей спричиняють такі фактори (від найвпливовішого до найменш впливового):

1. надмірна маса тіла або її дефіцит;
2. наявність хронічних захворювань;
3. кратність занять спортом менше 3 разів на тиждень;
4. тривалість сну менше 9 год/добу;
5. вік підлітка більше 14,5 років;
6. низький рівень доходів сім'ї;
7. тривалість занять спортом або танцями менше 270 хвилин на тиждень (хлопці) та 230 хвилин на тиждень (дівчата);
8. малорухлива (сидяча) поведінка у позашкільний час більше 4 годин на добу;
9. відсутність фізичних занять у батьків;

10. відсутність спільних занять РА батьків і дітей.

Якщо ж сконцентрувати увагу на заходах, які потребують найбільшої уваги, це – достатня тривалість і кратність занять спортом та підтримання належного індексу маси тіла, який, у свою чергу, здебільшого вимагає правильного харчування та рухової активності.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Краснобриж Б., учень 9 класу

Науковий керівник: Бродецька І.В., заступник директора з навчально-виховної роботи

Бахмутська ЗОШ I-III ступенів №12 Бахмутської міської ради Донецької області

Одне з важливих завдань суспільства – виховати фізично, морально, соціально, духовно здорову людину. Адже стан здоров'я населення України свідчить про існування реальної загрози вимирання нації. Справедливими є слова: «Гроші втратив – нічого не втратив, час втратив – багато втратив, здоров'я втратив – все втратив». Чи інше: «Здоров'я – це ще не все, а все інше без нього – ніщо».

Сьогодні майже 90% дітей дошкільного віку, учнів і студентів мають відхилення у здоров'ї. Тільки за останні 5 років на 41% збільшилася кількість учнівської молоді, віднесеної за станом здоров'я до спеціальних медичних груп. На 60% зросла кількість неповнолітніх, які вживають наркотики, палять, п'ють.

Людина сьогодні звикла сподіватися не на захисні сили свого організму, а на могутність медицини. Академік Амосов стверджував: «Щоб бути здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх не можна нічим».

Так, що таке здоров'я? Здоров'я – сукупність фізичних, духовних, соціальних якостей людини, що є основою її довголіття і необхідною умовою здійснення творчих планів, умовою високої працездатності, створення міцної сім'ї, народження і виховання дітей.

Здоров'я людини – цікаве й складне явище. Воно завжди привертало і буде привертати увагу не лише дослідників, але й кожної людини. Це поняття таке давнє, що на всіх мовах світу є слово «здоров'я». Здоров'я – це висока працездатність, гарний настрій, упевненість у собі. Фізичне здоров'я дає гарне самопочуття, бадьорість, силу. Психічне здоров'я дарує спокій, чудовий настрій, доброту, веселість. Соціальне здоров'я забезпечує успішність у навчанні. Але ніщо з цього не дається задарма. Для того, щоб зберегти своє здоров'я, треба докладати неабияких зусиль.

Стан здоров'я людини залежить на 20% від спадковості, на 10% від рівня розвитку медицини, на 20% від стану довкілля, на 50% від способу життя. Тому справедливими є слова: «Ваше здоров'я у ваших руках». Людина біологічно запрограмована на багато більше років життя, ніж відводить собі.

Якщо нам не стільки ж? Ілля Мечников стверджував: «Людина, яка померла раніше 150 років, вчинила над собою насильство». І так ми, дійсно, чинимо нас собою насильство щоденно. Люди давно переконалися, що на здоров'я впливає безліч чинників, і найголовніший з них – це спосіб життя.

Спосіб життя – це сукупність стійких форм життєдіяльності людини, які визначають її життєвий шлях. Це – сукупність її звичок. Якщо, людина з дитинства, з молодих років постійно й наполегливо дбає про своє здоров'я, вона в основу своєї життєдіяльності закладає такі стійкі корисні звички, навички, поведінку, спосіб мислення, сприйняття оточуючих і себе, які й визначають основний її напрямок – шлях здоров'я. Вона обирає здоровий спосіб життя.

Здоровий спосіб життя передбачає дотримання виконання певних правил, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність, духовну рівновагу та здоров'я людини. Його основа – індивідуальна система поведінки й звичок кожної окремої людини, що забезпечує потрібний рівень життєдіяльності й здорове довголіття. Здоровий спосіб життя – це практичні дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організм й поліпшення загального самопочуття людини. Головне – замислитися про наслідки своїх дій.

Принципи здорового способу життя:

- раціональне харчування;
- оптимальний руховий режим;
- загартування організму;
- особиста гігієна;
- відсутність шкідливих звичок;
- позитивні емоції;
- інтелектуальний розвиток;
- моральний і духовний розвиток;
- розвиток вольових якостей.

Раціональне харчування, особиста гігієна – це основа здорового способу життя, умова ефективної профілактики різних захворювань. Звички, які завдають шкоди здоров'ю, життю людини або не відповідають культурним нормам суспільства, в якому живе людина – шкідливі. Найбільш шкідливими звичками, які можуть сформуватись у шкільному віці, є куріння та вживання алкоголю, наркотичних речовин. Саме ці звички згубно впливають на організм, який формується і ще не має належно рівня захисту від зовнішніх і внутрішніх несприятливих чинників, що часом призводять до незворотних процесів здоров'я людини.

Саме сьогодні ми повинні думати про здорову націю та впроваджувати в повсякденне життя тільки здоровий спосіб! Особистий приклад своїм друзям допоможе людству стати чистим та здоровим! У наших руках майбутнє Землі! Стань здоровим та доведи всім, що жити здоровим – це круто та сучасно!

МОВА ЯК ЧАСТИНА КУЛЬТУРИ

Крючков С., студент

Науковий керівник: Ситковська І.П., викладач української мови та літератури

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

Мета статті – виокремити найоптимальніші методи та шляхи поліпшення вивчення мови у процесі формування культури усного українського мовлення молоді.

Між літературною мовою й реальним уживанням її спостерігаються розходження, які залежать від багатьох суспільних і мовних чинників – особливостей мовної ситуації, соціальної структури частини населення, територіальної специфіки. Прикметною ознакою сучасного буття української мови є практична незахищеність її від місцевих говірок, сленгу, що призводить до того, що значна частина мешканців Донецької області спілкується суржиком.

Проблема формування культури мовлення в сучасному середовищі є **актуальною** і сьогодні.

Об'єктами дослідження є мовні одиниці, що засвідчують порушення норм сучасної української мови в мовленні молоді.

Предмет дослідження становлять орфоепічні, лексичні, морфологічні та синтаксичні помилки, зафіксовані в мовленні.

Методологія дослідження базується на найважливіших положеннях загального мовознавства про взаємозв'язок мови з культурою.

Основними методами дослідження є: описовий, з прийомами безпосереднього спостереження, слухового аналізу, моделювання, а також зіставний метод (зіставлення систем української та російської мов).

Людина створила культуру, а культура – людину. Людина реалізується в культурі думки, культурі праці й культурі мови. Культура – це не тільки все те, що створено руками й розумом людини, а й вироблений віками спосіб суспільного поведіння, що виражається в народних звичаях, віруваннях, у ставленні один до одного, до праці, до мови. Мова не тільки засіб спілкування, а й природна скринька інформації про світ, насамперед про свій народ. Сьогодні культура й мова виявилися об'єднаними в царині духовних вартостей кожної людини і всього суспільства. Мабуть, ніхто не буде заперечувати, що в низькій культурі мови виявляються виразні ознаки бездуховності...

Мова виникла історично у процесі розвитку комунікації та культури, як інструмент пізнання й перетворення світу. Тому ці два поняття пов'язані між собою. Існує чимало визначень лінгвістичного (стилістичного) поняття культури мовлення:

- 1) сукупність і система комунікативних якостей мовлення;
- 2) вчення про сукупність і систему комунікативних якостей мовлення.

Важливими складниками мовної культури є:

а) комунікативна правильність мови, тобто здатність формулювати думку лаконічно, чітко, однозначно;

б) граматична правильність, тобто відповідність мовної форми до загальноприйнятих норм;

в) естетика вислову, тобто вироблення чуття краси мови (чистота, точність, логічність, достатність і ясність, доречність, виразність).

Проблеми взаємовідношення і взаємодії мови та культури грають найважливішу роль для вдосконалення форм і ефективності спілкування між людьми. Можна порівняти мову з дзеркалом - в ньому дійсно відображається навколишній світ. За кожним словом стоїть предмет або явище реального миру. Мова відображає все: географію, клімат, історію, умови життя. Між мовою і реальним миром стоїть людина. Саме людина сприймає і усвідомлює мир за допомогою органів чуття і на цій основі створює систему уявлень про світ. Пропустивши їх через свою свідомість, осмисливши результати цього сприйняття, вона передає їх іншим членам свого мовного колективу за допомогою мови. Інакше кажучи, між реальністю і мовою стоїть культура.

Таким чином, мова і культура взаємозв'язана настільки тісно, що практично складають єдине ціле, яке складається з цих двох компонентів, жоден з яких не може функціонувати (а отже, і існувати) одне без одного. Разом вони співвідносяться з реальним світом, протистоять йому, залежать від нього, відображають і одночасно формують його.

Відродження України неможливе без духовного відродження нації. А духовний прогрес народу неможливий без глибокого пізнання та освоєння народної моралі та культури мовлення.

ВІЧ НА ВІЧ З НЕНЬКОЮ - УКРАЇНОЮ

Леппа С., студентка I курсу

Науковий керівник: Леонова Л.О., викладач історії

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

Наближається славетна ювілейна дата – 30-річчя Незалежності України, тож дуже хотілося б поговорити з ненькою Україною віч-на віч про її життя-буття, пройти з нею великий і складний шлях до волі.

Україна моя співуча,

Ти одвічна – у пісні, у слові.

Ніжна нене, колиска добра!

Ти у душах співця - кобзаря

Я люблю твої древні кручі

Україна моя казкова,

Буйну зелень на схилах Дніпра.

Моє серце для тебе співа.

Україна – країна трагедій і краси, де найбільше люблять волю і найменше знали її, країна гарячої любові до народу й чорної йому зради, довгої вікової боротьби за волю.

Я дуже щаслива, що народилася і живу в цій чудовій, мальовничій країні, в моїй славній Україні. Тут жили мої прадіди і діди, тут живуть мої

батьки, тут коріння роду українського. Де б я не була, скрізь відчуваю поклик рідної землі, хвилююсь аж до сліз, зачувши рідне слово. Рідна моя земле, – ти мій казковий світ дитинства і юності, ти невичерпне джерело, яке живить мою душу і душі людей добром і світлом, куди б не завели мене шляхи долі. І в тому дитинстві – рідна, біла хата, наша берегиня у вишневому садку, як символ чистоти, морального здоров'я, душевної краси.

Як для мене, я це говорю з гордістю, Батьківщина починається з батька і матері, з оселі, де я вперше побачила світ, з мови, якою розмовляють мої батьки, з України, де я народилася. Саме з мами розпочинається життя, з мами розпочинається колискова пісня, з мами розпочинається Батьківщина.

Моя матінко, мамо, ненька... Що є святішого за ці слова? У всі часи її, прародительку роду людського звеличували й обожнювали, бо від малечу і протягом багатьох літ супроводжують нас у житті її ніжна ласка, палка любов і турбота. Немає для мене любові сильнішої від материнської, немає ніжності ніжнішої від ласки і клопотів материнських, немає тривоги тривожнішої від безсонних ночей і незімкнених очей материнських. Я вважаю, що людство існує тільки тому, що існує материнська любов. Ось такою, святою любов'ю, палає моя і народна любов до неньки – України.

Люба моя Батьківщина, в глибину століть сягає твоя історія, твоє минуле, багате і славне. Складною і бурхливою була твоя доля, рідна Земле! Топталися по тобі орди чужинців, ворожі пазури роздирали твоє тіло. Дітей твоїх вели загарбники у неволю. Над тобою свистіли гостродзьобі стріли, чорною смертю дихали жерла гармат, шугали ненависні залізні круки, вирували нескінченні битви за твою честь і свободу.

Я горда за українців, які ніколи не поневолювали інші народи, а навпаки, захищали і себе, і сусідів від ворога. Пишаюся, що моя Батьківщина мала славні періоди історії, справді легендарних героїв, мужньо переживала найважчі випробування - і не скорилася.

Перед моїми очима урок історії, козацька фортеця, Запорізька Січ, а саме: козацька Україна була прикладом Європі в аспекті інтелекту і духовності - Конституція Пилипа Орлика, перше «національне» українське Євангеліє, а коли християнський світ ще молився латинською мовою, козацька Україна мала вже свій, так званий Пересопницький Новий Завіт рідною мовою. Вона виплекала Запорізьку Січ, славетну Києво-Могилянську академію, Україна виколикала велетнів сили і духу, таких як: Петро Сагайдачний, Богдан Хмельницький, Іван Сірко, Григорій Сковорода, Устим Кармалюк, Іван Франко, Леся Українка, Михайло Грушевський. Цей перелік можна продовжити іменами наших сучасників, які примножують славу моєї Батьківщини.

Не маю права, у своїх роздумах, не згадати славетного і великого лицаря Тараса Шевченка і його слова «борітеся, поборете». Невмирущого пророка України, людину, яка не тільки мріяла про нашу незалежність, а й усе своє життя поклала на вівтар цієї мети, яка засвідчила перед усім світом могутність українського народу, могутність української нації, її духовне коріння і славу. І сьогодні, вічний Тарас кожним своїм словом будить, вчить і

застерігає, а його пророцтво світить нам у віки: «Не вмирає душа наша, не вмирає воля».

Здавалося мені - все скінчилося, давно минуло і більше ніхто не пройде шляхом тих кривавих подій. Та не так здавалося, як все сталося.

Що робиться з тобою, чому ти плачеш, моя ненько Україно?

...Рік 2014. І знову війна...

В огні й диму страждають мої міста і села, їх понищено і зруйновано. Гинуть справжні патріоти рідної української землі, гинуть наші воїни і мирні люди. Ми повинні бути гідними загиблих і не опустити знаменно їхньої боротьби ні перед якими негараздами. Та найбільше серце обливається кров'ю, за сотні твоїх, Україно, дочок і синів, земля захлинається від крові й сліз матерів, сестер, побратимів.

Яка ж тяжка і непроста доля моєї неньки України! До часів незалежності вона йшла довгим, жертвним шляхом і дуже дорого за це заплатила.

Сьогодні моя незалежна Батьківщина стала поворотною віхою в історії розвитку Української держави і могутнім стимулом для плідної натхненної праці заради миру і добробуту. Тож нехай кожен день життя мого народу буде сповнений радістю, теплом і новими здобутками, а його добрі справи примножують славу рідної України!

Духмяним серпневим запахом українського хліба, вистраждана незалежність принесе в наш з вами дім щастя і добро, порозуміння та згуртованість, мир та любов! А ще так дуже хочеться висловитися словами поезії, бо аж пламеніє у душі:

На білому світі є різні країни,

Де ріки, ліси, і лани...

Та тільки одна на землі Батьківщина,

А ми її доньки й сини.

Усюди є небо і зорі скрізь сяють,

І квіти усюди ростуть,

Та тільки одну Батьківщину ми маєм –

Її Україною звать.

Живи Україно! Живи для краси,

Для сили, для правди, для волі!

ВПЛИВ МУЗИКИ НА МОЗОК ЛЮДИНИ

Олійникова В., студентка

Науковий керівник: Леоненко Л.О., викладач

КЗ «Бахмутський фаховий коледж культури і мистецтв ім. І. Карабиця»

Усі ми розуміємо, що музика має значний вплив на наше життя - це і емоційний стан, і працездатність, і навіть наша фізична витривалість. Але як музика впливає на наш мозок? Що відбувається у слухача, коли він прослуховує пісні? І що відбувається у музиканта, коли він виконує музичний твір?

При прослуховуванні музики у слухача задіюється гіпоталамус (вушні раковини приймають звукові сигнали, перетворюючи їх у нервові імпульси, які потім надходять до гіпоталамуса). Саме гіпоталамус, обробляючи імпульси, надає їм емоційного контексту і потім надсилає все це до кори

головного мозку, де потім створюються асоціації і спогади. При дослідженні вченими-неврологами роботи мозку при прослуховуванні музики вони дійшли висновку, що в мозку «спалахують» відділи: які вловлюють ритм/мелодію, які зчитують змістове і емоційне забарвлення музики.

А от у музикантів інша справа: при дослідженні вчені дізналися, що у людей, які виконують музику задіяні майже усі відділи головного мозку. На МРТ вони побачили, як поступово спалахують різні відділи мозку для обробки різних типів інформації за допомогою складних і багаторівневих алгоритмів. Загалом, найбільш задіяними відділами вчені вважають слухову, зорову та моторну. Також, вчені дійшли висновку, що мозолисте тіло (тканина, яка з'єднує ліве та праве півкуля) більш розвинена у музикантів, ніж у не музикантів. Дослідники також дізналися, що активність лівого та правого півкуль більш симетрична в мозку музикантів, при цьому піаністи показали найбільш симетричний баланс (так як цей вид діяльності потребує синхронного використання обох рук). Але найдивовижніше, про що дізнались фінські вчені, це те, що у музикантів через виконання музики змінюється її сприйняття: «Ми також спостерігали симетричні відповіді мозку в лобно-тім'яної областях музикантів, що відповідають за роботу дзеркальних нейронів. Отже прослуховування музики, ймовірно, активує нейрони, які також регулюють рух, що створює ці звуки».

В Голландії психологи проводили експеримент стосовно питання: «Наскільки точно музиканти можуть зчитати емоції інших людей?». В експерименті приймали участь 2 групи по 16 людей: 1 група-музиканти, 2 група – не музиканти. Зміст експерименту: люди повинні виявити емоції людини по фото та голосу (іноді зображення і звук не співпадають). Результати експерименту виявили, що музиканти виявляли емоції з голосу в точності 95%, а коли голос не співпадав з зображенням – в 85%. Не музиканти відставали у 10%. Також в Швейцарії та Німеччині вчені провели дослід, коли людям віком від 64 до 76 років потрібно протягом року вчитися грати на музичному інструменті, при тому поділили на 2 групи: 1- грає на музичні інструменти, 2-вчить ази музичної теорії. І знову група, яка грала на музичному інструменті показала вищі результати - збільшилася нейропластичність мозку.

Які переваги ж надає нам заняття музикою? По-перше – це складний вид діяльності, який «примушує» мозок працювати на повну, тому у музикантів високорозвинені організаційні, стратегічні та аналітичні здібності, увага до деталей. По-друге – через складність «мови» музикантів і великої кількості аспектів для чудової гри напам'ять (емоційне забарвлення, нотний текст, рухова, зорова та слухова пам'ять...) у них розвинена багаторівнева система пам'яті (порівняти з великим архівом-пригадуєш спогад за маленькими деталями-ярличками). По-третє – це вміння розпізнавати і передавати емоції (це і показує голландський дослід). По-четверте - розвинене асоціативне мислення (коли граєш-створюєш образ і намагаєшся його передати музикою). По-п'яте – масштабна і складна мозкова діяльність, яка частіше в музикантів з дитинства (займаються з 5-6

років) інтенсивно розвиває мозок і дитина швидко сприймає інформацію, що надає перевагу у навчанні в школі з точних наук (в більшості випадків - це піаністи). І по-шосте – заняття музикою допомагає нам зберегти мозок у цілісності до старості (заняття музикою може «відсунути» Альцгеймера та уникнути проблем зі сприйняттям звуку).

Зараз тільки зрозуміло одне – довга гра на музичному інструменті безпосередньо впливає на розвиток мозку і результати цього впливу залишаються постійними і не залежать від самої гри. Чи це не привід зайнятися музикою, щоб розвинути мозок?

ЯК ПАНДЕМІЇ ЗМІНЮЮТЬ СВІТ

Петрусенко А., студентка II курсу

Наукові керівники: Петрусенко О.В., викладач основ економічної теорії

Літвін Т.В., викладач історії та соціології

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Мета дослідження: На прикладі соціально-економічних та політичних наслідків пандемій показати механізм виявлення та вирішення глобальних проблем, від яких залежить майбутнє людства.

Людство за своє існування пережило чимало пандемій, які змінили хід історії. Найбільш висвітлена в медичній та науковій літературі пандемія грипу іспанки 1918-1920 років. Вона стала найбільшою пандемією грипу в історії як за кількістю тих, що заразилися (20% населення планети), так і за кількістю жертв (2,5-5%). Хвороба забрала близько 50 мільйонів життів.

Перші ознаки епідемії припали на розпал Першої світової війни. Спочатку сезонна захворюваність на грип не викликала особливої тривоги, але дуже швидко вірус мутував у надзвичайно отруйний штам і почав свій смертельний похід Північною Америкою та Європою. Вимирали цілі села від Аляски до Південної Африки. Великі американські міста, включаючи Нью-Йорк і Філадельфію, фактично закрилися на карантин через те, що населення було прикуте до ліжка. Часто не вистачало місця на кладовищах, людей ховали у масових могилах десятками без труни і відспівувань. Уряди Німеччини, Австрії, Франції, Великобританії, Росії приховували масштаби лиха, аби солдати не втрачали бойовий дух. Достовірними новини про епідемію були тільки в Іспанії.

Вірус швидко ширився світом через масові переміщення військ, антисанітарію в окопах і таборах. Саме військовослужбовці стали головними жертвами «іспанки». Цьому сприяли й інші біди військового часу - недостатнє і неякісне харчування, фізичне і психічне виснаження, переохолодження, стрес, брак медперсоналу та відсутність своєчасної медичної допомоги. Пандемія серйозно вплинула на хід війни, а війна - на розвиток пандемії. Історики вважають іспанський грип однією з причин, яка прискорила завершення Першої світової війни.

Якщо раніше масові хвороби вражали переважно бідняків, то «іспанкою» хворіли всі без розбору. А медики нічого не могли протиставити новому вірусу. У них не було ані надійного тесту для діагностики, ані ефективної вакцини, ані антивірусних препаратів, ані антибіотиків для боротьби з ускладненнями. Спроби лікувати пацієнтів великими дозами аспірину не допомагали, а підчас призводили до отруєння цим препаратом. В листопаді 1918-го у Варшаві Рада з громадської охорони здоров'я прямо заявила: «Ліків від грипу немає, сироватка не дає результатів. Крім запобіжних заходів, інших засобів від хвороби ми не знаємо і, напевно, скоро й не дізнаємося».

В той час засобами боротьби були карантин, захисні маски, заходи санітарії та гігієни. Проте загальнонаціональних і жорстких карантинів у великих містах не було. Тільки згодом влада зрозуміла, що лікувати людей в кожному конкретному випадку вже недостатньо. Для того щоб впоратися з пандемією в міських умовах, необхідно поміщати в карантин тих, у кого є ознаки хвороби; відокремлювати тих, хто переносить хворобу легко, від тих, у кого вона ускладнена; заборонити скупчення та обмежити пересування людей. Доведено, що карантин, ізоляція міст, країн і людей – найкращі рішення. Міста, які запровадили карантин на початку спалаху, не лише знизили показники смертності, але й попри очевидні поточні втрати, швидше відновилися в економічному плані. Чим довше тривали карантинні обмеження, тим вищими виявились економічні показники в перші роки після «іспанки». Тобто вжиття заходів для приборкання епідемії та збереження життів у майбутньому прискорює економічну активність.

Саме пандемія іспанського грипу стала першим випадком в історії людства, коли проблема охорони здоров'я вийшла на глобальний рівень. В процесі подолання смертоносної хвороби відбулося становлення міжнародної системи охорони здоров'я. У 1920-х роках багато урядів розробили концепції громадської медицини, доступної для всіх верств населення. У європейських країнах з'явилася безкоштовна медична допомога для населення, яку фінансувала держава. А в США ввели систему медичного страхування, оплачувану роботодавцем.

Країни визнали, що суспільну охорону здоров'я потрібно координувати на міжнародному рівні, адже від епідемії неможливо відгородитися державним кордоном. Тому в 1919 році у Відні було засновано перше Міжнародне бюро з боротьби з епідеміями. А в першій міждержавній організації – Лізі Націй створили відділ охорони здоров'я. Вони стали попередниками сучасної Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Демографічні наслідки «іспанки» виявились жахливими. Помер кожен десятий хворий, безліч дітей осиротіла, рівень бідності зріс майже на 10%. Результати досліджень показали, що «діти епідемії» були менш освічені, мали слабке здоров'я і нижчий соціально-економічний статус, ніж ті, хто народився безпосередньо до і після пандемії грипу.

У світовій економіці карантинні обмеження, брак робочої сили через високу смертність від вірусу працездатного населення призвели до рецесії,

уповільнення темпів економічного зростання і фінансових криз. Немає єдиної думки щодо головної цифри втраченого ВВП, оскільки наслідки грипу важко відокремити від наслідків Першої світової війни. Багато підприємств, не тільки у сфері розваг і у сфері послуг, зазнали збитків. Епідемія «іспанки» 1918 року скоротила промислове виробництво в США в середньому на 18%, видобуток вугілля впав на 50%, торгівля скоротилася на 40%, а за деякими оцінками – і на 70%. Тільки галузі охорони здоров'я звітували про збільшення прибутків.

Минуло сто років після «іспанки» і людство зустрілось з новим викликом – COVID-19. Смертність від цього вірусу перевищила цифри вікової давнини. За рік її жертвами в усьому світі стали близько 2,7 млн. людей, кількість заражень наближається до 125 млн. і невпинно збільшується.

Коронавірус COVID-19 є новим вірусом, з яким людство не мало досвіду боротьби. З'явилися небезпечні мутовані штами, які спричиняють вищу смертність. Ось чому його поширення викликає занепокоєння і навіть страх, незважаючи на розвиток медицини.

Спалах захворювання розпочався у середині грудня 2019 року в місті Ухань у центральному Китаї і за лічені тижні поширився планетою. 11 березня 2020 року ВООЗ оголосила спалах нового коронавірусу пандемією. Звичне життя змінилося. Люди, міста і навіть країни перейшли в режим самоізоляції і виявилися фактично замкненими в своїх кордонах. Різко скоротилися транспортні потоки, а розрив технологічних та економічних зв'язків породив хвилю банкрутств і зупинку багатьох підприємств по всьому світу. Індустрії розваг, туризму, спорту перестали функціонувати. Спорожніли готелі, кінотеатри, ресторани, стадіони та інші місця масового скупчення людей. Особисті контакти, зведені до мінімуму, замінило спілкування он-лайн. Туди ж перейшли багато видів робіт, виробничі, ділові та інші наради, дозвілля, освіта, наукові конференції і т.п.

Наслідки поширення світом вірусу COVID-19 відчувають усі – державна влада, великий і малий бізнес, громадяни абсолютної більшості країн. Упродовж 2020 року уряди багатьох країн вводили жорсткі карантини, локдауни, інші непопулярні заходи, що обмежують свободу пересування, живе спілкування людей, їх право на працю та відпочинок. Громадяни по всьому світу виходили на вуличні протести проти карантинних обмежень. Спад економіки, втрата робочих місць, фінансові труднощі, відчуття тривоги та самотності не додавали упевненості в майбутньому. Людей лякала невизначеність, зuboжіння, борги. Крім того, через вимушене перебування вдома зросла кількість випадків домашнього насильства та самогубств, підвищилась захворюваність на психічні розлади.

Згідно статистичних даних станом на 25.01.2021 р. 485тис. українців мають статус безробітного, рівень безробіття в Україні зріс на третину за рік. Кількість вакансій скоротилася на 20,5% порівняно з торішніми даними. За оцінками МОП коронакриза призведе до скорочення 25 млн. робочих місць у світі. Цю тенденцію пов'язують з пандемією і намаганням роботодавців

максимально оптимізувати витрати, реорганізувати процеси праці. Ситуація з COVID-19 стала потужним поштовхом для розвитку цифрової торгівлі, кур'єрських послуг, телемедицини, автоматизації, роботизації, засобів зв'язку. Збільшилась кількість дистанційної та віддаленої роботи.

Минулий рік змусив переосмислити цінність медичної допомоги, адже пандемія виявила системні вади охорони здоров'я багатьох країн світу. Відбулася переоцінка ролі професіоналів-медиків, підвищилась планка вимог до медперсоналу. Пандемія коронавірусу стимулювала розвиток науки епідеміології, сприяла появі інновацій у біотехнологіях, методах лікування.

Через швидке глобальне поширення інфекції і високу смертність розробка вакцини стала надважливим завданням, з яким науковці впоралися у рекордно короткі терміни. У багатьох країнах світу вже у грудні 2020 року розпочалася масова вакцинація від коронавірусу. Якщо за допомогою розроблених вакцин ситуацію вдасться взяти під контроль, це стане принциповою відмінністю від трагедії, що сталася сто років тому.

Пандемічне сьогодення вимагає суттєвих змін в освітній діяльності, адже понад мільярд учнів та студентів по всьому світу перейшли на он-лайн навчання. Не став винятком і наш навчальний заклад. Незважаючи на те, що вимушене дистанційне навчання дає змогу широкого використання можливостей сучасних цифрових технологій, повний перехід закладів медичної освіти на дистанційну неможливий. Адже для здобуття професії медика вкрай важливе живе спілкування, можливість власноруч виконувати медичні маніпуляції під керівництвом викладача, вдосконалювати набуті вміння безпосередньо під час роботи з пацієнтами в лікувальних закладах.

За цей рік пандемія суттєво вплинула і на розвиток світової економіки. Зовнішня самоізоляція держав та введення локдаунів призвели до глобального економічного спаду. Значні збитки понесли турагентства, готельний і ресторанний бізнес, дозвілля, логістика і транспорт, промислове виробництво. За даними Мінекономіки ВВП України у 2020 році зазнав падіння в 4,2%, спад промисловості – на 5,2%, жорсткі карантинні заходи негативно позначились на добробуті населення. Експерти прогнозують кардинальний перегляд людством звичок і цінностей, уповільнення темпів виробництва товарів легкої промисловості, занепад споживацтва.

Пандемія коронавірусу вплинула і на глобальні політичні процеси. Загострилася конфронтація США і Китаю, посилилась напруженість між США та ЄС, Євросоюзом і Росією.

«Країни повинні працювати разом, вчитися один у одного і всіляко координувати свої зусилля. Для того, щоб перемогти вірус, спільноти, країни і весь наш регіон повинні проявити високий рівень солідарності, а громадяни – зберегти психологічну стійкість. Свій внесок в боротьбу з вірусом повинен внести кожен з нас...», - закликає Європейське бюро ВООЗ. Людство має набутися здатність протидіяти загально цивілізаційним загрозам, організовуватися для вирішення нагальних проблем і робити правильні висновки.

УКРАЇНСЬКА ЕНЕРГЕТИЧНА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВІТРЯНОЇ ЕНЕРГЕТИКИ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ.

*Письменна О., учениця 10 класу,
Науковий керівник: Іваненко В.І., учитель фізики
Бахмутська ЗОШ I-III ступенів №18 ім. Дмитра Чернявського Бахмутської
міської ради Донецької області*

Вітроенергетика - галузь енергетики, що спеціалізується на використанні енергії вітру – кінетичної енергії повітряних мас в атмосфері. Енергію вітру відносять до відновлюваних видів енергії. Спеціалісти стверджують: «Уже сьогодні Україна може покрити половину своїх потреб в електроенергії за рахунок відновлюваної енергії».

Потенціал вітрової енергії, який може бути використаний до 2030 р, оцінюється в 16 ГВт, причому щорічно можна виробляти від 25 до 30 ТВт-год електроенергії. Крім того, Агентство з питань забезпечення ефективного використання енергетичних ресурсів вважає, що до 2050-го може використовуватися до 30 ТВт-год вітрової енергії, тоді як загальний технічний потенціал вітрової енергії становить 42 ТВт-год. В українській Енергетичній стратегії планується, що до 2030 року в Україні 2 ТВт-год електроенергії будуть проводитися вітровими установками.

За прогнозами аналітиків, в найближчі роки вітроенергетика в Україні буде розвиватися швидше, в порівнянні з іншими видами відновлюваної енергетики, а загальна потужність вітропарків перевищить потужність сонячних станцій в 10 разів. Наведена нижче таблиця (згідно Датської асоціації виробників вітротурбін) показує значення енергії вітру в стандартних умовах (сухе повітря, густина - 1,225 кг/м³, атмосферний тиск над рівнем моря 760 мм рт. стовпа).

м/с	Вт/м ²
1	1
5	77
11	815
18	3572
23	7452

На підставі даних спостереження швидкостей вітру за висотою деякими дослідниками виведено узагальнюючі формули для визначення швидкості вітру за висотою. З них найбільш проста залежність для висоти від 5 м і вище виражається у формі:

$$V = V_0 \left(\frac{h}{h_0} \right)^{\frac{1}{5}}, \quad [1]$$

Середньорічні швидкості вітру (в м/с)	3	4	5	6	7	8	9	10
Встановлена потужність генераторів, що працюють від вітродвигунів на 1 кв. км, кВт	297	435	618	790	1100	1480	1880	2400
Річне виробництво енергії, що отримується з 1 кв. км, тис. кВт*год	445	680	1060	1550	2220	3040	3950	5120

Важливою характеристикою вітродвигуна є крутний момент, що розвивається їм, який визначається потужністю, що розвивається вітродвигом і кутовою швидкістю обертання ротора:

$$M_{об} = \frac{P_{вд}}{\omega} = C_p \frac{\rho F V^3}{2}, \quad [2]$$

де $P_{вд}$ – потужність, що розвивається вітродвигом, ω – кутова швидкість обертання ротора, C_p – коефіцієнт використання енергії вітру.

Щодо плюсів і мінусів використання вітрової енергії, стимулом для розвитку вітрової енергетики можна вважати необхідність вживання термінових заходів щодо запобігання подальшій зміні клімату. Зручним є той факт, що турбіни займають лише 1% від усієї території вітряної ферми. На решті 99% площі ферми можливо займатися сільським господарством або іншою діяльністю, що і відбувається в таких густонаселених країнах, як Данія, Нідерланди, Німеччина.

Значним мінусом вітрогенераторів можна вважати так званий «синдром вітрогенератора» - ряд симптомів, які спостерігаються у багатьох (але не у всіх) людей, що живуть поблизу промислових вітрових турбін. Причиною виникнення «синдрому» вважається інфразвук. Низькочастотний шум від турбін стимулює виникнення хибних сигналів в системі внутрішнього вуха, які й призводять до запаморочення і нудоти, а також до проблем з пам'яттю, тривожності і паніці.

Поруч з селом Безіменне Новоазовського району Донецької області України працює Новоазовська ВЕС - вітрова електростанція. Вироблення електроенергії відбувається за рахунок використання енергії вітру. Фактична потужність станції становить 79,3 МВт (на 2012 рік).

Також у стані розробки знаходиться китайський проект, який коштує \$ 1 млрд і обіцяє зведення на території Мангушського і Нікольського районів Донецької області вітряного комплексу потужністю 800 МВт. Наразі подробиці відсутні, але китайські компанії вже пустили коріння на Донбасі і можна з великою часткою впевненості сказати, що проект, як мінімум, почне реалізовуватися, ймовірно, вже в наступному році.

ФІЗИКО-ХІМІЧНЕ ТЕСТУВАННЯ ПИТНОЇ ВОДИ МІСТА БАХМУТ

Рибальченко О., студент I курсу

Науковий керівник: Вірченко В.І., викладач фізики

КЗ «Бхмутський медичний фаховий коледж»

Вода немає кольору, смаку, запаху. У неї нульова калорійність. У ній дивовижним чином одночасно поєднується простота і складність. Вона має всього 3 атома: 2 - водню і 1 - кисню. Але вчені, навіть знаючи, з чого складається вода, до сих пір не можуть зрозуміти, як вони між собою взаємодіють. Для них це як і раніше справжня загадка.

Одне ясно напевно: значення води величезне, так як без неї просто б не було ніякого життя:

- завдяки кругообігу води формується волога, яка так необхідна для життя і існування тварин і рослин;
- вода має високу теплоємність, за рахунок чого на планеті забезпечується комфортний температурний режим;
- вода бере участь у процесі фотосинтезу (без неї рослини не могли б переробляти вуглекислий газ у кисень, а ми не змогли б дихати чистим повітрям).

Особливе місце в цьому аспекті належить безпеці питного водопостачання. Питна вода міста Бахмут Донецької області не зовсім відповідає вимогам Держстандарту «Вода питна». За статистичними даними вона має значно більшу мінералізацію, жорсткість, погіршені смакові якості. Саме це визначає актуальність теми моєї роботи.

Мета дослідження - проаналізувати якість питної води міста Бахмут, встановити вплив води на організм людини.

Гіпотеза дослідження – залежність здоров'я людини від стану питної води.

Об'єкт дослідження – питна вода міста Бахмут Донецької області.

Практичне значення – дати оцінку якості води в місті Бахмут Донецької області та запропонувати заходи щодо поліпшення її якості.

Для встановлення якості питної води і вивчення впливу на організм людини були проведені дослідження і хімічний аналіз води. Проведені дослідження органолептичних показників питної води в основному відповідають нормі і є важливими показниками якості води, що впливають на її смак. Адже саме смак, запах і прозорість води визначають наші органи чуття – нюх, зір.

Для визначення хімічного складу води ми застосували калориметричний, арбітражний і ваговий методи. Були визначені загальна жорсткість води та її кислотність, сухий залишок сульфатів, хлоридів, нітратів та нітритів, залізо, кальцій та магній, наявність важких металів, залишковий хлор. Аналіз показує велику кількість солей кальцію і магнію.

Для визначення вмісту у воді іонів хлору, свинцю, кадмію, барію, міді і калію використовують іоноселективні електроди, які дозволяють швидко провести їх кількісну оцінку.

В хімічні стаканчики на 50 мл поміщають по 1 мл розчину нітрату натрію та по 10 мл досліджуваних зразків води. В якості контролю зручно використовувати водопровідну воду. Для визначення вмісту іонів калію в хімічні стаканчики на 50 мл поміщають по 1 мл розчину хлориду натрію і по 50 мл досліджуваної проби. За результатами складають відповідну таблицю. Жорсткість води визначається вмістом в ній іонів кальцію і магнію. Вода забезпечує від 10 до 30% добової потреби в кальції та магнії, будучи одним з важливих джерел цих іонів для людини. Добова норма зазначених елементів для дорослої людини становить 800 та 500-600 мг. Сульфати кальцію і магнію обумовлюють не карбонатну жорсткість води. Велика кількість сульфатів впливає на смакові якості води, це негативно впливає на функції роботи ШКТ. У зв'язку з низьким споживанням молочних продуктів населенням в Україні гостро стоїть проблема дефіциту кальцію. Хлоридно натрієві солі впливають на смакові якості води і також впливають на роботу органів травлення.

Наслідки цього добре відомі: - порушення роботи ШКТ, остеохондроз, порушення роботи серця, сечо- і жовчно кам'яні хвороби тощо. Для здоров'я населення є небезпечним як дефіцит, так і збиток того чи іншого компонента. Спираючись на статистичні дані, встановлено, що частота хвороб органів травлення залежить від загальної жорсткості питної води.

Можна зробити висновок, що питна вода майже відповідає стандартним нормам, придатна для споживання, хоча має підвищену мінералізацію та жорсткість. Хімічні речовини, що входять до складу води впливають на організм людини, її здоров'я. Якість питної води повинна відповідати стандарту. Тому рекомендовано застосовувати фільтри у побуті для зменшення мінералізації і кип'ятити воду для зменшення її жорсткості.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 ТА ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Сторожук А., студентка II курсу

Науковий керівник: Плига Е. К., викладач внутрішньої медицини

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Сьогодні COVID-19 є першочерговою медико-соціальною проблемою в усіх країнах світу, в тому числі й Україні.

Коронавірусна інфекція виявилась одним із самих небезпечних захворювань, з яким коли-небудь стикалось людство. Особливості вірусу COVID-19 поки вивчено не до кінця, але певні висновки вчені вже можуть зробити.

Захворіли мільйони людей, тисячі з них померли. На щастя, більшість з інфікованих одужали. Тому в даній ситуації ми ознайомимо з особливостями перебігу COVID-19 та пневмонії на тлі коронавірусної інфекції і презентуємо статистичні дані по Україні та світу.

Мета дослідження: ознайомити з особливостями перебігу пневмонії при COVID-19.

COVID-19 (CoronaVirusDisease 2019) – викликане вірусом SARS-COV-2 потенційно небезпечне захворювання, яке може протікати як у формі ГРВІ, так і в тяжкій формі, а саме - *пневмонія з розвитком дихальної недостатності*.

Епідеміологія нової коронавірусної інфекції (Covid-19)

Природнім резервуаром вірусу SARS-COV-2 є кажани. Додатковим резервуаром можуть бути савці, що поїдають кажанів, з подальшим поширенням серед людей.

У даний час основним джерелом інфекції є хвора людина, в тому числі та, яка перебуває в інкубаційному періоді захворювання. Передача інфекції здійснюється повітряно-крапельним шляхом (при кашлі, чиханні, розмові). Контактно-побутовий шлях реалізується через фактори передачі: воду, харчові продукти та предмети побуту. Ризик переносу вірусу з рук на слизові оболонки очей, носової і ротової порожнини захворювання - доведено.

Виділення вірусу від хворого максимальне в перші 1-3 дні від початку захворювання і може починатися за 48 годин до початку захворювання. Виділення вірусу, зазвичай, триває до 12 днів в легких/помірних випадках, протягом 2 тижнів в тяжких випадках. У тих, хто одужав, ПЛР може бути позитивною після зникнення симптомів. Передача в більшості випадків здійснюється в сімейних кластерах (75-85% кластерів).

Клінічні особливості COVID-19

Інкубаційний період при COVID-19 коливається від 2 до 14 діб, частіше складає від 5 до 8 діб (для порівняння інкубаційний період сезонного грипу складає приблизно 2 доби).

Основними клінічними проявами COVID-19 є:

- підвищення температури тіла - 90% випадків;
- симптоми інтоксикації, слабкість, головний біль - 80%;
- кашель – сухий чи зі скудним мокротинням - 80%;
- діарея - 3%.

У початковій стадії захворювання специфічні симптоми, як правило відсутні.

Основним важким ускладненням є:

- пневмонія - 76%;
- гіпоксія (необхідність в оксигенотерапії) -38%;
- необхідність у неінвазивній вентиляції легень - 5,1%;
- інвазивна вентиляція легень - 2,2%.

Ознака тяжкого перебігу COVID-19 є швидке прогресування дихальної недостатності, збільшення задишки, зниження сатурації кисню за даними пульсоксиметрії. Ці симптоми є основними клінічними орієнтирами для екстреної госпіталізації хворих до відділення інтенсивної терапії. Приєднання бактеріальної, грибкової інфекції, сепсис та інфекційно-токсичний шок спостерігається при прогресуванні інфекції.

Патогенез

Розмноження в епітелії верхніх і нижніх дихальних шляхів. Масивне пошкодження альвеоцитів. Розвивається вірусна пневмонія. При цьому вірус викликає підвищення проникності мембран і посилений транспорт рідини, багатої альбуміном, вінтерстиціальну тканину легень і просвіт альвеол, розвивається інтерстиціальний і альвеолярний набряк. При цьому руйнується сурфактант, що веде до колапсу альвеол. У результаті різкого порушення газообміну розвивається гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) - 40% летальності. Ураження легень при COVID-19 - це не просто вірусно-бактеріальна пневмонія, як думає більшість, а дифузне захворювання паренхіми легень, як прояв інтерстиціального пневмоніту асоційованого з SARSCOV2, а в пацієнтів з важким перебігом - це масивний інтерстиціальний пневмоніт в поєднанні з легенеvim мікротромбозом.

Зміна показника сатурації крові в гірший бік при зміні положення тіла (з горизонтального у вертикальне) є однією з клінічних ознак тромбоемболії легеневої артерії або масивного легеневого тромбозу внаслідок чого і відбувається порушення перфузії газів крові, що асоціюється судинним компонентом.

Таким чином, можна виділити наступні клінічні форми COVID-19:

- ГРВІ легкого перебігу;
- пневмонія без дихальної недостатності;
- пневмонія з гострою дихальною недостатністю;
- ГРДС (гострий респіраторний дистрес-синдром, характеризується набряком легень, порушенням зовнішнього дихання та гіпоксією);
 - сепсис;
 - септичний (інфекційно-токсичний шок).

Високий ризик тяжкого перебігу захворювання та фатального наслідку спостерігається у хворих COVID-19 старше 60 років, які мають супутні хронічні захворювання.

Важке ураження паренхіми легень при COVID-19 виникає внаслідок ряду факторів, одним з яких є специфічна імунна відповідь на вірус SARSCOV-2 та реакція системи гемостазу на специфічне пошкодження власною імунною системою, і ці механізми є генетично обумовленими.

Сприйнятливість до збудника висока у всіх груп населення.

Групи ризику тяжкого перебігу захворювання та ризику летального завершення: пацієнти з хронічними захворюваннями (цукровий діабет, хворобами органів дихання, серцево-судинної системи, онкологічними захворюваннями).

Ступені тяжкості перебігу COVID-19:

- легка - з ураженням тільки верхніх дихальних шляхів;
- середньо-тяжка (пневмонія без дихальної недостатності), ЧДД більше або дорівнює 30 за хвилину, сатурація 93%, чи поява інфільтратів у легенях у вигляді «матового скла», що займає більше 50% легенів протягом 24-48 годин);

- дуже тяжка/критична форма (пневмонія, ГРДС, сепсис, септичний шок, поліорганна недостатність) .

Інші фактори які впливають на летальність від COVID-19:

Супутні захворювання	Летальність
Захворювання ССС	13,2%
Цукровий діабет	9,2%
Артеріальна гіпертензія	8,4%
Хронічні захворювання легень	8,0%
Онкологічні захворювання	8,6%

Стать	Летальність
Чоловіча	2,8%
Жіноча	1,7%

Вагітні хворіють COVID-19 легше, ніж грипом. Серед майже 147 вагітних, за даними CDC Китаю, на 7.02.2020 р. 90% перенесли захворювання в легкій формі, 8% - у тяжкій формі, та 1% - дуже важкій формі.

Пік захворюваності в Україні припав на 19 листопада, 11 -24 березня по Україні виявлено 164,748 випадків захворюваності.

Щоб не захворіти на COVID-19, необхідно:

- зміцнювати імунітет;
- суворо дотримуватися рекомендацій сімейного лікаря;
- уникати факторів, що сприяють рецидиву захворювання;
- регулярно проходити диспансеризацію;
- обов'язково пройти вакцинацію від COVID-19.



IV. СТОРІНКИ ІСТОРІЇ. ДО 95-РІЧЧЯ БАХМУТСЬКОГО МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ

МЕДИЧНІ ДИНАСТІЇ МІСТА МАРІУПОЛЯ

*Аргунова Л.В., викладач медсестринства в хірургії
КЗ «Маріупольський медичний фаховий коледж».*

Людині треба знати свої корені. Тоді повітря, яким вона дихає, Буде цілющим і смачним, і земля, на якій стоять її ноги, буде дорожчою і все, що виходитиме з її рук, буде овіяне майстерністю її попередників, красою, накопиченою у віках.

В.М.Песков

Династія (від грец. слова δυναστεία — «рід») - це ряд поколінь, які передають із роду в рід майстерність, трудові традиції. Династії в медицині - це унікальне явище, в якому протягом багатьох років зберігається любов до медицини, любов до хворої людини, прагнення допомагати людям. З давніх часів професії медичних працівників були одними з найбільш шанованих, до них зверталися за допомогою, порадою і просто за добрим словом .

Я хочу розповісти Вам про деякі медичні династії нашого міста.

Династія Куркчі - Псарас

Куркчі Віра Степанівна. Жителі міста з повагою згадують Віру Степанівну, високий професіоналізм якої допоміг з'явитися на світ сотням новонароджених. Невисока, тендітна жінка, з чарівною посмішкою, надзвичайно організована, народилася в простій грецькій родині в селище Сартана. Після закінчення школи з медаллю вона вступила до Донецького медичного інституту. Навчалася захоплено, з великим інтересом, особливо їй подобалися заняття на кафедрі акушерства і гінекології. З 1959р. працювала районним акушером-гінекологом, а з 1970 року була зав.відділенням патології вагітних пологового будинку №1 м. Маріуполя. Віра Степанівна багато працювала, принцип «Усе для хворих» був основним у всій її роботі.

Чоловік Віри Степанівни, Псарас Геннадій Георгійович у всьому підтримував дружину, розумів її пристрасть до медицини, допомагав їй. Геннадій Георгійович закінчив Жданівський металургійний інститут, захистив кандидатську дисертацію, працював у відділі головного зварювальника комбінату «Азовмаш», потім на кафедрі зварювання металургійного інституту, машинобудівному технікумі. Сини замислювалися про вибір професії, орієнтиром для молодшого Геннадія була мама, йому теж хотілося допомагати людям.

Псарас Геннадій Геннадійович - доктор медичних наук, патріот, гуманіст, людина обов'язку, совісті і честі. Після закінчення школи №39 із золотою медаллю, Геннадій поступив у Донецький національний медичний університет, який з успіхом закінчив у 1986 році, далі пройшов інтернатуру з

хірургії. З 1988 року працює в Маріупольському онкологічному диспансері. Заочно закінчив клінічну ординатуру за спеціальністю «онкологія».

Операції Геннадія Геннадійовича відрізняються анатомічністю та щадністю. Він пам'ятає материнський наказ: «Кожна людина може втратити життя, але вона ніколи не повинна втратити надію на життя». Геннадій Геннадійович створив колектив однодумців і у 1993 році очолив хірургічне відділення №2 Маріупольського онкологічного диспансеру. Відносини всередині колективу на усіх рівнях носять шанобливий характер, але водночас присутні суворі дисципліна та субординація.

З ранніх студентських років Геннадій Геннадійович замислювався про походження та розповсюдження пухлин, про їх діагностику та лікування і старанно займався науковими дослідженнями. У 1995 році під керівництвом свого Вчителя академіка Бондаря Григорія Васильовича захистив кандидатську дисертацію на тему «Лікування раку шлунка ускладненого анемією», а у 2002р. докторську дисертацію з теми «Лікування ускладненого раку товстої кишки».

Г.Псарас має спеціалізації з онкохірургії, онкогінекології, медичної онкології. Він автор і співавтор понад 80 винаходів, патентів СРСР, України, Росії, США. Також він учасник десятків конгресів, з'їздів, конференцій, зустрічей хірургів-онкологів України: Росії, Європи. Він є членом міжнародних медичних організацій: Європейського товариства медичної онкології (ESMO) з 2001 року, Європейського суспільства хірургічної онкології (ESSO) з 2002 року, Американського товариства клінічної онкології (ASCO) з 2003 року, Європейського товариства гінекологічної онкології (ESGO) з 2004 року, Європейського суспільства колопроктології (ESCP) з 2011 року, Міжнародного товариства фахівців з раку шлунка (IGCA) з 2012 року.

Геннадій Геннадійович - один з авторів грецьких медичних програм Всесвітньої Ради греків зарубіжжя. Брав активну участь в реалізації програми з будівництва та медичного забезпечення грецького медичного центру в Маріуполі. Нагороджений Почесним знаком Міністерства закордонних справ Греції за вагомий внесок в розвиток грецьких медичних програм в Україні, Почесною грамотою Державного комітету у справах національностей та релігій України. За його ініціативи та кадрової підтримки в грецькому центрі створено мамологічне відділення.

Династію Куркчі-Псарас успішно продовжують:

Куркчі Марина-Ерика Георгіївна – лікар-рентгенолог Маріупольського онкологічного диспансеру;

Русановська (Куркчі) Людмила Кирилівна, донька рідного брата Віри Степанівни – зав.відділенням патології вагітних і екстрагенітальної патології Маріупольського Перинатального центру.

Куркчі Георгій Кирилович – лікар-педіатр (загинув у ДТП)

Куркчі Олександр Прокопович – сімейний лікар

Батир Любов Іванівна – медична сестра пологового будинку №1 м. Маріуполя

Давиденко Марія, двоюрідна онука - студентка 2 курсу Маріупольського медичного фахового коледжу.

Династія Жданович-Полинько

У Маріупольському медичному фаховому коледжі на I курсі навчається Полинько Дар'я, яка добре знає свій родовід, і з задоволенням розповідає про свою медичну династію.

Її прапрадід Жданович Микола Миколайович народився в маленькому селі поблизу Гомеля, в Білорусі. Дуже любив медицину, закінчив Московський медичний інститут і за розподілом був направлений на роботу в смт Зуя (Крим) дерматовенерологом. Працював сумлінно, наполегливо, творчо. Одружився з вчителькою, у них народилося троє дітей, один з них був дуже слабкий, з вродженою вадою серця – майбутній акушер-гінеколог Жданович Микола Миколайович. Вже новонародженим він був оточений лікарями – педіатрами, кардіологами, кардіохірургами. Ріс Микола веселим, добрим, працелюбним, з великою повагою до медицини. Його вибір – стати лікарем, не був ні для кого дивним, він хотів бути схожим на батька.

Після закінчення Ростовського медичного інституту отримав направлення до міста Людиново Калузької області. Молода родина жила в лікарняній палаті, але їх все влаштувало, так як була особлива атмосфера відповідальності до своєї справи і любові до пацієнта.

У 1957 році Микола Миколайович переїжджає з дружиною і донькою до Жданова (Маріуполя). Він 32 роки працював гінекологом в лікарнях міста (№2, №3, онкологічному диспансері). Микола Миколайович був дуже відомим і популярним гінекологом, багато оперував. До нього часто приходили в гості колеги: Плєсков Р.К., Баєв В.К., Чубуков І.М., які обговорювали професійні питання та вели дружні бесіди. У зв'язку з погіршенням стану здоров'я у 42-річному віці вимушений був прооперуватися і ще 20 років працював із штучним клапаном серця.

Останні два роки життя Микола Миколайович працював викладачем гінекології в Маріупольському медичному училищі, але ця робота була перервана внаслідок розвитку серцевої недостатності, від якої він помер.

Медицина-це покликання для родини Ждановичей. Природно, що діти лікарів теж хочуть для себе таку ж цікаву професію. Його донька – Жданович Людмила Миколаївна ніколи не сумнівалася у виборі професії, такий високий для неї був авторитет батька. Вона бувала з ним на роботі у лікарні, стояла в операційній з ним на операціях і мріяла стати лікарем, а не вчителькою як мама.

Після закінчення ЗОШ №11 з золотою медаллю, Людмила стала студенткою Донецького медичного інституту і в 1973 році успішно його закінчила. Спостерігаючи страждання батька, твердо вирішує стати кардіологом, один рік працює лікарем в кардіологічній бригаді «Швидкої допомоги», а з 1975р. і по теперішній час – в кардіоцентрі м. Маріуполя. Під час навчання одружилася з однокурсником Полинько Анатолієм Анатолійовичем («Кохання на все життя»).

На вибір майбутньої лікарської професії її чоловіка, великий вплив мав завідувач кафедрою нейрохірургії Донецького медичного інституту Кондратенко Віктор Іванович (чоловік рідної тітки), але дві спроби вступу не мали успіху (на той час він працював лаборантом на кафедрі нейрохірургії).

Анатолій Анатолійович обирає урологію, його вчителем був відомий мариупольський уролог Візінков В.І. Все життя він присвячує урології, у 2002-2018 роках очолював урологічне відділення.

Онука - Полинко Дар'я, зростає в родині медиків і для неї бути медичним працівником – не просто професія, а спосіб життя. Доля її не проста: потрібно відповідати прізвищу, щодня доводити власну значимість, з неї буде особливий попит. Перед смертю дідусь Анатолій Анатолійович заповідав онучці: «Якщо ідеш в медицину, то не перетворюй її на бізнес. Лікар – не ремісник».

Наведені приклади медичних династій доводять, що ніщо не дає більшого щастя, ніж усвідомлення того, що допомагаєш людям.

Фамільна спадкоємність професії викликає почуття захоплення.

УСПІШНІ ДИНАСТІЇ МЕДПРАЦІВНИКІВ

*Бубнова К.А., фахівець фізичної та медичної реабілітації
КНП «Кремінська багатопрофільна лікарня Кремінської міської ради»*

Діти успадковують від батьків не тільки гени, риси обличчя, інтелектуальний рівень, традиції, матеріальні блага, але часто і професії. Так народжуються потомствені актори, юристи, медики. Сімейні професійні династії - це не тільки передача знань, накопиченого досвіду, секретів майстерності від покоління до покоління, а й особлива атмосфера, в якій діти приймають рішення піти по стопах своїх батьків.

У медичній громадськості є унікальне явище - медична династія - сім'я, в якій протягом кількох поколінь зберігається любов і відданість медицині. Хочу розповісти про деякі медичні династії, які ведуть свій початок з Кремінської лікарні. В кінці п'ятдесятих в місті Кремінна минулого століття була побудована багатофункціональна районна лікарня, що включає в себе корпус поліклінічного відділення, корпус відділення інфекційних захворювань, корпус з терапевтичним, неврологічним, хірургічним, кардіологічним, травматологічним відділеннями та відділенням швидкої допомоги. До лікарні приїхали медики, які брали активну участь у розвитку нового медичного підприємства, серед них були молоді родини Реги Ганни Петрівни з чоловіком Юрієм Володимировичем, та Губль Катерини Олександрівни з чоловіком Красовським Миколою Івановичем. Працюючи в Кремінській установі охорони здоров'я, вони присвятили їй все своє життя.

Рега Ганна Петрівна починала своє трудове життя з лікаря-терапевта, останні роки працювала заступником головного лікаря Кремінської районної лікарні, її сумлінна праця була відзначена нагородою «Ветеран праці», нещодавно вона відмітила своє дев'яностоліття. Її чоловік Рега Юрій

Володимирович був лікарем хірургом. Їх дочка, Ірина Юрьівна Романенко, закінчила Луганський медичний інститут, в теперішній час кандидат медичних наук, лікар вищої категорії, гінеколог-ендокринолог, акушер-гінеколог. Чоловік дочки, Ігор Володимирович Романенко – доктор медичних наук, професор, доктор-невролог. Онуки: Володимир Ігорович Романенко – врач-невролог, кандидат медичних наук, Юрій Ігорович Романенко – невролог, вертебролог, мануальний терапевт, лікар другої категорії, кандидат медичних наук.

Друга родина медичної сімейної династії. Катерина Олександрівна Губль, окрім того, що працювала лікарем-неврологом, вона виховала не одне покоління медиків в Кременському медичному училищі, за свою діяльність вона отримала відзнаку «Відмінник освіти» та «Ветеран праці». Її чоловік Микола Іванович Красовський працював фельдшером. В даний час в Кременській лікарні працюють син Олександр Миколайович Красовський лікар-дерматовенеролог, та його дружина Марія Миколаївна Красовська – лікар-педіатр, онучка Людмила Олександрівна Красовська – лікар сімейної медицини.

Мешканці міста шанують і пам'ятають цих лікарів, які завжди надавали грамотну кваліфіковану допомогу, відповідально і чуйно підходили до своєї роботи. На їхньому рахунку велика кількість вилікуваних пацієнтів.

Кажуть, що найщасливіші люди ті, хто вгадав своє призначення в житті. Якщо вірити цьому твердженню, династії медичних працівників не просто щасливі - вони в рядах фаворитів долі, тому що споконвіку однією з найбільш шанованою була професія медичного працівника. До нього завжди йдуть за допомогою, порадою і просто за добрим словом.

**ЛИСЕНКО ОЛЕКСАНДРА ОЛЕКСІЇВНА.
ЗОЛОТИЙ ФОНД КОЛЕДЖУ.
ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ 95-РІЧЧЮ ЗАСНУВАННЯ КОЛЕДЖУ.**

Ветрова А., студентка II курсу

Науковий керівник: Бубенцова Л.В., викладач іноземних мов

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Представником «Золотого фонду коледжу» є Олександра Олексіївна Лисенко, випускниця Артемівського медичного училища 1955 року, викладач анатомії з 33-річним стажем.

Олександра Олексіївна народилася 11 листопада 1936 року в одному з приміських сіл Горлівки. Батька не пам'ятає, так як він пішов на фронт і загинув в 1943 році, захищаючи Батьківщину. Вихованням дівчинки займалася мама. Олександра закінчила школу з відзнакою та вирішила присвятити себе педагогічній роботі. Після року навчання на музичному відділенні Артемівського педагогічного училища дівчина зрозуміла, що неправильно вибрала майбутню професію.

У 1952 році Олександра вступає на перший курс Артемівського медичного училища, як золота медалістка. 1955 року Олександра Олексіївна закінчує медичне училище і в числі 5% випускників, які закінчили навчання з червоним дипломом, направляється в Донецький медичний інститут, де і знайомиться зі своїм майбутнім чоловіком Іваном Івановичем Лисенко. Закінчуючи лікувальний факультет медінституту, Олександра мріяла про професію гінеколога. Дитячим лікарем, та ще й дільничним, ніколи не хотіла бути. Навіть думки такої не допускала. Вважала, що не її це справа, а виявилось, що саме педіатрія – її покликання.

Майбутній чоловік Олександри Олексіївни – Іван Лисенко був старостою їх загального курсу. З самого початку навчання в медінституті Івана та Олександрю пов'язувала дружба і взаємодопомога, яка переросла в ніжну прихильність. Коли, в 1961 році майбутні молоді фахівці підійшли до розподілу, вони вирішили узаконити свої відносини, щоб потрапити за розподілом в один населений пункт. Так вони і почали свою професійну діяльність в Артемівську (нині – Бахмуті).

Іван Іванович закінчив медичний інститут з відзнакою. Спочатку працював дільничним лікарем-педіатром дитячої лікарні в Артемівську, потім завідував відділенням цієї лікарні, у 1964-1975 роках був головним лікарем. Олександра Олексіївна працювала у філії, яка перебувала Забахмуткою, обслуговувала закріплену за нею, як лікарем-педіатром, територію. До хворих дітей на ділянці добиралася на кінській возі.

Олександра Олексіївна, навіть будучи дипломованим лікарем-педіатром, зберегла добрі спогади про роки навчання в Артемівському медичному училищі. В один з професійних свят вона вирішила відвідати Віру Іванівну Назаренко, яка була завучем в роки її навчання в училищі. Віра Іванівна запропонувала їй спробувати себе як викладача та викладати анатомію. 5 років Олександра Олексіївна поєднує роботу і викладацьку діяльність. А далі, порадившись з чоловіком, повністю переходить на викладацьку роботу. 33 роки присвятила вона педагогічній діяльності. За цей час 5167 студентів стали її випускниками. Всі роки викладання користується заслуженим авторитетом і любов'ю колег і студентів училища. За сумлінну працю в медичному училищі Олександра Олексіївна Лисенко отримує відмінний знак і почесне звання «Відмінник охорони здоров'я».

З 1975 - 1979 роки чоловік Олександри Олексіївни, Іван Іванович Лисенко, був направлений у відрядження за кордон до Індії, де працював лікарем-педіатром, старшим лікарем поліклініки радянських спеціалістів.

У 1985 році його направляють в Мозамбік, де він працює педіатром і старшим у групі радянських лікарів. Разом з ним і в Індії, і в Мозамбіку була його вірна супутниця, яка могла при необхідності проконсультувати, дати лікувальну пораду.

Іван Іванович і Олександра Олексіївна Лисенко виховали двох синів: Костянтина і Павла.

Стосовно синів: Павло не вибрав своїм майбутнім медицину, а Костянтин продовжив династію лікарів-педіатрів. Він працював в дитячій

лікарні, був головлікарем профілакторію, головлікар лікарні №2, начмед Центральної районної лікарні, а з цього року начмед воєнного шпиталю у Часів-Ярі, має звання капітан. Його дружина, Вікторія Анатоліївна Лисенко, також лікар, очолює кабінет ультразвукової діагностики ЦРЛ.

З 1989 року Іван Іванович Лисенко 7 років працює головним лікарем ЦРЛ, а з 1995 року він - головний лікар міськлікарні №2, яка відзначила 55-річний ювілей яку очолив син Івана Івановича Костянтин Нагороджений медаллю «За трудову доблесть», знаком «Відмінник охорони здоров'я» і занесений в книгу пошани посольства Радянського Союзу в Індії.

Олександра Олексіївна - дуже приємна жінка і зараз сповнена сил та енергії. У спілкуванні з нею вражає її життєлюбність, доброта, скромність, почуття гумору. Спілкуючись з нею, велике враження справляє та теплота і велика любов, з якою вона згадує про свого чоловіка.

Таким чином, збираючи матеріал, я дослідила життєвий шлях Олександри Олексіївни Лисенко як плідну працю викладача, дружини і матері Напевно, така і повинна бути людина, яка присвятила все своє життя одному з найблагородніших занять, - роботі в медицині і у викладацькій діяльності.

РЕАЛІЗАЦІЯ ЗАВДАНЬ УКРАЇНІЗАЦІЇ ЯК ЗАПОРУКА УСПІШНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ

Говорунова І., студентка II курсу

Наукові керівники: Літвін Т.В., викладач історії

Говорунова Л.М., викладач української мови

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Моя робота нав'язана актуальністю та важливістю тих подій, які зараз відбуваються в самій Україні та у світі. Минуло 30 років, як Україна стала суверенною і незалежною державою.

Трохи історії. В УРСР з 1920-х до початку 1930-х років здійснювалась українізація, метою якої було зміцнення радянської влади в Україні засобами запровадження української мови в школах, пресі й інших ділянках культурного життя та включення до партійних і державних кадрів українців за національністю.

Головними ідеологами та провідниками її були Микола Скрипник з Донбасу та Олександр Шумський з Полісся.

Політика українізації була спровокована ворожим ставленням до радянської влади з боку українців, національна свідомість яких зросла за попередні десятиліття внаслідок національної революції 1917-1921 років.

Раднарком 27 липня 1923 року видав декрет «Про заходи в справі українізації шкільно-виховних і культурно-освітніх установ», за яким українська мова запроваджувалася в усіх типах шкіл з визначеними термінами їх українізації.

Другий декрет, ухвалений ВУЦВК і Раднаркомом УРСР 1 серпня 1923 року «Про заходи рівноправності мов і про допомогу розвитку української мови» зобов'язував запроваджувати українську мову на всіх щаблях державного управління.

Головну роль у наступному здійсненні українізації відігравав Народний комісаріат освіти, очолюваний до 1926 року Олександром Шумським, а після його усунення – Миколою Скрипником.

В офіційних документах підкреслювалось, що українізація не повинна обмежуватися лише мовою, а має охопити культурний процес у цілому і довести до опанування українською мовою кадри всіх ділянок економічного й культурного життя країни.

До позитивних прикмет українізації належить закріплення частини завоювань української революції 1917-1921 років, зміцнення позицій українства в місті, зокрема, дякуючи напливу до них сільського населення, якому українізація полегшувала облаштування в місті. Позитивними були також спроби (з ініціативи Миколи Скрипника) поширити українізацію поза кордони УРСР на етнографічно українських територіях.

Українська мова впевнено, без утиску для інших, почала посідати провідне місце. Ознакою розуміння важливості національного питання українізації було й толерантне ставлення до національних меншин в Україні (євреїв, поляків, німців, молдаван та інших), забезпечення їхніх прав у місцевій адміністрації, шкільництві, пресі, театрі тощо. Саме в цей час стали надзвичайно актуальними слова українського класика Тараса Шевченка:

Учітесь, читайте,
І чужому научайтесь,
І свого не цурайтесь...

Велику роль у здійсненні українізації відіграли українці із західноукраїнських земель, які залишилися в УРСР після поразки української революції 1917-1920 років, або приїхали пізніше, гнані, з одного боку, антиукраїнською політикою Польщі, а з другого – натхнені вірою у відродження суверенної України в тодішній УРСР.

Були й противники українізації. Дмитро Лебідь, друга особа в більшовицькій ієрархії в УРСР, фактично виступив проти українізації. У 1923 році він писав: «...штучно насаджувати українську мову в партії та робітничому класі за теперішнього політичного, економічного та культурного співвідношення між містом і селом, – це значить, стати на точку зору нижчої культури села, порівняно з вищою культурою міста. Ми знаємо теоретично, що не оминати боротьби двох культур. У нас, на Україні, через історичні умови, культура міста – це російська культура, культура села – українська».

Однією з реакцій на такі погляди й відповідну практику стала діяльність відомого письменника Миколи Хвильового, а також його гасло «Геть від Москви!», твердження про шкідливість для українців російської культури й заклик орієнтуватися на «психологічну Європу». Хвильовий у своїх думках не був самотнім. Його підтримали так звані націонал-комуністи, які мали

певний вплив серед тодішньої більшовицької партійної верхівки України. Одним з однодумців Хвильового став Олександр Шумський (1890–1946) – український радянський державний і політичний діяч. Був одним з головних ідеологів і провідником українізації. Він, займаючи високі посади в УРСР, робив багато для українізації. При цьому вважав, що одним із головних її гальм є малороси. Це, за його словами, «нікчемний шкурницький тип», «безпринципно-лицемірний, по-рабському двоєдушний і зрадницько-піддесливий». Краще й не скажеш! Сталін не пробачив таке Шумському. Останній у 30-і роки був репресований, як і багато інших українських націонал-комуністів, а потім був убитий з санкції «вождя народів». Став жертвою репресій.

У 1933 році, не витримавши гонінь, покінчив життя самогубством Микола Скрипник. До речі, народився він на Донбасі. Цей регіон, що цілеспрямовано русифіковувався, дав нам не лише українізатора Скрипника, а й визначних дисидентів-шістдесятників – Василя Стуса, Миколу Руденка, Івана Дзюбу, Олексу Тихого.

Отже, внаслідок українізації 20-30х років у 1928-1929 рр. відбулася ліквідація літературних організацій ВАПЛІТЕ і Ланка-МАРС, пізніше – журналів «Літературний ярмарок» і «Політфронт», здійснювалося переслідування неокласиків, відбувся розгром Української Академії Наук, а М.Грушевського заслано до Москви (1931).

Остаточо українізація була припинена з призначенням у січні 1933 року П.Постишева секретарем ЦК КП(б)У.

Другий етап українізації випадає на кінець ХХ початок - ХХІ століття. Він розпочинається з проголошення Незалежності України 24 серпня 1991 року. 12 лютого 1991 року була прийнята Державна програма розвитку української мови та інших національних мов в Українській РСР на період до 2000 року.

В основу програми покладено завдання забезпечити всебічний розвиток і функціонування української мови в усіх сферах суспільного життя як державної, як мови міжнаціонального спілкування в республіці, як важливого чинника повнокровного розвитку духовних творчих сил українського народу, гарантування його суверенної національно-державної майбутності.

Верховна Рада ухвалила закон, який деталізує державний Статус та вживання української мови.

Чому мовний закон важливий?

Державний статус української мови гарантує Конституція. Але деталі використання мов у різних сферах життя має визначати закон. Щоправда, до 2012 року цю функцію виконував ще радянський закон «Про мови в УРСР». У 2012 році Верховна Рада ухвалила так званий «мовний закон Ківалова-Колесніченка», який давав змогу використовувати замість державної мови регіональну – ту мову, якою володіє понад 10% населення регіону. Дослідженням доведено, що він обмежував вживання української мови навіть у порівнянні з радянським законом, і сприяв подальшій русифікації. Його ухвалення викликало масові протести.

Після кількох спроб скасувати закон «Ківалова-Колесніченка» Конституційний суд у лютому 2018 року з рештою визнав його неконституційним. Відтоді Україна не мала жодного закону про мовну політику держави.

У листопаді 2017 року 178 народних депутатів підписали звернення до Президента з закликом оголосити 2018 рік Роком державної мови. Крім того, цю пропозицію підтримали відомі письменники, науковці та митці, а також Світовий конгрес українців, група «Першого грудня» та Меджеліс кримських татар.

9 березня 2018 року Президент Петро Порошенко на церемонії вручення Шевченківської премії заявив, що не проголошуватиме 2018 рік Роком утвердження державної мови, а підпише Указ про десятирічну програму зміцнення статусу української мови як державної.

16 липня 2019 року набрав чинності закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної».

Відповідно до закону в нашій державі робочою мовою в діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій різної форми власності, мовою засідань, зустрічей, професійного спілкування є державна мова. Ця норма стосується також органів влади та закладів освіти.

З метою аналізу ставлення студентської молоді до закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної», виявлення якості знань державної мови та вмінь нею користуватися ми провели опитування студентів нашого коледжу, у якому взяли участь 348 студентів різних національностей: українці – 204, росіяни – 139, азербайджанці – 1, греки – 2, вірмени – 2. З'ясувалося, що рідною мову українську вважають 232 з опитаних, а російську – 116. Такі позитивні показники свідчать, що результат маємо через набуття навчальними закладами Статусу україномовних, введення в дію статті 9 щодо володіння державною мовою та застосування її у службових відносинах. Але складним сьогодні ще залишається вміння спілкуватися в усному мовленні державною мовою. Так, російською щоденно спілкуються 265 опитаних, українською – 83.

На жаль, перехід на спілкування українською відбувається повільніше, ніж хотілося б. Прискорити його можна у разі, коли співрозмовники мають добрі мовні знання.

М.Возняк зауважував: «Щоб добре знати рідну мову, треба їй вчитися змалку до гробу, у школі й поза школою... Через рідну мову ми стали на ноги, ввійшли в сім'ю освічених європейських народів».

80% опитуваних висловили думку про те, що немає сенсу впроваджувати іншу мову як державну в Україні.

Переконана, що сучасна українізація дасть можливість відбутися Україні як європейській державі, зміцнити свій статус серед інших розвинутих держав, підвищить культуру та менталітет кожного українця.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ВЕТЕРИНАРНОЇ СПРАВИ У БАХМУТІ ТА БАХМУТСЬКОМУ ПОВІТІ

*Дишева Н.В., старший науковий співробітник
КЗК «Бахмутський краєзнавчий музей»*

Одним із напрямків роботи КЗК «Бахмутський краєзнавчий музей» у 2020 році – експедиційне дослідження маловідомих локацій міста та територіальної громади. Під час краєзнавчих пошуків і надійшли для ознайомлення альбоми з історії ветеринарії в нашому місті та районі, відбулася подорож територією міської ветеринарної лікарні.

Ця краєзнавча розвідка розкрила ще одну сторінку місцевого, економічного, господарчого, історико-культурного розвитку – об'єкт спадщини Бахмута, який вартий того, щоб привернути до нього увагу громади і краєзнавчої спільноти.

Історія ветеринарної справи в Бахмуті сягає другої половини ХІХ століття – періоду, що характеризується руйнуванням кріпосних відносин, народженням капіталістичної економіки, розвитком науки, техніки, торгівлі. На фоні землеробства тваринництво відставало через поганий стан епізоотичної служби, падіжу сільськогосподарських тварин від заразних та незаразних хвороб, через примітивні умови утримання та годування худоби, птахів. Таким чином, все частіше поставало питання про необхідність введення в програму вищої медичної освіти ветеринарних дисциплін з тим, щоб медики більш кваліфіковано вживали заходів проти повальних хвороб та загибелі худоби. Необхідність створення профілю вже неможливо було обійти – так з'явилися декілька ліцеїв, вищих технічних, сільськогосподарських учбових закладів (Петербург, Казань, Харків, Вільне). Видатні медики запропонували ввести викладання ветеринарних дисциплін у цикл вищої медичної освіти з тим, щоб готувати лікарів, однаково компетентних як в галузі хвороб людей, так і в відношенні хвороб тварин. По закінченню навчання вихованці отримували диплом, причому він давав «ветеринарну обітницю»: «Принимая с должною признательностью диплом, дающий мне права ветеринара, я даю обещание добросовестно исполнять обязанности своего звания, способствовать сохранению здоровья домашних животных и по возможности излечивать их болезни. Обещаю при каждой возможности, сообразуясь с обстоятельствами, обращать внимание сельских хозяев на улучшение способов содержания домашнего скота, указывать во вверенном мне районе, согласно с существующими относительно ветеринарных обязанностей постановлениями, на мероприятия к предохранению и пресечению повальных болезней домашних животных. Обещаю усердно действовать при помощи указываемых наукою средств к усовершенствованию скотоводства в России. Обещаю следить за ходом ветеринарных наук и всеми силами содействовать как их усовершенствованию, так и напечатанием всего замечательного, распространять общепользные сведения, касающиеся до домашних

животных и обхождения с ними при здоровом и болезненном их состоянии». Її давали випускники майже до 30-х років ХХ століття. Не дивлячись на такі успіхи, слово «ветеринарія» довгий час було невідоме, нерозповсюджене. Про це свідчать спогади з книги «Моя життя в науке» академіка Костянтина Івановича Скрябіна (1878-1972): « 1900 год... В то время произошел один незначительный на первый взгляд случай, который сыграл решающую роль в моей судьбе. Просматривая энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона, я натолкнулся на слово «ветеринария», статья была подписана неведомым мне автором – Татарским. Читаю внимательно, и чем глубже вдумываюсь в строчки, тем больше волнуюсь. Узнаю, что существуют высшие ветеринарные учебные заведения, в которых... изучают, в довольно широком объеме, биологические дисциплины... Эта статья произвела на меня потрясающее впечатление, она зародила во мне надежду добиться биологического образования через ветеринарию».

В Бахмутському Повітовому земстві ветеринарні спеціалісти з'явилися в 1907 році. Їх робота була спрямована на обслуговування тваринництва поміщиків, худоботорговців, санітарного стану боєнь. Послугами ветеринарної ділянки користувалося й населення. До 1917 року Бахмутський ветеринарна ділянка обслуговувала міста Лисичанськ, Дебальцеве, Юзовку (Донецьк). Коли ділянка тільки відкрилася, вона розташовувалася в приміщенні на території Забахмутки. В 1910 році побудували ветеринарну



*Будинок земського ветлікаря
Благова Г.П. (1907-1920)*

лікарню поряд з міським ринком з продажу худоби. На території лікарні були споруджені будівлі, а саме ветеринарна амбулаторія (нині манеж та аптека), будинок для лікаря-ветеринара (нині контора), будинок для фельдшера (біля контори), льодовик для зберігання біопрепаратів, господарчий сарай,

стайня для утримання племінних биків, жеребців (праворуч від амбулаторії).

Ветлікарні був переданий на баланс дерев'яний рубаний дім, в якому раніше був міський морг (вул. Піонерська, нині Броварська). До території лікарні прилягала ще вулиця Циганська (нині Спартаківська). Ветеринарний лікар міг працювати на виїзді по 3-4 дні. Плати грошової в практиці майже не було, лікарю «дякували» борошном, зерном, яйцями, сіном «при возвращении домой они грузили на отдельные подводы мой заработок и я даже в большинстве случаев не знал, кто что мне дал». Загалом штат складала до 1917 року: ветлікар-завідуючий-1, ветфельдшер-1, ветсанітар-1, кучер-1. Вони виконували наступні види роботи: прийом хворих тварин, кастрація, щеплення проти сибірської виразки, проти пики свиней, нагляд за бійнями. Максимальний прийом хворих на день становив 100 голів. На цей час утримання ветеринарної лікарні обходилося у 2500-3000 рублів на рік. В аптеці ділянки було 25-30

найменувань медикаментів, не рахуючи рослинних: листя, коріння, квітів, плодів.

Ветеринарна статистика базувалася лише на підсумках амбулаторних прийомів хворих. Вона не відображала дійсного ветеринарного стану обслуговування території. За 30-35 верст хвору тварину не приведуть на прийом. Більшість хворих тварин лікували знахарі, коновали або покладалися на самовидужування. У ветеринарних спеціалістів було широко розповсюджене «заочне» лікування, по розповідям власників про симптоми хвороби. Виїзди в господарства треба розподілити на дві категорії: виїзди в поміщицькі маєтки, к гуртам скототорговців, купців – ця область роботи ветеринарного лікаря. Виїзди к іншим власникам – здійснював ветеринарний фельдшер або ветеринарний санітар, що мав якийсь досвід. Як відносилися до ветеринарів в той час ми можемо дізнатися з книги «Из деревни» Олександра Миколайовича Єнгельгардта (1832-1893) наступне «...никакое хозяйство без коновала обойтись не может, потому что в известное время года, например, ранней весной, в каком хозяйстве бывает не обходимо кастрировать каких-нибудь животных: поросят, баранчиков, бычков, жеребчиков. Без коновала потому никто обойтись не может...Коновалы пользуются большим почетом у крестьян и их обыкновенно зовут по отчеству...Коновалы занимаются также и лечением животных, но значение их в этом отношении ничтожно...».



*Ветеринарна лікарня
з неінфекційним стаціонаром*

Питання нових форм і методів роботи ветеринарної служби загострилося у роки колективізації – адже обслуговувати, лікувати треба було не до десятка тварин на одному подвір'ї, а по 50-60 в одній спільній стайні. І стаєн було в спеціаліста не одна, обслуговування одним лікарем велось у декількох господарствах. Отже, за рішенням правління колгоспу призначався колгоспний ветеринарний лікар, що відповідав за огляд тварин, виявлення хворих, надавання первинної допомоги, ізолювання хворого, дезінфекцію.

Для підготовки ветеринарних санітарів при Артемівській (Бахмутській) ветлікарні організовувалися короткотермінові курси, що тривали 15-30 днів. Програму курсів складав районний ветеринарний лікар. По їх закінченню ветсанітари поверталися до своїх колгоспів та приступали до роботи. Багато хто з цих спеціалістів до кінця свого життя працювали за цією спеціальністю. Це були «золоті помічники» ветеринарних лікарів – М.П. Волков (с. Красне, Іванівське, Бахмутський район), А.П. Сорокіна (с. Карпівка, Лиманський район), Кіндюшенко (с. Парасковіївка, Бахмутський район), Є.Є. Лук'янець (с. Привілля, Слов'янський район), В.І. Сідоренко (с. Василівка, Ясинуватський район, нині під контролем самопроголошеної ДНР), І.П. Мокрий (с. Кодемо, Бахмутський район).

Введення в колгоспах посади «ветеринарний санітар» дало можливість закласти фундамент організації ветеринарної служби в колгоспах. Через 30 років ветеринарну службу в тих самих колгоспах будуть очолювати ветеринарні лікарі. І не один ветспеціаліст на один колгосп, а три-п'ять з середньою та вищою освітою. На жаль, ветеринарних аптек в колгоспах не було. Креолін використовувався як універсальний дезінфектор, якого на весь район було не більше 100-200 кг. Лікарям доводилося заготовлювати для ветділянок, пунктів лікарські рослини: ромашку, полин, горицвіт, подорожник, плоди шипшини. Для лікування хворих тварин широко використовувався огірковий та капустяний розсіл, цибуля, часник, сіль, томатний сік, столітник. Фізичні методи: масаж, гарячий пісок та сіль.

Під час тимчасової нацистської окупації наше місто зазнало великих втрат як людських, так і матеріальних. Великого руйнування піддалися ветеринарні заклади району. В Артемівській райветлікарні на всіх будівлях були розбиті дахи, авіа-бомбою був розбитий кут, виведені з ладу каналізація, водопровід, електрика, зруйнована огорожа двору. Багато сил та енергії відібрала робота по відновленню ветлікарні, тому що грошей в перші роки після війни не виділяли. Самостійно чинили дахи за допомогою одного найнятого спеціаліста за рахунок коштів на господарські витрати, поточний ремонт, відновлювали каналізацію, очищали стічні води. Таким чином, до 1949 року всі дахи, як то кажуть були без дір, вода не потрапляла до приміщень при дощі чи таненні снігу. На відновлення будівель ветлікарні працювали всі ветеринарні та технічні робітники, студенти Харківського ветеринарного інституту (з 2001 року Харківська державна зооветеринарна академія), слухачі однорічної школи ветфельдшерів, що прибули на виробничу практику в нашу ветлікарню. Допомогали в цій непростій справі власники тварин, яких доставили на амбулаторний прийом (1-2 години) в очікуванні черги прийому хворих. Нерідко спеціалісти, що надавали лікарську допомогу хворим, ночували в конюшні, корівниках, свинарниках. Вони відпочивали 3-4 години, а зранку знову приступали до виконання професійних обов'язків. 1946-1947 роки стали неврожайними, був голод, деякі з ветпрацівників опухали від голоду, але про це нікому не казали. Для подолання відстаней до хворих тварин допомагав двоколісний кінний візок. Не зовсім сита конячка запряжена в бідарку, напружуючи свої сили, плелася по брудній дорозі, час від часу слухаючи наполегливі підганяння вершника (ветеринар і кучер в одній особі). В такому транспорті ветеринар віз один-два ящики з нехитрими медичними інструментами, медикаментами. На 1946 рік транспортом в ветеринарних закладах були лише коні. Їх налічувалось шість голів. В 1947 році Артемівська міська ветеринарна лікарня була реорганізована в Артемівську зооветділянку з райветлікарнею.

З 1950-х років почався новий етап розвитку ветеринарної справи в нашому місті та районі. Професія ветеринарного лікаря становиться престижною, значимою в охороні людства та біосфери від забруднень, епізоотій заразних захворювань, виконуючи найбільш благородну місію в суспільстві.

ЖИТТЯ І МЕДИЦИНА, ЖИТТЯ В МЕДИЦИНІ, МЕДИЦИНА – ЦЕ І Є МОЄ ЖИТТЯ

Євтушенко В.В., кандидат наук, заступник заввідділу з питань охорони здоров'я при Секретаріаті Кабінету Міністрів України

Якось не встиг звикнути жити, а вже розпочався 63-й рік життя.

У минулому році я мав задоволення відвідати Бахмутський медичний коледж, перший раз після випуску із стін цього славетного навчального закладу.

Зустріч із директоркою пройшла по-діловому і якось офіційніше ніж я хотів би. Сам винуватий, не треба було представлятися у своїй посаді, а назватися просто випускником 1978 року. З першої хвилини нашого спілкування було зрозуміло, що переді мною творча, ініціативна людина, яка глибоко розуміє доручену їй справу і вміє організувати роботу для ефективного вирішення задач щодо навчального процесу. Наша бесіда була корисна, сподіваюсь, для нас обох.

Я маю стільки досвіду і такий вік, що мені не треба довго розказувати, як і що зроблено, та яких зусиль це вартувало. То ж відразу хочу подякувати за клопітку працю шановній Наталії Миколаївні Красножон – директорці коледжу протягом десятків років. Важка повсякденна робота очолюваного нею колективу відразу помітна по будівлі, стану матеріально-технічного забезпечення навчального процесу, рівню викладацького колективу, високій якості підготовки нового покоління професіоналів сестринської справи.

Дякую щиро за екскурсію по закладу і знайомство із деякими викладачами і, окремо, за запрошення на святкування 95 річниці коледжу.

На роботі в той час була тільки одна викладачка, що залишилася із часів мого навчання, це – Літвін Тетяна Василівна. Коли вона з'явилася у нашому училищі, хлопці були поголовно закохані у молоденьку, струнку, розумну дівчину. Але, мені стало зрозуміло, що єдина людина у моєму училищі, яка могла мене пам'ятати, не може мене згадати а не те що упізнати. Ось що час робить із спогадами, вони губляться.

Розуміння цієї обставини і прохання пані Тетяни спонукало зробити спробу щось написати про час, про училище, про людей і про себе.

Артемівськ завжди був містом, де було багато військових, справжніх чоловіків у формі. І прагнення пацанів Донбасу надягти погони були цілком зрозумілі.

У 1974 р. військкомат став набирати юнаків для навчання військових фельдшерів в Артемівському медичному училищі (АМУ). Конкурс на вступ був 4,5 особи на одне місце, крутіше ніж конкурс до медичних інститутів. Після медкомісії і іспитів тридцятьоро хлопців 14-16 років стати навчатися в медичному училищі в групі 1/9-Ф (перша група дев'ятого набору фельдшерського відділення).

1/9-Ф – команда, із якою молоді хлопці занурилися в медицину. Посвята у медики із постановою, де неодноразово звучала фраза: «Архімеда

Гіпократ був мудрішим у сто крат!» та перше виконання *Gaudeamus Igitur*, місяць роботи у радгоспі, спортивні секції (доречі, команди за участю хлопців з 1/9-Ф з волейболу та баскетболу двічі були чемпіонами Донецької області серед медичних училищ, неодноразово займали призові місця у змаганнях із легкої атлетики, багатоборства), безкінечна хімія, цікава із досвідами фізика, ЛАТИНЬ, анатомія, суспільствознавство і, нарешті, медичні дисципліни.

Класний керівник, якого всі ми пам'ятаємо і будемо завжди йому вдячні за те, що він був у нашому житті – Кічіджи Микола Іванович. Його зразок любові до медицини прищепив до багатьох з нас таке саме ставлення до мистецтва Асклепія.

Впевнений у тому, що про викладачів медучилища того часу Тетяна Василівна має доволі інформації. Дякую їй за те, що вона стала берегинею та популяризаторкою історії нашого закладу.

Згадую час навчання в АМУ як найкращий у моєму житті. Найщиріші мої друзі саме з тих часів.

На випускному вечорі наш викладач літератури Габелев Марко Володимирович, яскрава особистість, сказав таке: «Мужчини, вам потрібно вчитися все життя, щоб стати успішними. А то вашої зарплати буде вистачати лише на те, щоб доїхати до Курдюмівки». З тих пір я все життя навчався і продовжую навчатися.

Мої батьки і я були надзвичайно горді від того, що я у 1978 р. закінчив навчання із відзнакою. На наступний після випуску день я вже працював фельдшером на Артемівській станції швидкої медичної допомоги. Отримані освіта і практичні навички дали мені можливість легко увійти в колектив і почати виконувати те, чому мене навчали майже чотири роки.

У цьому ж році вступив до Харківського медичного інституту. Професія, отримана в училищі, допомогла заробляти на хліб під час навчання в медпунктах метрополітену та машинобудівного (танкового) заводу.

Після здобуття професії лікаря працював сільським лікарем більше 20 років, потім головним лікарем Бориспільського району.

Закінчив Національну академію державного управління при Президентіві України.

Попрацював також в Міністерстві охорони здоров'я, Адміністрації Президента України, Секретаріаті Кабінету Міністрів України.

У 2016 р. я пішов захищати Україну. Служив на посадах начальника медичної служби, начальника медичного пункту спочатку окремого 10-го батальйону, а потім окремого 24 штурмового батальйону “Айдар”.

Довелося повоювати і на Світлодарській дузі, безпосередньо захищати від російських загарбників Бахмутський напрямок.

Під час другої світової війни мій дід, Євтушенко Федір Гордійович, воював у складі партизанського загону “Ч”. Громив інших загарбників нашої козацької землі саме у Артемівському районі. Думаю, що це символічно, коли дід і онук прагнули одного і того самого – свободи своєму народові.

Для мене Світлодарськ, Кодемо, Зайцеве, Вершина, Бахмут... мають не тільки топографічне значення. Це символи нашої свободи, історії, боротьби за волю і землю. Це все моє, моїх дітей і онуків, моїх земляків і моїх побратимів. Сіверський Донець, Бахмутка, гірке полинне повітря Донецького степу влітку, постійний вітер Донецького кряжу взимку, сіль наших шахт, непроїзні після дощів глинисті дороги. За це воювали мій дід і я. Якщо треба буде ще, наші спадкоємці готові стати до зброї та захистити своє.

На війні довелося побачити всякого. Взагалі війна це кров, бруд і горе. Якщо хтось відноситься до війни як до чогось романтичного, то таку людину треба негайно відсторонити від участі у війні.

Війна викриває у людей і найгірші і найліпші якості. Тут стає відразу зрозуміло, що за людина поруч із тобою. Ті, хто у звичайному житті можуть виглядати простими, на війні можуть виказати найкращі людські якості. А деякі шароварно-вишиванкові патріоти виявляються трусами.

Мені щастило, більшість моїх побратимів були і є справжніми патріотами, сміливими, надійними людьми.

Окремо хочу ще раз підняти тему проявів героїзму під час війни.

Під час перебування "Айдара" на Світлодарській дузі під моє командування як начальника медичного пункту батальйону прибула молода дівчина, медична сестра Галка Дарина Василівна - випускниця Бахмутського медичного коледжу. Командир і підлегла з одного навчального закладу. Історія передачі знань і досвіду між поколіннями продовжується.

Даринка розумна, смілива, а після участі у бойових діях ще і досвідчена санінструктор. Її не лякали постріли і вибухи, вона сміливо і вправно надавала необхідну медичну допомогу пораненим і хворим бійцям. На жаль, не минула її війна своєю темною стороною. Дарина після війни отримала інвалідність, пов'язану із захистом Батьківщини. Природна скромність не дозволяє їй користуватися належній їй шаною і повагою як ветерану Збройних Сил України та учаснику бойових дій. Таке життя, ще немає 30 років, а вже ветеран. Доречі, для прикладу молоді: Дарина під час участі у війні продовжувала здобувати вищу освіту реабілітолога.

Війна завжди забирає молодих, які ще майже нічого досі не встигли, не бачили у житті. Війна забирає молодих, які ще не встигли нарадітися сонечку, любові, не відчували щастя. Війна забирає їх у свій кровавий полон, дає у руки багнети, примушуючи нищити, вбивати, розбивати і ... плакати. На війні панує смерть. Ми, медики, інколи єдині хто стоїть між смертю і життям. На війні я остаточно зрозумів цінність знань з медицини. І тому закликаю своїх колег і теперішніх і майбутніх весь час вчитися медицині, вчитися наполегливо і чесно. Кожне врятоване життя назавжди зарахується вам і людьми і Богом.

Перебуваючи на війні, продовжував роботу над своєю кандидатською дисертацією, писати наукові праці. Захистився і отримав науковий ступінь у 2020 році у віці 61 рік.

Впевнений у тому, що участь своїх випускників у боротьбі за свободу України, Бахмутський медичний коледж належним чином задокументує, і буде використовувати це під час підготовки нових медичних працівників.

Зараз я продовжую працювати заступником завідуючого відділом з питань охорони здоров'я Секретаріату Кабінету Міністрів України. Продовжую наукову діяльність, доцент Київського медичного університету.

Ну, а це спеціально для Тетяни Василівни – так, я двічі нагороджений Почесною грамотою Кабінету Міністрів України, медалями громадських організацій «За врятовані життя» та «Святого Пантелеймона».

Буду надзвичайно щасливим, якщо згадування про мене допоможе виховувати найкращих медичних працівників в Бахмутському медичному коледжі.

Vivat. Alma mater!

КАРАНТИННЫЕ МЕРЫ И ЭПИДЕМИИ ЧУМЫ В БЕССАРАБИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ДЕВЯТНАДЦАТОГО ВЕКА

*Ецко Д., доктор истории, старший научный сотрудник
Институт Истории, Академия Наук Республики Молдова*

В результате русско-турецкой войны 1806-1812 годов территория между Днестром и Прутом, которая позже стала называться Бессарабией, была присоединена к Российской империи. В Бессарабии девятнадцатого века распространение заразных болезней было результатом развития торговых отношений, ведения военных действий и колонизации провинции.

На протяжении девятнадцатого века этот регион преследовал эпидемии чумы. Царские власти приняли ряд мер по искоренению этого зла. Санитарный кордон был установлен вдоль реки Днестр. Были сформированы карантинные комитеты, которые действовали на основании Положения об организации карантина в Подольском уезде, принятого в 1813 году. Члены карантинных комитетов отвечали за проверку жителей деревень, пострадавших от эпидемии, они также должны были обеспечивать медицинский персонал необходимые медикаменты и дезинфицирующие средства, чтобы организовать снабжение жителей пострадавших территорий продуктами питания и питьевой водой. Санитарные кордоны состояли из солдат. В Яссах, Могилеве и Дубэсарах карантинные пункты сохранились. И пассажиры, и товары, которые их сопровождали, подверглись карантинным мерам. Людей заставляли оставаться в карантине в течение 21 дня. Весь инвентарь был продезинфицирован по системе Гитана де Мавро, а также лошади и крупный рогатый скот были помещены на карантин в соответствии с положениями карантинного правила 1813 года. В том же контексте превентивных мер по остановке эпидемии чумы был запрещен лов рыбы на реке Прут.

В конце 1812 г. в Бессарабии была подтверждена чума. Источник заражения находился в непосредственной близости - город Одесса. Осенью

1812 года в районе заражения погибло около 2000 человек. Исходя из серьезности ситуации, чтобы сделать борьбу с эпидемией более эффективной и искорененной, власти региона применили установление санитарного кордона. После двух лет усилий, направленных на то, чтобы остановить разрушительную чуму, 10 августа 1814 года власти одесского региона отменили карантин.

Что касается Бессарабии, то только в Яссах и Хотинском уездах были зафиксированы случаи чумы. Благодаря действенным мерам удалось справиться с эпидемией всего за несколько месяцев. В конце 1812 года в Бессарабии не было зарегистрировано ни одного случая чумы. В период эпидемии погибло 116 человек. Во время русско-турецких войн 1828-29 года был введён новый карантин. После Войны власти региона отменили карантин. Все карантинные меры в итоге плохо сказывались на экономическом развитии Бессарабии.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В БАХМУТІ НА РУБЕЖІ ХІХ – ХХ СТОЛІТЬ

Ібраєв А., студент,

Науковий керівник: Абрамов О.Є., викладач історії

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

На рубежі ХІХ – ХХ століть у Бахмутському повіті була всього одна лікарня та жив окружний лікар, який мав у своєму розпорядженні кількох фельдшерів. У такому незадовільному становищі лікарська частина Бахмута перебувала до 1880 р.

З 1882 р у Бахмутському повіті розбиваються лікарські дільниці, організуються приймальні покої, в яких діяльність фельдшерів перевіряється лікарем. Лікарська справа змінюється в кращу сторону з організацією лікарської дільниці. Стрімко зростає кількість лікарських ділянок (1882 р – 3, 1903 р -7, 1912 -24, відкриваються лікарсько - амбулаторні пункти) таким чином Бахмутське земство стало проявляти турботу намагаючись зробити користування лікарняним лікуванням більш доступним для населення. Амбулаторна допомога надається населенню лікарями, або фельдшерами в земських лікувальних установах. Земство турбується про лікарів, надає їм квартири та господарські різні служби, льодовик, погріб, сарай, колодязь, а також мертвецьку (морг). До 1905 р. майже всі земські лікарі мали квартири при лікувальних закладах безкоштовно.

За статистичними даними у 1901 – 1904 рр. приймалося в амбулаторіях по 125 801 хворих на рік. З них 43 тисячі набули лікарської допомоги. Близько 66% - 82 тисяч хворих прийняли фельдшера на своїх пунктах. Поступово становище змінюється і більшість хворих отримують компетентну медичну допомогу у лікарів. Зростає довіра з боку населення, збільшується число хірургічних допомог (1900 р. - проведено 853 операції, 1902 р. -1536,

1912 р. - 2649 операцій, 558 з них були зроблені із застосуванням загального наркозу).

Госпітальне лікування сільського населення було безкоштовним. Плата за лікування досягала 40 копійок на добу, з хворих військового відомства стягувалося 60 копійок на добу.

Медичну підготовку всі лікарі земської медицини отримували на медичних факультетах університетів. З 1898 р питання про наукове відрядження лікарів позитивно вирішено. Визнано, що має практичне і життєве значення. Лікар, який повернувся з наукового відрядження, зобов'язаний був представити звіт і зробити доповідь перед з'їздом лікарів при Управі. Початковий оклад платні земських лікарів був призначений у розмірі 800 руб., і поступово збільшувався (1875 р. - 1000 руб. в рік; 1902 р. - 1 200 - 1 500 руб. в рік). Кожен земський лікар мав право на щорічну відпустку на один місяць для відпочинку.

Таким чином, земська медицина, стала яскравим прикладом організованої медичної допомоги населенню. Вона розробила своєрідну форму охорони здоров'я у вигляді лікарської дільниці – форму організації медичного обслуговування, неперевершену ніде в світі. Завдяки творчій ініціативі, енергії і допитливому дух лікарів земська медицина досягла таких результатів. Поглиблювалася спеціалізація медичної допомоги: свій розвиток отримали хірургія, гінекологія, офтальмологія, стоматологія рентгенологія. Багато проблем охорони здоров'я до кінця досліджуваного періоду так і не були вирішені (проблема високої дитячої смертності, слабе охоплення населення профілактичними щепленнями, умови праці лікарів, технічне оснащення лікарень та амбулаторій не завжди відповідали вимогам і санітарним нормам, що призводило до зниження якості медичного обслуговування).

Враховуючи недоліки і позитивні сторони системи охорони здоров'я в Бахмутському повіті, можна зазначити, що вона значно підвищила рівень медичного обслуговування населення. Самовіддана робота земських лікарів внесла значний вклад в розвиток всієї системи охорони здоров'я Бахмутського повіту на рубежі XIX - XX століть.

ЦІКАВІ ФАКТИ З ІСТОРІЇ БАХМУТСЬКОГО МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ

Кандинська К., студентка II курсу

Науковий керівник: Літвін Т.В., викладач соціальних наук

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Ювілейні дати в житті будь то людини, установи чи країни змушують наново подивитися на їх історію, наново її переосмислити.

Мені пощастило попрацювати з архівними матеріалами (в основному наказами керівників коледжу за 1944-58 рр), і виявила дуже цікаві факти з історії нашого коледжу.

Як змінювалась назва закладу освіти.

Із заснування коледжу в 1926 році він мав назву – «Артемівська фельдшерсько-акушерська школа».

В 1954 році назва закладу змінилась на «Артемівське медичне училище». Витяг з наказу по АФШ від 28.07.1954 року (далі мовою оригіналу):

«В соответствии с приказом Министерства здравоохранения УССР №404 от 24 июля 1954г. «О мероприятиях по дальнейшему улучшению подготовки средних медицинских кадров», и приказа по Сталинскому областному отделу здравоохранения от 10 июля 1954 г. №1019 о реорганизации средних медицинских школ в области Артёмовской акушерской школы присвоено звание Артёмовского медицинского училища с установлением профилем акушерским и фельдшерским».

У 2017 році медичне училище отримало назву «Бахмутський медичний коледж». У 2020 році коледж отримав назву «Бахмутський медичний фаховий коледж».

Керівниками (директорами) нашого коледжу були:



Бадодін
Олександр Володимирович
перший директор
фельдшерсько- акушерської
школи (1926- 1934 р.р.)



Гусева
Антоніна Кузьмівна
була директором
з 1934 року по 1941 рік.



Хайлов
Григорій Степанович
(1944- 1947 роки),
потім займав посаду
головного лікаря міської
лікарні



Кіскачі
Тетяна Аркадіївна
очолювала фельдшерсько-
акушерську школу
в 1947-1953 роках



Коваленко
Наталія Олексіївна
директор училища
у 1956-1963 роках



Дружинський
Віктор Костянтинівич
керував закладом
з 1963 року по 1993 рік



Малородний
Анатолій Сергійович
був директором з 1993 по 2007 рік



Красножон
Наталія Миколаївна
очолює коледж з 2008 року

Коли у жовтні 1941 року німці захопили Артемівськ, Хайлов Г.С. та Діамідов В.П. (викладач медичної школи) залишились в окупованому місті і ризикуючи своїми життями разом з іншими колегами Вальхом Б.С. (лікар) і Зіньковською-Кібкала (акушерка), надавали медичну допомогу 120 бійцям радянської армії, яких вдалося сховати від фашистів.

Навчальний процес

Для вступу в акушерсько-фельдшерську школу необхідно було здати вступні іспити, а саме: конституцію СРСР, українську мову, російську мову, математику.

Вступ до медичної школи здійснювався на базі 7 класів.

В дипломі, який отримували випускники, вказувалась спеціальність «акушерка» або «фельдшер». Вже після закінчення війни стали випускати медичних сестер. У 1971 році військкомат став набирати юнаків для навчання на військових фельдшерів в Артемівському медичному училищі. Конкурс при вступі 4-5 особи на одне місце. Після медичної комісії і здачі іспитів 30 хлопців 14-16 років стали навчатися в групі 1/9 «Ф». В 1955 році було створено вечірнє відділення. Так у наказі № 124 від 30.08. 1954 року було вказано: «Зачислить на вечернее отделение фельдшеров 1 курс «А» - 30 человек; 1 курс «Б» - 30 человек»

В архівних документах знайшли відомість, в якій вказані предмети, які здавали студенти II курсу на сесії: «внутрішні і інфекційні хвороби», «хірургія з травматологією, десмургією та рецептурою», «гінекологія», «акушерство», «російська мова». Студенти також проходили державну практику і навіть влітку потім могли працювати у відділеннях лікарні.

Війна 1941-1945 років обірвала навчальний процес як раз в той час, коли в червні 1941 року студенти почали здавати державні іспити для отримання диплому. Дуже багато наказів 1944-1960 років стосувалися видачі довідок про закінчення АФШ. Так в посвідченні, яке 17.09.1948р. видане за підписом директора Кискачі Т.А., була вказана кваліфікація «Акушерка-фельдшер».

Після закінчення війни одна з задач, які вирішувала радянська влада – це інтеграція західних районів України в УРСР. Цей процес отримав назву «Советизация».

В західних регіонах створювали навчальні заклади, бо ці регіони потребували багато фахівців в різних галузях народного господарства, в тому числі й медичних працівників.

Східна Україна направляла багато спеціалістів в західні регіони. В архівних документах знайдені такі матеріали, в яких два випуски майже повністю направлялись в західну Україну (наведу зміст наказу від 1955 року): «Согласно плану распределения Министерства здравоохранения УССР выпускников 1955 года направьте для работы:

1. Сталинская область – 30 чел.(51%)
 2. Тернопольская – 23 чел.(39%)
 3. На учёбу – 3 чел.(5%)
 4. По месту жительства семьи – 3 чел.(5%)
- Всего – 59 чел.»

Далі наводжу лист, який надійшов від студентки, яку направили на роботу у Волинську область:

«Здравствуйте, наши преподаватели и весь педагогический коллектив Артёмовской акушерской школы. Примите наш привет из Волынской области.

Сообщаем Вам, что доехали мы благополучно до области, с области нас направили по районам: два человека уехали в Ратновский р-н и два в Любомский. Шарендо работает в 5км от г. Луцк.

Приняли нас не плохо. Только с деньгами ничего не уладим. Работаем в селах при медпунктах.

Работа идёт хорошо, как дальше не знаем.

От р-на в одну сторону 23 км, самое отдалённое село недалеко. Протекает река Буг. Со двора видны польские домики. Живём среди песка и сосен.

Где остальные неизвестно нам. Соловьянова от меня в 15 км. Пока всё.

Славченко, Соловьянова»

До 1956 року навчання було платне, але деяких студентів звільняли від плати за навчання (наведу зміст наказу №13 від 24.09.1953 року) :

«Считать освобождёнными от платы за обучение на 1-е полугодие 1953/54 уч.год согласно имеющихся документов дающих право на освобождение:

44 студента - всего.

31 студент - отец (муж) погиб во время Отечественной войны (71%)

5 студентов - отец (муж) пропал без вести (11%)

5 студентов- студент инвалид (11%)

3 студента –студент является единственным источником существования(7%)»

Цікаві факти щодо етнічного складу студентів

«Сведения на учащихся II «В» курса Артёмовской Акушерско-Фельдшерской школы»

Рік народження: від 1925 до 1931 року. Переважає 1928 й 1927 роки.

Національність: українці - 22 чол.(85%)

росіяни- 3 чол.(11%)

білоруси- 1 чол.(4%)

Всього- 26 чол.

Саме цікаве, що серед студентів була незначна кількість з Артемівська, а більшість студентів - з навколишніх сіл.

І на останок- гумористична сторінка

Працюючи із архівними матеріалами, я знайшла дивні та смішні накази, ось декілька з них.

В той час студенти не мали кіберзалежності, що призводить до гіподинамії, але керівництво медичним училищем активно пропагувало здоровий спосіб життя. Наводжу накази:

«Приказ № 24

*По Артёмовской акушерской школе
от 16 октября 1953г.*

За опоздание на физ. зарядку 16.10.53 г. без уважительной причины и грубое нарушение распорядка в школе предупреждаю следующих учащихся: Кравченко и ещё 16 студентов.»

«Приказ № 126

*По Артёмовской акушерской школе
от 1 сентября 1954г.*

Тов. Карягиной М.Д с 1 сентября 54г. возобновить проведение зарядки с уч-ся школы.

Начало зарядки с 7.30час. участие всех уч-ся обязательно.

Неприход уч-ся на утреннюю зарядку будет рассматриваться как нарушение дисциплины»

Сучасним студентам, які дуже багато часу проводять в соціальних мережах і рідко хто з них читає художню літературу, мабуть викличе непорозуміння той факт, що за любов до читання літератури (нехай навіть на уроці) можна потрапити в наказ:

«Приказ № 97

*По Артёмовской акушерской школе
от 29 мая 1954 года*

Уч-ся II курса «а» Мухиной за нарушение дисциплины, выразившейся в неоднократном чтении книг и писем на уроках акушерства и фармакологии выношу строгий выговор с занесением в личное дело»

«Приказ № 46

*По Артёмовской акушерской школе
от 17 декабря 1954 года*

За нарушение дисциплины на уроке, выразившееся в чтении книг на лекции уч-ся Дуброву и Волкову строго предупредить и в течении 3-х месяцев лишить права пользования художественной литературой в библиотеке. Приказ проработать со всеми учениками школы»

Це невеличка частина історичних фактів про наш коледж. Я продовжую свої дослідження, результати яких будуть висвітлені у збірнику. Присвяченому 95-річчю Бахмутського медичного коледжу.

ІНТЕРВ'Ю-РОЗДУМИ НАПЕРЕДОДНІ 95-РІЧНОГО ЮВІЛЕЮ

*Літвін Т.В., викладач суспільних дисциплін
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

У 2021 році Бахмутському медичному коледжу виповниться 95 років. Солідний вік для підведення підсумків. Найголовніший ресурс в реалізації задач, які потрібно вирішити колективу – це його кадри, його керівник. Ресурс керівника вміщує стиль його роботи, характер, професіоналізм, життєвий досвід, мудрість. Зараз медичний коледж очолює Наталя Миколаївна Красножон, яка стала директором у січні 2008 року.

У березні 2008 року кореспондент місцевої газети «События» взяв у неї інтерв'ю. Одне з питань звучало так: «Є така розхожа фраза – «це не жіноча справа» або навпаки – «не чоловіча». Медицина – це є більше чия справа?

- Це якраз та галузь, про яку можна сказати, що це і чоловіча, і жіноча справа. Тут необхідні і традиційні чоловічі риси характеру: твердість, уміння ризикувати; і більш жіночі: чуйність і доброта».

За роки існування медколеджу його очолювали також жінки-директори: це Гусева А. К. - чий керівництво випало на часи становлення медичної школи, Кіскачі Т. А. та Коваленко Н. О. очолювали у післявоєнний період.

Наталя Миколаївна в інтерв'ю обмовилася фразою, яка стала заголовком статті «Чим складніше, тим цікавіше». Говорячи про складність роботи, чи передбачала вона тоді, наскільки складним виявиться цей шлях?

До її активу керівника слід зарахувати: закінчення Донецького медуніверситету, викладацька робота в Донецькому та Артемівському медучилищах, два терміни депутатської роботи в місцевій раді.

На її долю керівника випало:

- початок реформи медсестринства і відповідні великі (кардинальні) зміни у викладанні медичних предметів;

- боротьба за «виживання» навчального закладу в розпочатій оптимізації (тобто скорочення кількості) навчальних закладів;

- перехід до ЗНО, зменшення кількості абітурієнтів, введення для студентів ліцензійного (державного екзамену) в тестовій формі за наявності сторонніх спостерігачів;

- події 2014 року, які безпосередньо і болісно відбилися на коледжі. Тоді в травні 2014 року терміново згортався навчальний процес, а вересень почався в атмосфері повної невизначеності;

- зміни в технічній базі навчання при недостатньому фінансуванні; модернізація матеріально-технічної бази коледжу швидше нагадувала будівництво: кімнати перебудовувалися в сучасні кабінети та лекційні аудиторії, які вміщували значну кількість студентів, ремонт великого за площею спортзалу та даху будівлі. А якщо додати оснащення сучасною побутовою та комп'ютерною технікою, медтренажерами та медобладнанням,

літературою – за 2008-2020 рр. було освоєно 6610150 гривень. Така ж реконструкція відбулася і в гуртожитку.

- включення науково-дослідницької роботи в навчальний процес як студентів, так і викладачів, в результаті чого з 2013 року спільно з Харківською медичною академією післядипломної освіти наш коледж став базою для проведення регіональних конференцій, а в подальшому Всеукраїнських конференцій з міжнародною участю;

- тяжке випробування у вигляді COVID-19 і різкий перехід до універсального дистанційного навчання на загальнодержавному рівні з абсолютно не відпрацьованим «навчальним протоколом» професійної підготовки студентів в таких умовах.

Ювілеї надають можливість озирнутися назад і осмислити минуле, задуматися про майбутнє. Наталя Миколаївна стала директором у динамічному і швидкоплинному ХХІ столітті. Вона безумовно директор з демократичним стилем керівництва. Як вона вирішувала ті виклики, на які треба було відповідати? На минулий досвід опиратися було не можна. Це були виклики абсолютно нові, непередбачені. Ось тут і виявилось її вміння приймати не тільки одномоментні рішення, але й займатися стратегічним плануванням. Постійними пріоритетними напрямками її роботи були – створення комфортних і сучасних умов для навчання і соціальна політика щодо працівників (зарплата, педагогічне навантаження).

«Якби інтерв'ю відбулося сьогодні, то з вершини прожитих років, як би ви відповіли на питання, яке було задане у березні 2008 року: «Чи є щось, чого ви ніколи не зможете зрозуміти і прийняти?»

- Як і тоді приведу слова В. Висоцького: «Я не люблю, когда мне лезут в душу, тем более, когда в нее плюют». Краще не скажеш. Не люблю зради, мінливості, необов'язковості. Додала б ще: відсутність почуття обов'язку і професійну байдужість».

А далі надаємо слово тим, з ким Наталя Миколаївна працює і ким керує.

Лифар Роза Хасанівна, викладач-методист, лікар-гінеколог:

«Яка вона – Наталя Миколаївна? Я працюю з нею понад 30 років. Справедлива, дуже вболіває за коледж. Згадую два випадки. У 2010 р., коли була чергова атестація коледжу, зі Львова приїхала директор інституту медсестринства Марія Шегедин. Вона запропонувала нашій Наталі Миколаївні: «Чому б її співробітникам не написати підручник для студентів з медичних дисциплін». Пройшло небагато часу і Наталя Миколаївна запропонувала мені написати підручник з «Медсестринства в акушерстві». Пройшли роки кропіткої праці і підручник вийшов у світ в 2015 році .

Ще одна риса нашого директора – вона цінує в своїх співробітниках професіоналізм і всіляко сприяє, щоб лікарі поєднували педагогічну діяльність з практичною роботою».

Звонарьова Наталя Євгенівна, викладач біології та завідувача відділенням післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів, депутат районної ради:

«Відлік мого професійного шляху в медицині почався з Артемівського медучилища. Працювала у практичній медицині і отримала надалі вищу освіту в Донецькому національному університеті. Так трапилося, що на кожному життєвому етапі мій шлях перетинався з Наталею Миколаївною. З 2011 року я працюю у коледжі і завжди на шляху становлення мене як педагога найцінніші поради мені надавала Наталя Миколаївна. Директор доклала багато зусиль, щоб відкрити на базі нашого коледжу у 2015 році відділення післядипломної освіти. До речі, попит на проходження курсів був високий. Так, моніторинг довів, що такої освітньої послуги щорічно потребує більш ніж 500 медспеціалістів.

У 2017 році мене призначили на посаду завідувача відділенням післядипломної освіти, в роботі якого дуже важливим було налагодження співробітництва з представниками закладів охорони здоров'я Донецької області. Саме в цьому питанні мені допоміг досвід керівника, яким щедро ділилася зі мною Наталя Миколаївна і направляла мене».

Вяла Ганна Володимирівна, викладач терапії, завідувача практичним навчанням:

«Моя праця у коледжі почалася у 2011 році, коли я прийшла після 6-річної практичної роботи дільничним терапевтом.

Мабуть, відіграв роль зв'язок з медичною династією. Мої бабусі - Манукалова Вікторія Микитівна і Усенко Алла Денисівна у свій час навчалися в Артемівському медичному училищі. Вікторія Микитівна все життя працювала фельдшером. Вона багато розповідала про свою роботу і найкращу професію. Алла Денисівна – моя двоюрідна бабуся, і я пишаюся тим, що після закінчення Артемівського медичного училища, а потім і Донецького медичного інституту, Алла Денисівна стала досвідченим епідеміологом і доцентом кафедри епідеміології Донецького медінституту.

Моя матуся, Манукалова Олена Павлівна, вже понад 30 років викладає у коледжі дерматовенерологію, є куратором фельдшерських груп, головою циклової методичної комісії. Після закінчення Донецького медінституту працювала педіатром, врятувала життя багатьом дітям.

Кажуть, посередній учитель розповідає, хороший учитель пояснює, кращий учитель демонструє, великий учитель надихає. Для мене Олена Павлівна була, є і завжди буде – кращим і Великим Учителем!

З 2017 року я стала завідувачою практичним навчанням. Наталя Миколаївна для мене не тільки досвідчений керівник, а й ідейний натхненник. Пам'ятаю, коли наш коледж тільки починав співробітництво з командою, яка втілювала програму ООН в плані впровадження навчання новій професії – екстрений медичний технік, у нас, причетних до цієї справи, іноді опускалися руки, та Наталя Миколаївна знаходила слова і аргументи, щоб підняти настрій і натхнення колективу. І навіть, коли директор Донецького обласного Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Кіяшко І.А., скептично ставився до процесу ліцензування професії екстрених медичних техніків, Наталя Миколаївна надихала колектив крок за кроком йти до поставленої мети, і це дало свої результати! У березні 2021

року отримали посвідчення 20 перших в Україні екстрених медичних техніків.

Наталя Миколаївна завжди дає мудрі поради і вміє оперативно реагувати на будь-які збої у роботі колективу. Яскравий приклад лідерства та професіоналізму Наталі Миколаївни дозволив мені, як завідуючій практичним навчанням, підвищити свої навички і розробити ефективні методи роботи на цій посаді.

Колектив за час свого існування переживає чимало подій. Однак у кожного колективу є керівник, який несе за нього відповідальність, приймає складні рішення, координує роботу всіх підпорядкованих йому співробітників. Наталя Миколаївна – яскравий і гідний приклад мудрого керівника з лідерськими якостями та професійною майстерністю!»

Болдарєва Валентина Михайлівна, викладач нервових та психічних хвороб:

«Наталю Миколаївну я знаю більше 30 років як викладача, голову циклової комісії, завідувача практичним навчанням, як директора, яким вона стала не в простий період для нашого навчального закладу.

До медичного училища я прийшла, маючи деякий досвід в практичній медицині. Працювала в сільській лікарні за фахом педіатра, який отримала в Донецькому медичному університеті, потім завідувачем педіатричної служби в Ямській міській лікарні (нині м. Сіверськ), у тому числі як лікар-інфекціоніст, педіатр в соматичному та пологовому відділеннях. Працювала в м. Артемівську дільничим педіатром і одночасно по сумісництву викладала деякий час в медичному училищі.

У роботі практичного лікаря зустрічаються неординарні випадки, професійні труднощі, невдачі, радість одужання пацієнта, його можлива смерть. Працюючи в коледжі, зрозуміла, що робота зі студентами цікава, а навчати не менш відповідальна робота, ніж праця лікаря. Хотіла передавати свої знання, досвід майбутнім медичним працівникам. За роки праці в коледжі як класний керівник випустила 9 груп, і завжди відчувала допомогу, порозуміння з боку адміністрації, а конкретно директора.

Наталя Миколаївна вболіває за імідж коледжу, набір студентів, оснащення кабінетів, успіхи студентів (ліцензійний іспит, олімпіади, конференції, успіхи в спорті тощо). В спілкуванні віддає перевагу діловій, конкретній, цілеспрямованій бесіді. Завжди готова вислухати, зберігає вірність друзям, не нав'язує свою точку зору. Запитання ставить конкретні і чекає на такі ж відповіді.

Мені імпонує її ставлення до викладачів старшого віку. Вона цінує їх досвід, знання, відповідальність. Підтримує під час життєвих негараздів.

З таким директором працювати комфортно та приємно».

Бубенцова Лариса Василівна, викладач іноземних мов, голова циклової методичної комісії:

«Працюю з Наталею Миколаївною з моменту приходу її до коледжу у 80-х роках. Знаю її як викладача, голову ЦМК, зав. практичним навчанням, як директора. Наталя Миколаївна завжди бачить перед собою мету і поступово, по-діловому її досягає. Завдяки її якостям бути вимогливою до

себе і підлеглих, «тримати руку на пульсі», вмінню ризикувати, твердості характеру, училище абсолютно змінилося не тільки зовні. Головне, а про це свідчать показники ліцензійного іспиту, коледж досягає високого рівня підготовки випускників. І все це під керівництвом маленької тендітної жінки – доброї, чуйної, здатної спрямувати всі зусилля колективу на великі справи. Я б сказала про Наталю Миколаївну англійською приказкою «Small spool, but expensire» - «Мал золотник, да дорог».

І на закінчення.

У засновника медичної школи Китаєва А.Л. і директора Красножон Н.М., незважаючи на те, що їх віддаляє відстань майже у століття, є багато спільного: їх реформаторські вподобання, вміння мислити стратегічно, вміння виділяти пріоритети в діяльності. Наталя Миколівна у свій час доклала чимало зусиль, щоб наш навчальний заклад не потрапив під «оптимізацію». Була проведена значна робота по відкриттю в медколеджі відділення післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів, у 2020 році наш заклад став одним з перших в Україні, де після проведеного експерименту проводиться набір з підготовки екстрених медичних техніків.

У 2006 році, ще будучи на посаді завідуючого відділенням, Наталя Миколаївна після прийняття положення про організацію в навчальних закладах I-II рівня акредитації науково-дослідницької роботи, домоглася того, що одним з перших серед медучилищ області була наша публікація англійською мовою у знаковому збірнику «Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених», яка проходила на базі Донецького державного медуніверситету у 2007 році.

Подальше існування і розвиток нашого навчального закладу в значній мірі залежить від людей, які в ньому працюють. Особливо у той час, коли людство стикнулося з такою глобальною проблемою, як COVID-19. Зараз світ, як ніколи, потребує досвідчених, підготовлених, свідомих медпрацівників, і працівники системи медичної освіти повинні це усвідомлювати.

ОСНОВНА ПРОФЕСІЯ – МЕДИК, А ЗА ВОЛЕЮ ДУШІ – ПРИРОДОЗНАВЕЦЬ

Новоженіна Я., студентка III курсу

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Наукові керівники: Сикварова С.М., науковий працівник

КЗК «Бахмутський краєзнавчий музей»

Літвін Т.В., викладач суспільних історичних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

«Основна професія – медик, а за волею душі – природознавець». Саме цей вислів відноситься до надзвичайно талановитої людини, першого природознавця Донбаса, доктора медицини Бориса Сергійовича Вальха.

Борис Сергійович Вальх народився в Харкові 27 листопада 1876р. в сім'ї дворянина – землевласника. Дитинство і юність Бориса пройшли в селі Веденське Бахмутського повіту Харківської губернії. Мати, Марія Олександрівна, мріяла, щоб син отримав медичну освіту, а не став військовим, як батько.

Систематичні спостереження за птахами Борис почав 16-річним юнаком – гімназистом Павлоградської гімназії, в якій він навчався в 1892-1896 роках. Околиці Павлограда, за його власними свідченнями, на той час були «богатеїшей в орнитологическом отношении местностью, занимающей угол между р. Самарой и Волчьей». Саме в цій мальовничій місцевості Борис Вальх здобув навички дослідника і сформувався як висококласний орнітолог.

Не дивлячись на те, що Вальх мав спеціальну рекомендацію з гімназії про нахил до природознавства, він вступає на медичний факультет Харківського університету. Захоплення зоологією і ботанікою та високий рівень підготовки не залишилися поза уваги університетського начальства. Декан природничого факультету професор І.Ф. Брандт дозволив йому безкоштовно слухати лекції природно-історичного відділення фізико-математичного факультету паралельно з медичними.

Декан медичного факультету О.Х. Кузнецов ще під час навчання Вальха запропонував йому розпочати наукову кар'єру в лабораторії медичного факультету, але Борис відмовився. Він мріяв про роботу в зоологічному музеї.

Після закінчення університету Б. Вальх, як лікар, стажується в Харкові. Потім його направили в Бахмут, звідки в 1915 році він був переведений в с. Камар Камарської волості Маріупольського повіту на посаду практикуючого лікаря. Весь свій вільний час він присвячував спостереженням за птахами, особливо його цікавила аборигенна фауна.

В пізнавальних цілях він також здійснював екскурсії по Дніпру від Катеринослава до Ненаситецького порогу по річці Вовчій. Відвідав інші місця Катеринославської губернії: степи під Синельниковим, плавні під Олександрівськом, річку Донецьк на Луганщині, Маріупольський повіт.

Дивує його працездатність і різнобічні інтереси. Вальх захоплювався розвитком садівництва на півдні Російської імперії, розселенням диких звірів і птахів в штучних лісах, проблемами заповідної справи. Він видає наукові праці стосовно біологічної боротьби зі шкідниками сільського господарства (саранча, суслик), публікується в зоологічних журналах, вивчає динаміку видів, продовжує збирати колекції птахів і риб, комах і ссавців. Пізніше ця колекція була передана Азербайджанській Академії наук, а опудала птахів прийняв Артемівський краєзнавчий музей. На жаль ця унікальна колекція в роки війни була знищена.

Вальхом було написано близько 100 наукових робіт. Його хвилювали питання охорони природи, виховання у юнацтва любові до Батьківщини, її краєвидів. Він сприяв організації приморських заповідників у Приазов'ї, заповідника « Кам'яні могили», спеціалізованого вихохулевого господарства в Серебрянському лісовому масиві на Донбасі.

Після закінчення університету Б.С.Вальх побував у Швеції, в експедиціях по Середній Азії, Закавказзю і під Мурманськом.

Об'єм публікацій його наукових робіт вражає. Адже треба було поєднувати професійну лікарську діяльність з науково – дослідницькою роботою в галузі природознавства. Перша його стаття побачила світ в 1900 році в «Трудах общества испытателей природы при Императорском Харьковском университете». Структура і зміст статті відповідають класичним вимогам до фауністичних робіт – це анотований список птахів з відомостями про чисельність, характер перебування, особливості біології, та інше. Пізніше ці матеріали увійшли до збірника «Визначника птахів УРСР»

Стаття опублікована в «Орнитологическом вестнике» в 1911 році, була у формі зведеної таблиці і підвела підсумок 18-річних (1892-1910) спостережень автора.

Б.С. Вальх відкрив новий вид миші *Mus sergii Valch.*, описав його в 1928 році і опублікував відповідну статтю в Працях Харківського Товариства дослідників природи. Пізніше професор О.П. Корнеєв включив цей вид, під назвою курганчикова миша, у збірник «Визначних звірів УРСР». Далі наданий перелік деяких статей, автором яких є Вальх :

1. «Выхухоль в Серебрянском лесном массиве Артемовского округа» 1928 г.
2. «Фауна птахів Харківського Університетського саду раніше і тепер» 1931 р
3. «Суслик в Донецкой губернии и организация борьбы с ним» 1923 г.
4. «Перечень птиц, найденых в губернии с 1892 по 1910г. Из материалов для орнитологов Екатеринославской губернии»
5. «Хлеборобы. Протравливайте все посевное зерно!»
6. «Прусик или итальянская саранча и борьба с ней»
7. «Златоуска»
8. «Озимый червь и борьба с ним» октябрь 1924 г.
9. «Гусеница – златогузка» 30 января 1925 г.
10. «Озима совка в Донбасе в сезон 1924г.»

А також була надрукована книга: «Материалы для орнитологии Екатеринославской губернии. Наблюдения 1892 – 1897 года »

Вважається, що Б.С.Вальх є засновником Краєзнавчого відділу Артемівського музею. Вальх за словами його сина був високої кваліфікації лікарем – терапевтом, його також цікавила педіатрія. Після закінчення університету в 1913 році працював лікарем в Маріуполі, в 1914-1915 в Архангельській губернії. В 1916 він працював лікарем переселенського пункту в місті Олександрівськ Бакінської губернії. Після мобілізації в 1917 році його призначили лікарем залізничної станції Самсоново Бухарської залізниці. З 1922 року зайнявся ентомологічною роботою, очолив ентомологічне бюро.

У листопаді 1927 р Вальх організував експедицію в Серебрянський масив, де ще жила хохуля. Влітку 1928 року тут було організовано перше в Україні спеціалізоване вихухолеве господарство.

За однією з версій, на початку 1937 року Наркомат охорони здоров'я Туркменської РСР запросив доктора Вальха, як відомого фахівця, в

Іолотанський район для організації боротьби з малярією. Там Б.С. Вальх очолив обласну малярійну станцію в місті Мари. За іншою версією він відправився до Туркменії, рятуючись від сталінських репресій, намагаючись влаштуватись на роботу епідеміологом.

На початку війни був мобілізований для супроводу евакуйованих в'язнів. Після завершення евакуації в'язнів у 1941р. повернувся в Артемівськ. В період німецької окупації працював лікарем II лікарні. За даними, які має краєзнавчий музей, користуючись своїм положенням лікаря переховував бійців радянської армії, допомагав підпільникам і пораненим, рятував земляків від відправлення на примусові роботи у Німеччину.

Працюючи без відпочинку та будучи тяжко хворим, Вальх роботу не залишав. 12 квітня 1942 року лікар тихо помер у своєму кабінеті в лікарні. Був похований, Б.С. Вальх в садку біля лікарні, в якій після війни був розташований туберкульозний диспансер. На жаль його могила не збереглась. Залишилась лише пам'ять про цю талановиту людину, та деякі його науково – дослідницькі статті.

27 листопада 2021 року Б.С Вальху виповнилося б 145 років.

Коли я досліджувала життя цієї людини, мене не покидала думка про те, що місто має обов'язково якимось чином увінчати в Бахмуті пам'ять про Бориса Сергійовича Вальха, що так багато зробив для нашого міста, для науки, для багатьох наших земляків. Саме тому за ініціативи Бахмутського краєзнавчого музею найближчим часом в нашому місті планується встановити меморіальну дошку пошани на будинку, де мешкав Вальх в 1941-1942 роках. Також є намір встановити пам'ятний знак біля протитуберкульозного диспансера і перейменувати вулицю в честь Б.С. Вальха.

Я вдячна працівникам краєзнавчого музею міста Бахмут за надану мені можливість працювати з матеріалами архіву.

НЕЗАЛЕЖНІ, БО ВІЛЬНІ ДУХОМ...

Ситковська І.П., викладач української мови та літератури

КЗ «Донецький обласний спеціалізований коледж спортивного профілю ім. С.Бубки»

***Встане слава мати Україна
Щаслива і вільна,
Від Кубані аж до Сяну-річки
Одна нероздільна.
Т. Шевченко***

Мета статті – проаналізувати соціальні зміни на шляху України до Незалежності в рамках триваліших історичних періодів.

Методологічну основу роботи становлять загальнонаукові прийоми дослідження, основним серед яких є діалектичний метод пізнання та

сукупність спеціальних методів дослідження, зокрема, історико-правовий, порівняльний, системно-функціональний.

Результатом даної статті є патріотичне виховання населення, підвищення правосвідомості громадян України.

Т.Г.Шевченко не міг спокійно дивитися на тяжке існування простого селянського люду. Для себе він вибрав шлях постійної боротьби за ідеали свободи та рівності, проти царату. Тарас Григорович закликав боротися проти панів-шляхтичів, проти національних поневолювачів, оспівав славу тих, хто не корився силі гнобителів. За це він терпів багато страждань, але назавжди лишився вірним своїй рідній Україні.

Геніальний поет вірив у майбутнє, пророкував його. Вчорашні раби стануть творцями, змінять обличчя рідної землі. А люди «раді та веселі» зійдуться тими шляхами на спільну раду. З його уст звучать слова «Борітеся - поборете», бо тільки в «своїй хаті своя правда і сила, і воля». Україна через терни йшла до своєї незалежності.

Початки власне українського державотворення відносять до часів Київської Русі. Ця держава виникла у другій половині IX століття і в період свого розквіту була найбільшою і наймогутнішою в Східній Європі.

Вже пізніше, період феодальної роздробленості, найбільш сильним і дієздатним було Галицько-Волинське князівство, яке продовжило традиції київської державності. Перші згадки про українських козаків відносяться до кінця XV століття. Велике повстання середини XVII століття під проводом Богдана Хмельницького, яке виросло в справжню національну революцію, призвело до утворення козацької держави, керованої гетьманом.

Але стадія масового національного руху для України розпочалась у 1917 році. Революція дала українському народу черговий шанс на створення власної державності. Першою очолила цей процес Українська Центральна Рада. Її метою було створення національно - територіальної автономії України у складі Федеративної Російської держави. Та воєнні дії, які розгорнулися завдяки Радянській Росії проти Центральної Ради, примусили її в січні 1918 року прийняти свій IV Універсал, який проголошував незалежність Української Народної Республіки.

У 1918 році після державного перевороту до влади прийшов гетьман Павло Скоропадський, а Україну проголосили гетьманською державою. Але у світовій війні поразку отримали Німеччина та Австро-Угорщина і це призвело до того, що Скоропадський був позбавлений підтримки, тому він був змушений зректися гетьманства та покинути Україну. Саме тому Україна як гетьманська держава проіснувала всього сім з половиною місяців.

Варто згадати, що означені державні утворення були дуже різними і відповідно помилки вони робили теж різні. Серед українських самостійників були республіканці, монархісти, прихильники радянського устрою. Між національними силами різної політичної орієнтації точилась жорстока боротьба. Центральну Раду шляхом перевороту ліквідував П.Скоропадський, гетьманський режим упав під тиском іншого самостійницького режиму – Директорії УНР, комуністи – самостійники боролися як проти гетьмана, так і

проти Директорії. Тому мабуть головною і спільною помилкою усіх національних сил було те, що представники різних течій національного руху не захотіли знайти компромісу в соціальних питаннях заради реалізації загальнонаціонального інтересу, заради створення власної держави.

Разом з тим, на нашу думку, не варто розглядати результат визвольних змагань в 1917-1920 роках як суцільну поразку українського руху. Адже до 1917 року українці не мали не тільки державності, а й взагалі будь-якого національного самоврядування, українська культура зазнавала утисків і переслідувань. У 1920-х – частково 30-х роках проводилась радянська українізація, котрої напевне не було б без революції 1917-1920 рр. Після 1920 року українці отримали нехай і формальну, але все ж таки державність у вигляді Української Соціалістичної Радянської Республіки (УСРР, з 1936 року УРСР). За радянських часів відбулось об'єднання в межах однієї держави абсолютної більшості українських етнічних земель.

18 червня 1991 року, були внесені відповідні зміни до статті 73 Кодексу законів про працю Української РСР, унаслідок чого в переліку святкових днів з'явився запис: «16 липня — День незалежності України». Вперше День незалежності України був відзначений 16 липня 1991 року в пам'ять про те, що рік тому 16 липня 1990 року Верховна рада УРСР прийняла «Декларацію про державний суверенітет України». Також 16 липня 1990 року Верховна рада УРСР прийняла постанову «Про День проголошення незалежності України». У ній зазначено:

«Зважаючи на волю українського народу та його одвічне прагнення до незалежності, підтверджуючи історичну вагомість прийняття Декларації про державний суверенітет України 16 липня 1990 року, Верховна Рада Української Радянської Соціалістичної Республіки постановляє: вважати день 16 липня Днем проголошення незалежності України і щорічно відзначати його як державне загальнонародне свято України».

Оскільки 24 серпня 1991 року Верховна Рада Української РСР ухвалила «Акт проголошення незалежності України», який 1 грудня 1991 року підтвердив народ на Всеукраїнському референдумі, виникла потреба змінити дату святкування Дня незалежності України. Тож 20 лютого 1992 року Верховна Рада України ухвалила постанову «Про День незалежності України». У ній зазначено:

«Зважаючи на волю українського народу та його одвічне прагнення до незалежності, підтверджуючи історичну вагомість прийняття Акта проголошення незалежності України 24 серпня 1991 року, Верховна Рада України постановляє:

- 1. Вважати день 24 серпня Днем незалежності України і щорічно відзначати його як державне загальнонародне свято України.*
- 2. Постанову Верховної Ради Української РСР «Про День проголошення незалежності України» від 16 липня 1990 року вважати такою, що втратила чинність».*

Висновки. Тарас Шевченко був переконаний, що нема насильства більш нестерпного, як те, яке прагне відняти народу спадщину, створену

численними поколіннями його предків. Ми віримо, що наш народ не загине, не загубиться між документами і цією повсякденною метушнею, ми віримо, що наша нація буде безсмертна, вона не помре, не помре і мова, як головна ознака нації, бо правильно каже приказка: «Вмирає мова – вмирає нація».

Нашому поколінню випало складне, але почесне завдання – відродження української мови, держави, нації. І виконати його - наш громадянський обов'язок.

БУРЕМНІ РОКИ: ВИПРОБОВУВАННЯ НА МІЦНІСТЬ (зі спогадів про коледж та колектив)

*Сніховська О.В., заступник директора з навчальної роботи
КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»*

Як відомо, на роботі та в оточенні колег людина проводить більшу половину свого життя. Так само, багато моїх спогадів пов'язані з нашим закладом освіти та колективом. Моя робота у коледжі почалася в 2011 році з моменту відкриття ліцензії на підготовку студентів на основі базової загальної середньої освіти. Після доброзичливої співбесіди з директором, Красножон Наталею Миколаївною, мене було прийнято на роботу викладачем української мови та літератури.

Колектив зустрів мене привітно. Особливо запам'яталися перші зустрічі з викладачем суспільних дисциплін Літвін Тетяною Василівною, яка очолювала на той час циклову методичну комісію і стала для мене одночасно і другом, і куратором, та викладачем акушерства та гінекології Лифар Розою Хасанівною, яка привітно запросила мене, як молодого викладача, приєднатися до колективу, зробила невелику екскурсію у своєму навчальному кабінеті...

Далі почалися робочі будні: кураторство у складній групі 1/3 СС, виховні заходи, участь у методичних об'єднаннях, набуття досвіду викладання, атестація на II кваліфікаційну категорію... Хотілося б відмітити педагогічний такт та високий професіоналізм Говорунової Любові Миколаївни, яка на час початку моєї роботи в коледжі була методистом. Вона відвідувала мої перші заняття, виділяючи кращі моменти, висловлюючи конструктивну критику, надаючи фахову та методичну підтримку.

Яскравою сторінкою моєї професійної діяльності поза коледжем стала участь у якості перекладача у заходах ЄВРО 2012, які проходили у місті Донецьку. Зустріч іноземних гостей, проведення екскурсії містом, відвідання двох футбольних матчів на знаменитій Донбас-Арені, супровід гостей до новенького Донецького аеропорту з надсучасним дизайном та потужностями...

Ця сторінка швидко перегортається у пам'яті та спогади зупиняються на подіях 2014 року: початок громадянського протистояння в Україні, Майдан, Революція Гідності, відступ сил протиборчої сторони через наше

місто, обстріл військової частини, розгром Донецького аеропорту, Гловайський «котел», розміщення поранених в коледжі...

Саме у цей важкий час, в 2014 році, мені довелося працювати секретарем приймальної комісії, коли прийом документів було подовжено на місяць, настали труднощі з пошуком вступників, приходилося виборювати виконання регіонального замовлення будь-якою ціною. В цей же рік мене було призначено завідуючою Лікувально-медсестринського відділення замість досвідченого адміністратора Манжули Тетяни Вікторівни. Пам'ятаю її особливу тактовність та пунктуальність у передачі мені повноважень, а також винятковий порядок на відділенні - у всіх паперах, на всіх полицях, у всіх журналах...

Саме на посаді завідуючої відділенням мені довелося познайомитися з колективом ще ближче, впевнитися у тому, що колектив коледжу є командою професіоналів, що почуття професійної гідності і клятва Гіпократа – це не просто красиві фрази, а стиль життя і поводження з оточуючими – колегами та студентами. Особливо хочеться згадати викладачів-педіатрів Іващенко Лідію Миколаївну та Чеботенко Наталю Миколаївну, їх тепле, материнське ставлення і до мене, як до починаючого адміністратора, і до студентів – з такими викладачами здається, що будь-які труднощі лише тимчасові, і є приводом ще більше зміцнити дружні стосунки та плідну взаємодію.

Викладачі акушери-гінекологи Лифар Роза Хасанівна та Журавльова Тетяна Іванівна завжди приваблювати студентів загадковістю своєї професії, особливим розумінням статевих проблем юнацького віку, доброзичливим ставленням. Викладачі-хірурги та терапевти особливо виділяються своєю суворою педантичністю та наполегливістю передати найважливіші знання та вміння студентам – це Туз Єлизавета Олександрівна, Зінченко Іван Васильович, Плига Ельза Карлівна, Білоха Наталя Миколаївна та Слапко Тамара Марківна...

Керувати відділенням мені подобалося. Не дивлячись на важкий економічний та політичний стан у країні, студенти по-дорослому сприймали свої обов'язки, вдавалося з кожним знайти спільну мову, спонукати кожного до навчання, підбадьорити до складання заборгованостей, іноді, навіть, виконувати місію «миротворця» в непростих стосунках викладачів та студентів. Відчувався особливий драйв у тому, що потрібно тренувати студентів для державного ліцензійного іспиту Крок-М, у тому, що моя допомога та контроль також важливі, такі ж важливі, як і наполеглива робота викладачів-клініцистів. Було завжди радісно дивитися на випускників, які успішно, на високий бал, склали іспит Крок-М, складалося таке враження, що це особисте досягнення не тільки кожного студента, а і кожного викладача, адміністратора, директора.

У вересні 2017 року – знову кадрові зміни. Моя посада змінилася на посаду методиста коледжу, а Любов Миколаївна стала заступником директора з виховної роботи. Довелося освоювати нову роль – роботу з викладачами та головами циклових комісій з методичного контролю педагогічної діяльності, педагогічної атестації, проведення методичних

нарад. У порівнянні з посадою завідувача відділення, обов'язки методиста видалися мені надто формальними, «паперовими», відчувався сум за живим повсякденним спілкуванням зі студентами на відділенні...

Яскравим спогадом цього періоду є організація і проведення п'ятої науково-практичної конференції в коледжі. Роботу з проведення конференцій розпочала Говорунова Любов Миколаївна в 2014 році: під її керівництвом було проведено дві регіональні (2014, 2015 роки) та дві всеукраїнські (2016,



2017) конференції. Викладач суспільних дисциплін Літвін Тетяна Василівна – невтомний науковий керівник, постійний ініціатор дослідницької роботи в коледжі серед викладачів та студентів – дуже допомогла мені з організаційними питаннями, запропонувала запросити цікавих та творчих людей.

П'ята конференція «Україна: Медицина. Освіта», присвячена 100-річчю Національної Академії наук України, набула статусу конференції з міжнародною участю завдяки зусиллям Усенка Сергія Анатолійовича, випускника та викладача нашого закладу освіти, а нині – наукового співробітника, кандидата медичних наук, доцента кафедри загальної гігієни та епідеміології Харківської медичної академії післядипломної освіти. Пам'ятаю, що стараннями ще деяких членів колективу для друку у збірці тез надіслати роботи колеги-медики та освітяни з США, Швеції, Молдови, Зімбабве, Єгипту та Таджикистану. До конференції доєдналися Виноградов Олег Олександрович, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації та здоров'я людини, а також викладач педіатрії, методист КЗ «Старобільський медичний коледж» Барна Олена Олександрівна. Разом з цікавими і змістовними доповідями на медичну, методичну та суспільну тематику учасники конференції стали авторами картини «Конференція», майстер-клас з написання якої надав відомий художник, член національного союзу художників України Олександр Македонський. Тепер картина є яскравою прикрасою мого кабінету...

З появою курсу нашої країни на євроінтеграцію у студентської молоді з'явилася потреба вивчати іноземні мови. В 2017-18 навчальному році мною був організований факультатив з іноземної мови «Розмовна англійська мова», в якому постійними учасниками були шестеро студентів. Здається, зовсім невеликий контингент, але було цікаво. Згадалися роки навчання і викладання в моїй alma mater – Горлівському державному інституті іноземних мов. Згодом, в 2019 році, під моїм керівництвом була організована

робоча група з викладачів іноземної мови коледжу з метою адаптувати викладання предмету для студентів першого курсу та ліквідувати прогалини у шкільних знаннях. Вже за результатами першого семестру та незалежного зрізу знань відбулося покращення результатів навчання на 16%. Узгоджена робота групи сприяла тому, що з 2020 року навчання студентів першого курсу відбувається за підручниками Кембріджського університету.

Знадобилися в коледжі і мої навички роботи перекладачем – для мене це було справжньою несподіванкою. Активізація роботи з міжнародними організаціями в Україні сприяла участі наших студентів у медико-соціальному тренінгу, організованому ПРООН. Нас заздалегідь попередили, що з тренером не буде перекладача. До останнього моменту я була впевнена, що перекладати буде один з викладачів іноземної мови коледжу. Але довелося стати до роботи. Побачила подив на обличчях студентів, адже багато хто з них знав мене лише як викладача української мови та літератури. Захід пройшов чудово, всі були задоволені цікавими формами роботи та елементами взаємодії з тренером ПРООН. Знайшлися і охочі студенти для прямого спілкування іноземною мовою – це дуже приємно. Більш того, один з випускників викладача іноземної мови Бубенцової Лариси Василівни, Гринь Марк, після закінчення коледжу в 2019 році поїхав навчатися до Словаччини, швидко зміг адаптуватися до навчання саме завдяки знанням англійської мови.

І знову від яскравих світлин – до рутинної роботи... З вересня 2018 року моя посада знову змінилася. Не дивлячись на вагоме підвищення до заступника директора з навчальної роботи, навантаження теж збільшилося в рази. На початку роботи значну допомогу мені надала Жиркова Ганна Миколаївна, попередня керівниця навчальної частини, професіонал своєї справи, яка давала цінні поради та допомогла мені швидше засвоїти обов'язки посади. Однак, на мене очікувало і багато випробувань, тому що для багатьох нових видів діяльності зразків просто не існувало. З 2018 року законодавством було встановлено внесення обов'язкових змін в навчальні плани, перейменування училища на коледж потребувало оновлення ліцензій, для підтримання рівня контингенту в 2018-19 роках потрібно було ліцензувати нові професії, в 2019-20 роках настав строк проходження чергової акредитації освітньо-професійних програм, з 2020 року відбулася зміна законодавства з рівня освіти – знову потрібно переоформлювати установчі документи, ліцензії, сертифікати...

З березня 2020 року ще один всесвітній негаразд – пандемія коронавірусної хвороби – вніс в роботу коледжу додаткові складнощі: запровадження дистанційного навчання, неможливість студентам проходити практику в закладах охорони здоров'я міста та району, відсутність святкування закінчення коледжу та посвяти в студента-медика з клятвою Гіпократата, засвоєння викладачами принципів роботи на освітній платформі G Suite від Google, проведення майстер-класів для колективу, організація змішаного навчання...

Всі ці зміни і постійне навантаження не можна було б витримати без підтримки надзвичайної людини, творчої особистості, креативної керівниці коледжу, Красножон Наталі Миколаївни. Вона - ентузіаст своєї справи, справи збереження та примноження добробуту й престижу нашого закладу освіти. Саме за її керівництва, не дивлячись на складні економічні, політичні та соціальні обставини життя, постійно розширюються можливості поповнення матеріально-технічної бази коледжу новим медичним тренувальним обладнанням, тримається рівень контингенту студентів, збільшується перелік ліцензованих освітніх послуг. У Наталі Миколаївни є справжній дар організатора командної взаємодії, вона гуртує навколо себе членів адміністрації, викладачів та студентську молодь для реалізації різнопланових цілей розвитку коледжу.

Саме ініціативність Наталі Миколаївни дозволила коледжу стати учасником Програми ООН з відновлення та розбудови миру на сході України. Наш колектив долучився до процесу реалізації медичних реформ екстреної медицини в Донецькій області. Мені пощастило очолити роботу колег-медиків з розробки та затвердження Стандарту П(ПТ)О з професії «Екстрений медичний технік», організацію отримання ліцензії на підготовку за новою професією, проходження державної атестації у сфері професійної (професійно-технічної) освіти. Наш коледж першим в Україні почав готувати екстрених медичних техніків завдяки зусиллям директора, колективу та міжнародній фінансовій підтримці. Хочеться відмітити особливу допомогу і професійність завідуючої практичним навчанням, викладача-терапевта Вялої Ганни Володимирівни, яка здійснила вагомий особистий внесок в організацію роботи над Стандартом, Щоденником практичного навчання та виробничої практики ЕМТ, практичне втілення навчання за професією.

Родзинкою співпраці з ПРООН стала для мене можливість поспілкуватися напряду з іноземними представниками ООН в Україні, стати ініціатором нових видів взаємодії з міжнародною організацією. Ми разом пройшли шлях від обладнання навчального центру сучасними медичними тренажерами, тренінгів для викладачів, апробації професії з студентами коледжу до підготовки водіїв екстреної медичної допомоги для потреб практичної медицини. В перспективі - надання тренінгів населенню громади з навичок першої невідкладної медичної допомоги; обладнання кабінету «Фронт-зона закладу охорони здоров'я»...

Ще дуже багато потрібно зробити і втілити. Хочеться побажати нашій невтомній керівниці Наталі Миколаївни здоров'я та наснаги, а колективу коледжу - не збавляти обертів та впевнено крокувати у майбутнє!

**КИТАЄВ АРОН ЛЬВОВИЧ – ВИДАТНИЙ ЛІКАР, ВЧИТЕЛЬ,
ГРОМАДСЬКИЙ ДІЯЧ
(до 95-річчя Бахмутського медичного фахового коледжу)**

Суркова Е., студентка II курсу

Наукові керівники: Красножон Н.М., директор коледжу

КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Сикварова С.М., науковий працівник

КЗК «Бахмутський краєзнавчий музей»

У кожній країні важливим показником якості життя є стан охорони здоров'я населення, а його важливим складником є підготовка медичних кадрів та їх кваліфікація.

Наш медичний коледж був заснований в той час, коли Радянський Союз в 20-роках зіткнувся з проблемою підготовки медичних кадрів. До створення СРСР в Російській імперії, до складу якої входили українські землі, не існувало навчальних фахових закладів, де б готували медичних сестер.

Ситуація в СРСР у середині 20-х рр. в галузі освіти була критичною через те, що велика частина населення, була неписьменною. Тому радянська влада повинна була вирішувати проблеми освіти взагалі, а також створювати професійну (фахову) освіту. Першим кроком радянської влади була ліквідація безграмотності населення (вікова категорія 16-50 років). Зараз я наведу уривок із промови артемівського лікаря А.Л.Китаєва, який здобував освіту до Жовтневої революції (цитуються мовою оригіналу): «Вы все знаете, как трудно было бедняку в старое время получить образование, в особенности детям из еврейской семьи. С огромными трудностями мне удалось через долгий путь экстерничества закончить с золотой медалью Бахмутскую гимназию в 1904 году и осуществить свою давнишнюю мечту – получить образование в Харьковском университете. Правда за забастовку, организованную в 1905 году передовым студенчеством университета, я вместе со многими студентами потерял возможность учиться в университете. Только спустя полтора года мне удалось возобновить учебу и окончить университет».

В 20-ті роки у Радянському Союзі були відкриті перші технікуми, а також школи фабрично-заводського учнівства (ФЗУ), які готували кваліфікованих робітників на базі початкової освіти, їх потім замінили професійно-технічними училищами (ПТУ), куди для отримання трудової спеціальності вступали після закінчення семирічної школи.

Наш Бахмутський медичний коледж, який в 2021 році буде відзначати своє дев'яностоп'ятиріччя, був заснований в 1926 році та мав назву акушерсько-фельдшерська школа. Її засновникам вважають Арона Львовича Китаєва.

В коледжі існує традиція другого жовтня відзначати день заснування нашого навчального закладу. У 2016 році, коли директор Красножон Наталя

Миколаївна розпочала роботу щодо присвоєння медичному училищу статусу «коледжа», виникли труднощі з доказами здавалося б відомої дати 1926 року, як дати заснування навчального закладу.

Пошуки потрібних документів призвели до того, що в джерелах знайшли повідомлення про цю подію в книзі: «Нариси земської медицини Бахмутського повіту» авторів Л.В.Завада, С.Й.Татарінова, В.П.Бледнова, виданої 2011 року. Але у книзі не було вказано, з яких джерел наведені ці факти. Ми продовжили пошуки архівних документів. Бахмутський Краєзнавчий Музей надав нам такий архівний документ «*Выступление кандидата в депутаты совета союза сср по артемовскому избирательному округу тов. Китаева Арона Львовича*»

Починалося воно так:

« Дорогие товарищи!

Трудящиеся Артемовского избирательного округа оказали мне высокую честь, выдвинув мою кандидатуру в депутаты Верховного Совета Союза ССР. Мой долг как каждого кандидата в депутаты, познакомить по возможности поближе себя с Вами.

Преследуя эту цель, я побывал уже на разных участках нашего избирательного округа, рассказывая о себе, благодарил граждан за оказанное мне доверие».

Далі він знайомить виборців зі своєю біографією (я вже вам наводила уривок з його промови), зараз я наведу ще деякі відомості з його виступу:

«Мне 53 года. Родился я в бедной семье. Стоит ли долго говорить о той горькой жизни, которую я перенёс, о том унижительном положении, в которое ставило бедняка царское правительство. Большинству трудящихся это очень знакомо, потому что многие из них сами испытали, если так можно иронически выразиться – «прелести старого доброго времени». Получив диплом врача, я возвратился на свою родину в родной Донбасс, чтобы посвятить все свои знания, всего себя большому почетному делу – врачеванию трудящихся Донбассу. Моя деятельность дала мне полную возможность хорошо познакомиться с жизнью – бытом донецких шахтеров. И я был очень рад, когда мои материалы обследования жизни и быта шахтеров, были использованы большевистским депутатом в 4-й Государственной думе – Григорием Ивановичем Петровским. Проявляли чрезмерный интерес к шахтерской жизни церковь, кабак, с благословения царского правительства, отгораживающие трудовой народ от культуры, от передовых людей, боясь политического прозрения масс. Естественно, что подобные условия жизни, создавали благоприятную почву для эпидемических заболеваний. Я работал в различных пайонах Донбасса. В



Юзовке и Горловке в 1910-11 годах свирепствовала холера, в Дебальцево – тиф. Ежедневно умирали десятки людей, и мы врачи отлично осознали, что спасение людей заключается вовсе не в лекарствах, а в создании необходимых, просто человеческих условий жизни для грубо эксплуатируемого шахтерского населения».

У своєму виступі він також розповідає про свою діяльність за роки радянської влади:

«Работал я во врачебной секции в 1920-21 году по проверке, изучению и расстановке кадров врачей. Прделана также многолетняя большая работа в области изучения среди медицинского персонала средств борьбы с отравляющими веществами. Мною была организована научная ассоциация врачей Артемовска, работа которой способствовала здоровому сотрудничеству, товарищескому обмену опытом, борьбе с проявлениями анатагонизма среди врачей. Я подал инициативу организовать в Артемовске родильное отделение, которым руковожу в течении 18 лет.

В 1926 году при моем участии была организована акушерско-фельдшерская школа, где я преподаю акушерство с гинекологией с первого дня основания по сей день» - це є документальним архівним підтвердженням факту заснування Бахмутського медичного фахового коледжу в 1926 році, як акушерсько-фельдшерської школи.

Мої подальші пошуки привели до того, що я знайшла в інтернеті газети: «Вісті» та «Огонёк», які підтверджують факти висування кандидатури Китаєва на пост депутата Верховної ради СРСР. Зараз я наведу публікацію з газети «Вісті»:

«В розпорядженні окружної виборчої комісії Артемівської виборчої округи є протоколи загальних зборів робітників, інженерно-технічних працівників і службовців заводу ім. Орджонікідзе «Главогнеупора», депо «Красный лиман», швейної фабрики і колгоспників артілі ім. Будьонного, «Красный партизан», «Шлях до соціалізму» та ін. Трудящі на цих зборах висунули кандидатом у депутати Ради Союзу Верховної Ради СРСР Китаєва Арона Львовича. На підставі цих цих документів і статей 60, 61 «Положення про вибори до Верховної Ради СРСР, окружна виборча комісія Артемівської виборчої округи зареєструвала для балотування по Артемівській виборчій округі у депутати Ради Союзу кандидатуру тов. Китаєва Арона Львовича, 1884 року народження, безпартійного, який працює завідувачем гінекологічного відділу першої лікарні ім. Фрунзе, і проживає у м. Артемівську»

Таким чином вдалося з'ясувати, що Китаєв А.Л. приймав участь у заснуванні Артемівської акушерсько-фельдшерської школи. Далі я наведу ще факти з його життя.

Арон Львович Китаєв народився в 1884р., в Павлограді. З 1911 року працює у с. Зайцеве та ліквідує епідемію холери в Бахмутському повіті. У роки Першої світової війни перебував на фронті у званні капітана російської армії. В 1918 році Арон Львович повернувся з війни і оселився в Бахмуті, де став лікарем єврейського товариства.

Також Арон Львович займався науковою діяльністю. Він написав біля 100 наукових доповідей про останні досягнення в медицині. На основі власного клінічного матеріалу розробив ряд тем, які викладав у статті: «Про розрив матки», «Рак», «Вагітність» та ін.

У 1934 р Арон Львович отримав від Наркомаздрава УРСР почесну грамоту за організацію відмінного обслуговування колгоспів району під час весняної посівної та збиральної компанії.

У травні 1935 з'їзд акушерів-гінекологів Донбасу обрав Арона Львовича консультантом Донбасу з питань акушерства та гінекології. За його ініціативи у місті було організовано також онкологічний диспансер та ендокринологічний пункт.

А.Л.Китаєв свою лікарську діяльність поєднував з викладанням в акушерсько-фельдшерській школі. До його професійної діяльності долучалася різнобічна громадська діяльність. Як згадує лікар Друпп З.А: «Китаєв А.Л був досвідчений гінеколог, вимогливий в роботі і був сердечною людиною. Від нього я отримала чимало знань з акушерства, працювала з Ароном Львовичем на посаді акушерки майже 3 роки.»

У 1939 році А.Л.Китаєва не стало. Традиційно 2-го жовтня наш коледж буде відзначати свій День народження. У 2021 році йому буде 95 років. І незмінно в цей день ми згадуємо Арона Львовича Китаєва: лікаря, вчителя, засновника медичного коледжу, патріота рідного краю, громадського діяча.

Громада. Медицина. Освіта: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції. – Бахмут-Харків, 22-23 квітня 2021 р.//Бахмут-Харків: ХМАПО, АМУ, БМФК, 2021 р. – 196 с.

Відповідальний за випуск: Говорунова Л.М. - методист КЗ «Бахмутський медичний фаховий коледж»

Підписано до друку 22.03.2021
Наклад 100

ГРОМАДА. МЕДИЦИНА. ОСВІТА



VIII МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
22-23 КВІТНЯ 2021 РОКУ