МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КЗ «БАХМУТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ"
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "АСОЦІАЦІЯ МЕДИКІВ УКРАЇНИ"

1926

Медицина. Освіта. Сучасність та майбутнє.

Матеріали VI Науково-практичної конференції з міжнародною участю

ТОМ 2

22 лютого 2019 року

Бахмут — Харків, 2019

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КЗ «БАХМУТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ»
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИКІВ УКРАЇНИ»

МЕДИЦИНА. ОСВІТА. СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ.

МАТЕРІАЛИ
VI Науково-практичної конференції з міжнародною участю

22 лютого 2019 року

ТОМ II

Бахмут – Харків, 2019

УДК 616+37.0(477)

Медицина. Освіта. Сучасність та майбутнє: Матеріали VI Науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Том ІІ. – Бахмут, 22 лютого 2019 р. // Бахмут: ГОАМУ, БМК, 2019 р. – 68 с.

Дане видання містить матеріали доповідей учасників VI Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медицина. Освіта. Сучасність та майбутнє.», яка відбулася в Бахмутському медичному коледжі 22 лютого 2019 року.

Матеріали конференції видаються мовою оригіналу.

Редакційна колегія:

Відповідальні редактори:

Карабан О.М. – завідувач кафедрою загальної гігієни та епідеміології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор.

Красножон Н.М. – директор Бахмутського медичного коледжу.

Усенко С.А. – доцент кафедри загальної гігієни та епідеміології Харківської медичної академії післядипломної освіти, голова Громадської організація «Асоціація медиків України».

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

Розглянуто та затверджено на засіданні методичної ради БМК
Протокол № 3 від 17.12.2018 року

© Бахмутський медичний коледж, 2019
© Харківська медична академія післядипломної освіти, 2019
© Громадська організація «Асоціація медиків України», 2019

ЗМІСТ

1. РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ НАУКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Гайман О., Манукалова О.П., Сінькова Н.П. Шкірні прояви ВІЛ-інфекції ……	3
Головін Д., Салада М., Плига Е.К. Виявлення факторів ризику виразкової хвороби у студентів БМК……..	6
Гулієва В., Краснова І.М. Рекреаційний потенціал шкільної екологічної стежки……	9
Завражна Д., Леоненко Л.О. Фізика в медицині майбутнього……	10
Коротєєва Я., Нестеренко Н.Ф. Йододефіцит в організмі людини…	13
Ларькова А., Гоюшова А.А. Нові можливості застосування брекет систем для покрашення зовнішнього вигляду людини без хірургічного втручання……	15
Мілютіна Д., Вірченко В.І. Основні поняття про посттравматичний стресовий розлад ……..	16
Новоженіна Я., Вірченко В.І. Вплив мобільних засобів на організм людини……...	19
Пащенко Д., Журавльова Т.І. Раціональне харчування вагітної та його вплив на розвиток анемії…….	23
Синичко А., Леоненко Д.О. Раптова смерть у спорті. Заходи профілактики……	25
Федорченко Н., Царьова К., Вяла Г.В. Пікфлоуметрія як метод вторинної профілактики хронічного обструктивного бронхіту у шахтарів……..	27
Ягло С., Гаркавенко М.М. Загадки пам'яті…….	30

ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

Абрамов М., Ситковська І.П. Мовна культура……..	32
Букрєєва К., Пузікова Т.М. Формування молодої сім'ї та фактори впливу на її становлення……..	34
Гайман О., Літвін Т.В. Суїцид як соціальне явище……..	35
Картамишева Ю., Літвін Т.В. Проблеми насилля на дітьми та шляхи їх подолання……..	38
Корніясова Є., Болдарева В.М. Емоційний інтелект і його розвиток	40
Лучанінова С., Літвін Т.В. Юридичне закріплення домашнього насильства над жінками……...	43
Нигурица А., Красножен Н.Н., Звонарева Н.Е. Социальная адаптация при профессиональном выгорании медицинских работников……..	45

Олійник Г., Леонова Л.О. День Соборності України…….	51
Полієвець Е., Мальцева А., Фролова Є., Омельченко В.І., Марченко В.В. Вплив засобів масової інформації на розвиток особистості в юнацькому віці …….	53
Салада М. Англійська мова в Америці……..	55
Согоян В., Літвін Т.В. Мода і здоров'я: за і проти……	58
Соіна К., Літвін Т.В. Самогубство серед військових та мирного населення під час проведення бойових дій в Україні та напрямки вирішення цієї проблеми…….	62
Щербакова А., Літвін Т.В. Гендерна дискримінація в Україні……..	65

1. РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ НАУКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

ШКІРНІ ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Гайман Олександра
Наукові керівники: Манукалова О.П., Сінькова Н.П.

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

ВІЛ - інфекція — це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини.

Україна залишається лідером в Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. За оцінкою експертів з 2017 року епідеміологічна ситуація в Україні стрімко погіршується. ВІЛ–інфекція і захворюваність на СНІД залишаються актуальними проблемами і саме для Донецької області, оскільки сприяють високій смертності та величезним економічним збиткам для суспільства нашого регіону. Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією регіони - це Дніпропетровська, Донецька, Київська, Миколаївська, Одеська і Чернігівська області, а також Київ. Один з основних індикаторів, за якими відстежується розвиток епідемії, - це кількість нових випадків ВІЛ-інфекції. Всього с 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 312 291 новий випадок ВІЛ-інфекції, за цей час від СНІДу померло 44 326 чоловік. В 2012 році вперше в історії України епідемія ВІЛ/СНІДу сповільнилася. У 2013-2017 роках через скорочення програм по боротьбі зі СНІДом темпи епідемії знову почали зростати.

Шкірні захворювання у ВІЛ-інфікованих.

Останнім часом у багатьох хворих клініка СНІДу маніфестує шкіряною патологією. Практично всі шкірні захворювання у ВІЛ-інфікованих людей носять хронічний характер з частими рецидивами. Шкірні прояви СНІДу розвиваються внаслідок зниження імунітету у хворих. Тому багато дерматологічних захворювань у таких хворих протікають атипово з більш важкими симптомами, ніж зазвичай та погано піддаються лікуванню.

Всі ураження шкіри при ВІЛ можна умовно розділити на 3 групи:

1 - інфекційні, мікотичні і викликані найпростішими;

2 - пухлини (саркома Капоші, лімфома, карцинома);

3 - інші дерматози.

За даними деяких авторів, 95% ВІЛ-інфікованих мали 1 і більше уражень шкіри і слизових оболонок. При цьому кандидоз порожнини рота виявлено у 34% хворих, що зудять папульозні висипання у 32%, себорейний дерматит - у 21%, оперізуючий лишай - у 16%, волохата

лейкоплакія порожнини рота - у 15%, простий герпес - у 11%, оніхомікоз - у 9%, мікози шкіри - у 8%, псоріаз - у 6%, фолікуліти - у 5,5%.

Інфекційні, мікотичні і викликані найпростішими;

Характерні вірусні захворювання:

- Герпетичні інфекції – простий герпес, генітальний герпес, оперізуючий герпес.
- Інфекції, викликані вірусом папіломи людини.
- Контагіозний молюск;
- Ураження, викликані вірусом Эптшейна-Барра.

Герпетичні інфекції

Клінічні прояви простого герпесу зустрічаються у 5-20% ВІЛ-інфікованих, так як імунодефіцит сприяє активації вірусу. Ураження можуть займати незвично велику площу і завершуватися некрозом. Особливості клінічних проявів, торпідність течії, а також рецидиви хвороби дозволяють підозрювати СНІД. Herpes zoster може служити маркером ВІЛ-інфекції, так як виникає у 70-90% хворих і проявляється бульозними та везикульозними висипаннями. При атиповим перебігом клінічні ознаки герпесу можуть нагадувати вітряну віспу або імпетиго. У ВІЛ-інфікованих хворих, крім ураження шкіри і слизових оболонок зустрічається герпетичний проктит, який іноді набуває вигляду болючою набряку еритеми в періанальної області. Вірус герпесу 6-го типу виявляється у 90% ВІЛ-інфікованих з так званим синдромом хронічної втоми або раптової екзантеми у вигляді плямистих і папульозних висипань, що не мають специфічних ознак і зазвичай проходять під діагнозом токсикодермії.

Характерні захворювання бактеріальної природи:

- Фолікуліт;
- Імпетиго;
- Атипова форма сифілісу.

Стафілококові і стрептококові ураження шкіри у вигляді фолликулитов, фурункулів, карбункулів, флегмон, імпетиго, абсцесів виникає при ВІЛ-інфекції найбільш часто. Торпідність течії, низька ефективність лікування антибіотиками повинні насторожувати і служити підставою для серологічного обстеження на ВІЛ.

Сифіліс

Сифіліс у ВІЛ-інфікованих пацієнтів супроводжується більш частими і вираженими ураженнями долонь і підошов аж до сифілітичної кератодермії, папуло-пустульозні висипання у вторинному періоді, гіперпігментацією шкіри долонь і пахвових областей.

Грибкові інфекції:

- Кандидоз;
- Висівкоподібний Лишай.

Кандидоз

Кандидоз слизових оболонок ротової порожнини або глотки зустрічається у 40% ВІЛ-інфікованих. Несподіваний розвиток кандидозу у людей молодого віку, які не приймали антибіотики і не лікувалися з використанням кортикостероїдів або цитостатиків, є приводом для направлення хворого для обстеження на ВІЛ. Звичайні засоби для лікування кандидозу хворих на СНІД малоефективні.

Висівкоподібний лишай

Різнобарвний (висівкоподібний) лишай у ВІЛ-інфікованих осіб має свої особливості: процес носить поширений характер, по клінічній картині нагадує інші дерматози (рожевий лишай, себорейний дерматит); відзначається інфільтрація і ліхеніфікація шкіри.

Неопластичні ураження шкіри

- В-клітинна лімфома;
- Саркома Капоші
- Базаліома і меланома.

Саркома Капоші

Саркома Капоші є найбільш характерним дерматологічних проявом ВІЛ-інфекції. Захворювання починається в молодому віці з появи блідо-рожевих плям і папул, які повільно збільшуються в розмірах, набуваючи фіолетового або коричневого кольору. У початковій стадії захворювання шкірні прояви нагадують гемангіому, піогенну гранульому, дерматофіброму. У пізніх стадіях захворювання шкірні прояви стають більш характерними, збільшуються інфільтрація і виразка осередків ураження. Елементи висипу при саркомі Капоші утворюються на будь-яких ділянках тіла, але для хворих на СНІД характерне розташування їх на голові, тулубі, уздовж ребер. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією саркома Капоші носить злоякісний характер, з ураженням лімфовузлів і внутрішніх органів.

Діагностика

Тестування на ВІЛ повинне бути запропоновано всім пацієнтам з підозрілими клінічними ознаками, а також особам, що входять до групи ризику. Антитіла до ВІЛ виявляються у 95% пацієнтів протягом 3 міс після зараження. Негативні тести, отримані в період менше 6 місяців після передбачуваного зараження, не виключають інфекцію.

Лікування шкірних проявів ВІЛ/СНІД — інфекції

При лікуванні дерматологічних проявів СНІДу застосовують також інтенсивну антиретровірусну терапію.

Шкірні захворювання при ВІЛ-інфекції лікують за методиками, прийнятими для лікування того чи іншого захворювання. Однак враховуючи той факт, що шкірні захворювання на тлі ВІЛ проходять більш важко, можливо, буде потрібне збільшення доз застосованих препаратів і продовження курсів лікування.

Можна зробити висновок, що від медичних працівників різних рівнів (від медсестри до лікаря) в більшості випадків залежить профілактика СНІДу. Оскільки останнім часом у багатьох хворих клініка СНІДу маніфестує шкіряною патологією, велику увагу медпрацівники повинні звертати на обстеження шкірних покривів усіх пацієнтів, не повинні нехтувати обстеженням шкіри всіх ділянок тіла пацієнта. Від уважності як медсестри, так і фельдшера, лікаря, залежать і первинна, і вторинна профілактики такого актуального і небезпечного захворювання, як СНІД.

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У СТУДЕНТІВ БМК

Головін Денис, Салада Микита
Науковий керівник: Плига Е.К., викладач внутрішніх хвороб

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Вступ. Ми представляємо гурток «Фельдшер станції невідкладної медичної допомоги». У цьому виступі ми хотіли б поділитися досвідом роботи нашого гуртка.

На жаль, останнім часом йде тенденція «омолодження» багатьох захворювань. А хвороби органів шлунково-кишкового тракту посідають одне з перших місць серед захворювань внутрішніх органів. Ми чітко знаємо, що хвороби самі по собі не виникають – їм сприяють етіологічні чинники та фактори зовнішнього середовища, які впливають на організм людини та викликають ті чи інші захворювання. У цьому дослідженнібулирозглянутічинники, які сприяють виникненню виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки та їх наявність серед молоді нашого коледжу.

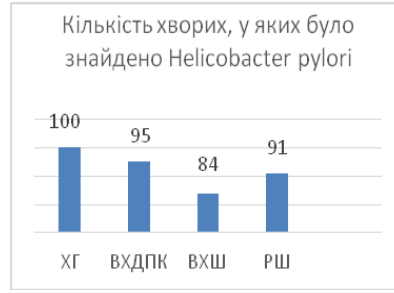
Мета. Вивчення групи молодих людей, які знаходяться під впливом негативних чинників, характерних для даної хвороби, та визначення найбільш значного чинника для молоді. Надалі проведення санітарно-просвітньої роботи у даній групі.

Загальні відомості. Виразкова хвороба - хронічна поліетіологічна патологія, що протікає з формуванням виразкових ушкоджень у стінці шлунка і дванадцятипалої кишки, схильністю до прогресування та формування ускладнень. До основних клінічних ознак виразкової хвороби відносять біль в епігастральній ділянці та диспепсичні явища. Може бути як самостійною хворобою, так і симптомом багатьох захворювань. Розрізняють такі фактори виникнення хвороби, а саме:

1. Порушення рівноваги між агресивними і захисними факторами впливу на слизову шлунка і дванадцятипалої кишки.
2. Зараження бактерією Хелікобактерпілорі.

3. Спадкова схильність до захворювання.
4. Важкі стреси.
5. Порушення режиму харчування, вживання фаст-фуду та газованих напоїв у великих кількостях.
6. Шкідливі звички(куріння, зловживання міцними алкогольними напоями).
7. Самолікування (прийом нестероїдних протизапальних препаратів,глюкокортикостероідів, протитуберкульозних засобів) та інші.

На даному етапі сучасної діагностики виділяють виразкову хворобу, яка виникає в наслідок інфікування бактерією *Helicobacterpylori*.



У даній діаграмі представлено кількість людей серед населення України, хвороба яких викликана цією бактерією.

При хронічному гастриті інфікування становить-100%, при виразковій хворобі 12-палої кишки-95%, виразкова хвороба шлунка-84%, рак шлунка-91%.

Як бачимо, Хелікобактерпілорі - це найважливіший фактор виникнення захворювання.

Дослідження нашого гуртка.

З вищевказаних даних ми виділили групу модифікованих та не модифікованих факторів, які найбільше будуть актуальні серед молоді.

Для дослідження ми використали метод анкетування в який включили відібрані нами фактори, а саме: спадковість, режим харчування, фаст-фуд, газовані напої, алкоголь, куріння, самолікування.

Анкетування ми проводили серед студентів Бахмутського медичного коледжу. Участь в анкетуванні брало сто осіб.

І ось що ми отримали. Найвищий показник мають такі фактори:

- Неправильний режим харчування (66%);
- Самолікування(63%);
- Регулярне вживання алкоголю(57%).

А також у 44% опитаних в родині є хворі на гастрит, виразкову хворобу, тобто спадковість також грає велику роль у виникненні ВХШ та ВХДПК.

Розглянемо окремі фактори. Неправильний режим харчування - це дуже

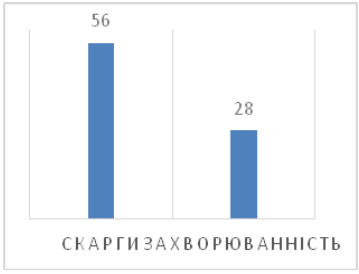
розповсюджена проблема серед молоді, та особливо студентів, яким не завжди вистачає часу та коштів на повноцінне та раціональне харчування. Тому багато хто з них споживає недоброякісну їжу, або дешевий фаст-фуд, який може привести спочатку до гострого гастриту, а потім і до хронічного.

Самолікування також характерно і актуально для нашого суспільства. Звідусіль лунає багато реклами про той чи інший препарат та засоби лікування. Люди купують ці засоби, минаючи зустрічей з лікарем, та намагаються вилікуватися самостійно, але нажаль, роблять цим тільки гірше. Усі ми знаємо, що першочерговими сигналом будь-якого захворювання є біль, а якщо у людини щось болить і немає можливості потрапити до лікаря, то людина приймає анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, які в свою чергу подразнюють слизову шлунка, 12-палої кишки та мають ульцерогенну дію.

І най хвилюючий на нашу думку фактор, який свідчить про зниження соціального, культурного рівня життя, це вживання алкоголю. На жаль молодь 21 сторіччя не уявляє відпочинок без алкогольних напоїв, та починає вживати його в досить ранньому віці у великій кількості, що і призводить до різних патологій, в тому числі і до проблем з ШКТ.

Ми хотіли би звернути на це особливу увагу!

Зі 100 опитаних ми визначили, що 28 людей уже хворі на гастрит, який неопосередковано може викликати виразкову хворобу, якщо у подальшому виникне зниження імунітету, або відбудеться інфікування *Helicobacterpylori*.



А ще у 56% є скарги збоку ШКТ (важкість, відрижка кислим), тобто ці люди потенційно хворі. І це ми маємо статистику на людей, середній вік яких склав 18 років. Тобто спостерігається проблема серед молоді, яку необхідно вирішувати вже зараз, не витрачаючи часу, оскільки здоров'я нації та майбутніх поколінь українців під загрозою.

Висновки.

Як можна бачити, анкетування дало не втішні результати. Але разом з цим, ми визначили головні проблеми молоді. І це дає нам можливість оцінити всю важкість ситуації, та вже зараз розпочати активну боротьбу з факторами ризику.

Ми пропонуємо: покращити санітарно-просвітницьку роботу серед молоді; вести активну пропаганду здорового способу життя, а саме відмовитись від паління та вживання алкоголю; дотримуватись психічної гігієни та правил харчування.Обовязковевиконання закону про заборону реклами на алкогольні вироби та продаж його неповнолітнім дітям.

Ми впевнені, що тільки переосмисливши свій спосіб життя та об'єднавшись навколо цієї проблеми, можна запобігти подальшого погіршення ситуації, руйнування здоров'я людини та нації в цілому. Пам'ятайте, хворобу простіше попередити, ніж лікувати!

РЕКРЕАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ШКІЛЬНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ СТЕЖКИ

Гулієва В., Краснова І.М.

Бахмутська ЗОШ №5 з профільним навчанням

Більшість фізіологів і психологів вважають, що для оптимальної трудової і суспільної діяльності людини необхідне дозвілля, в структурі якого неодмінно повинна бути діяльність яка б відновлювала фізичні та психічні сили людини, тому постає нагальна потреба у вивченні досвіду роботи рекреаційних зон, а також пошуку нових технологій в цій сфері. В роботі набула подальшого розвитку ідея організації місцевих рекреаційних зон для здорового відпочинку населення.

Актуальність теми: зумовлена недостатнім вивченням конкретних потреб людини в рекреаційному просторі, та ефективності впливу на особистість паркового середовища.

Багатофункціональність міських зон культури і відпочинку дозволяє реалізовувати важливі культурно-виховні завдання, виконувати рекреаційні, просвітницькі, соціальні та інші функції. Провідними напрямами діяльності центрів дозвілля залишається організація заходів, занять у природному просторі, в безпосередньому спілкуванні з природою. Шкільна екологічна стежка «Чудовий світ», яка обладнана на території двору та в околицях школи може стати в пригоді для створення рекреаційних зон для сімейного відпочинку населення району.

Об'єкт дослідження: природні та штучні об'єкти на маршруті екологічної стежки.

Предмет дослідження: рекреаційний потенціал об'єктів екостежки в організації дозвілля населення.

Мета роботи: дослідити можливості використання прилеглих територій школи як зони предметного відпочинку мешканців мікрорайону

Методи дослідження: вивчення інформаційних джерел з теми, обстеження території, дослідження об'єктів, спостереження, опитування населення, моніторинг.

Очікувані результати:

- вивчення стану об'єктів шкільної екостежки «Чудовий світ» та їх відвідування населенням;

- запропонування шляхів практичного використання прилеглих територій школи як зони предметного відпочинку мешканців мікрорайону;
- планом розвитку екологічної тропи передбачається ландшафтний дизайн рекреаційної зони струмка зі спорудою містків, кам'яних островців, доріжок, загат, канатних переправ, оформлення рослинних островців на берегах.

Проектні напрямки вирішення проблеми.

Даний проект передбачає дообладнання малої екологічної стежки «Чудовий світ» в околиці школи та прилеглої до неї території міста. Це навчально-пізнавальний маршрут, який має за мету екологічну освіту учнів та переслідує цілі розширення в учнів знань про об'єкти і процеси оточуючого світу, навчання їх вмінню самостійно спостерігати за явищами природи, бачити прекрасне і дивовижне у звичайних живих об'єктах, помічати різні прояви антропогенних факторів і вміти правильно їх оцінювати, виховання екологічної культури поведінки людини, розвиток екологічної свідомості, та роз'яснення важливості докорінної зміни взаємовідносин Людства та Природи.

Екологічна стежка стане внеском в патріотичне виховання учнів, розвитком інтересу до своїх коренів, гордості до історичного минулого, що має продовження в сучасності;

Нові об'єкти дадуть змогу вдосконалити проведення уроків на природі з різних предметів

Екологічна стежка «Чудовий світ» - це нові рекреаційні зони для сімейного відпочинку населення мікрорайону.

ФІЗИКА В МЕДИЦИНІ МАЙБУТНЬОГО

Завражна Д.О.
Науковий керівник: Леоненко Л.О., викладач вищої категорії

Бахмутський коледж мистецтв ім.І.Карабиця

Медицина і фізика - це дві області, які постійно оточують нас в повсякденності. Застосування фізики в медицині незаперечно. Фактично кожен інструмент, який використовується медиками, починаючи з скальпеля і закінчуючи найскладнішими установками для встановлення точного діагнозу, функціонує або виготовлений завдяки досягненнями в світі фізики. Варто зазначити, що фізика в медицині завжди відігравала важливу роль і колись ці два напрямки були єдиною наукою.

Для чого потрібна фізика в медицині, вже ясно, адже саме фізика сприяє появі інноваційних методик лікування в медицині. Основні завдання фізики в медицині - це винахід корисних приладів і технологій, що дозволять ефективніше лікувати людей.

В даний час роботизована хірургія вже видніється на горизонті, в ній мікрочіпи будуть встановлюватися в тіло людини, як наприклад, в серцеву тканину для її лікування або всередину кровоносних судин для спостереження. Мікросхеми також могли б містити хімічні речовини, або ліки, які повільно виділяються в зонах їх імплантації.Звичайно, ви чули про роботів да Вінчі. Однак, цей робот насправді є лише інструментом, яким керує хірург-людина. А ось в Дитячому Національному Медичному центрі (США) створили робота STAR, який самостійно завдає шви, без допомоги людини. Більш того, після проведених експериментів виявилося, що якість його швів - краще, ніж у хірурга-професіонала. Робот використовує комп'ютерний зір, флюоресцентні маркери і 3D камери. Залежно від отриманих зображень, він вибирає оптимальну програму-техніку зашивання і виконує її з машинною точністю.Це дійсно твір медичних мистецтв. Однак, його вартість - 1,5-2 млн євро плюс дуже високі експлуатаційні витрати. Тому, лише деякі медичні центри можуть дозволити собі таке обладнання. Американська компанія TransEnterics хоче зробити більш простого і дешевого робота-хірурга, який, однак, дозволить проводити лапароскопічні операції з такою ж високою точністю.

Поки їх робот SurgiBot ще не продається, однак вже з'явилося перше відео, яке показує його в дії. Як видно, управляти двома щупами і камерою-ліхтариком - досить просто. Зображення виводиться на стандартний монітор. Хірург може регулювати чутливість керуючих ручок, щоб підвищувати точність руху щупів.

Британська компанія CMR Surgical представила роботизовану хірургічну систему Versius, яка, з першого погляду, нагадує знаменитого робота Да Вінчі (виробленого американською компанією Intuitive Surgical). У ній є пульт управління для хірурга, який управляє декількома роборукою і бачить 3D-візуалізацію оперованої ділянки за допомогою 3D-камери. Відмінність полягає в тому, що Versius - більш компактна система. Крім того, вона модульна: кожна роборука закріплена на окремій пересувній платформі, так що її можна легко перевозити між операційними. Також, англійці кажуть, що їх робот обійдеться медичним центрам значно дешевше.

Інженери Оксфордського університету Великобританії створили робота-хірурга, здатного виконувати операції на очах, вже досить давно, але їх розробка, що отримала назву Robotic Retinal Dissection Device (так-так, R2D2), тільки недавно успішно пройшла перші клінічні випробування. На відміну від людини, у R2D2 ніколи не здригнеться рука. Акуратність і ефективність робота підтвердилася у всіх 11 операціях, які він провів, але поки операція з його участю коштує досить дорого - за операцію на одному оці доведеться викласти близько 35 тисяч доларів.Розробники з швейцарського університету Берна створили робота, який дозволить істотно полегшити проведення операції кохлеарної

імплантації. Робот складається з оптичної системи високої чіткості, яка дозволяє в деталях спостерігати за операцією, маніпулятора і хірургічної дрилі. Під час випробування на пацієнта під контролем за допомогою комп'ютерного томографа робот в напівавтоматичному режимі визначив особливості анатомічної будови пацієнта і розрахував траєкторію свердління довжиною 23 міліметра з закінченням у овального вікна равлики.

У лондонському John Radcliffe Hospital вперше була проведена операція зі зрізання мембрани очі за допомогою дистанційно керованого робота Preceyes, створеного однойменної голландською компанією. Потреба у використанні робота виникла тому, що людської точності рухів у випадку з таким складним органом, як око, було б недостатньо. Операція завершилася успішно, і до пацієнта вже почало повертатися втрачене їм зір. Робот Preceyes спочатку був розроблений спеціально для особливо делікатних операцій на очах.Він гасить і згладжує будь-які необережні рухи оператора-хірурга, що виключає можливість пошкодження оперованих органів. Доктор управляє роботом за допомогою джойстика і сенсорного екрану, а все, що відбувається всередині ока відображається на екранах за допомогою мікроскопа. Точність рухів маніпулятора становить 1000-ю частку міліметра.

Як відомо, Робот да Вінчі є на сьогоднішній день золотим стандартом роботизованою хірургії. Однак, конкуренти не сплять, і те, що зараз розробляє італійська компанія SOFAR виглядає ще крутіше. Її хірургічний робот Telelap ALF-X має два дуже серйозних переваги над Роботом да Вінчі. По-перше, він вміє відтворити для хірурга тактильні відчуття, ніби він проводить операцію своїми руками. Тобто маніпулятори передають зворотний зв'язок від роботизованої руки, яка безпосередньо стосується пацієнта. По-друге, за допомогою спеціальних окулярів система вміє відстежувати рухи очей хірурга і пересувати відповідним чином ендоскопічну камеру, яка показує хід операції. Причому, можливі не тільки руху в сторони, але і зміна масштабу зображення. За статистикою лише 40% людей, які пережили інсульт, доживають до кінця першого місяця. Вся справа в тромбах (кров'яних згустках), що утворюються в мозку, які дуже складно видалити. Команда розробників з американського Університету Вандербільта розробила роботизовану хірургічну систему, за допомогою якої можливо ефективне і мінімально травматично видалення кров'яних згустків з тканин головного мозку. Через просвердлений в черепі крихітний отвір робот під заданим кутом вводить тонку голку в мозок, поки вона не досягне зовнішньої поверхні згустку.Потім з неї висувається ще більш тонка внутрішня голка, яка проникає безпосередньо в згусток. Чи включається аспіратор і вміст тромбу висмоктується. Робот контролює і регулює напрямок руху крихітного «пилососа».

Коронарна ангіопластика - операція, яка широко застосовується для розширення заблокованих або звужених коронарних (серцевих) артерій. У коронарні артерії вводиться катетер з балоном за допомогою якого бляшки придавлюються до стінок артерій. В ході цієї операції потрібно робити рентген, а значить лікар повинен бути в захисному (незручному) костюмі, який все-одно пропускає частину випромінювання. Нова роботизована установка CorPath 200 (американської компанії Corindus Vascular Robotics) дозволяє проводити цю операцію дистанційно, сидячи за комп'ютером і керуючи катетером за допомогою джойстика.Крім зручності для лікаря це ще й підвищення точності руху катетера, а значить більш безпечна процедура для пацієнта. Сьогодні установка пройшла сертифікацію американського регулятора FDA.

Медицина майбутнього - це питання інформаційних технологій. Коли у лікарів буде достатньо інформації про організм пацієнта і досить комп'ютерних потужностей для її обробки - вони зможуть вилікувати будь-яку хворобу.

ЙОДОДЕФІЦИТ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ

Коротєєва Яна
Науковий керівник: Нестеренко Н.Ф., викладач хімії

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Гармонія життя людини складається з його розумних взаємин з навколишнім середовищем. З довкілля людина отримує все необхідне для життя: їжу, воду, повітря, і все, що забезпечує їй комфорт. Одним з важливих мікроелементів для самого існування людини, є йод. Недостатність надходження цього біогенного мікроелемента в організм викликає цілий ряд хвороб і хворобливих станів. Наполеон Бонапарт був першим, хто увів дослідження рекрутів на наявність зоба, так як більшість уражених цих недугом були непридатними до військової служби. Вперше на наявність зоба щитовидної залози вказав А. Бауман у 1896 р. Сьогодні проблема йододефіцитних захворювань загострюється не лише через нестачу йоду, а й через забруднення навколишнього середовища.

Вплив вибуху Чорнобильської АЕС на йододефіцит в Україні.

Згідно з повідомленням представництва ЮНІСЕФ в Україні, некомпенсований дефіцит йоду у жителів України, який існував 25 років тому, в 10 разів збільшив негативний ефект від катастрофи на Чорнобильській АЕС. Сьогодні масштаби йододефіциту в Україні зросли, і він завдає величезної шкоди здоров'ю більшості українців.

Для кого небезпечний йододефіцит?

Світова медицина визнала йододефіцит основною причиною формування розумової відсталості і незворотніх ушкоджень мозку.

Найбільшу небезпеку він становить для формування плоду в утробі матері і розвитку дитини в перші роки життя. Для підтвердження цього треба звернути увагу на дослідження, проведене Маргарет Рейман і Університетом Суррея. "Дефіцит йоду легко запобігти, і, тим не менш, він залишається основною причиною виникнення нездатності до навчання у дітей у всьому світі", - говорить професор Рейман.

"Якщо в організмі вагітної жінки недостатньо йоду, то їх діти будуть нездатними до навчання або ж з ознаками вродженого гіпотиреозу, при якому переважає гальмування всіх функцій організму. Це те, що протягом історії називали кретинізмом", - додає професор. Професор Рейман також вивчила біологічні зразки, отримані від 14 тисяч вагітних жінок на заході Англії в 1990-і роки, а потім простежила розвиток їх дітей в наступні роки. Разом зі своєю колегою, доктором Сарою Бат вона розглядала всі доступні дані про цих дітей, приділяючи особливу увагу тому, наскільки добре вони навчаються читати, і їх коефіцієнту розумового розвитку. Доктор Бат виявила, що у дітей, народжених від матерів з йододефіцитом, більш високий ризик до восьми років почати відчувати труднощі з виразом своїх думок вголос, а до дев'яти років їм все важче читати і розуміти написане.

Не так давно вчені встановили зв'язок між йододефіцитом і порушенням мозкового кровообігу. Якщо не вжити своєчасних заходів, функціональні порушення мозку набудуть дегенеративного характеру, викликавши ендемічний кретинізм. Виявляється він у розумовій відсталості, глухонімоті, паралічі рук і ніг.

Симптоми йододефіциту.

1. Хронічна втома. Одним з перших симптомів при хронічному дефіциті йоду є занепад сил, млявість і сонливість. Однією з основних функцій гормонів щитовидної залози є забезпечення організму енергією.У більшості випадків хронічна втома при дефіциті йоду супроводжується м'язовою слабкістю. Такі симптоми повинні спонукати людину звернутися до лікаря.

2. Брак йоду і набряклість. Цей симптом йододефіциту, який можна помітити неозброєним оком. Найчастіше при нестачі йоду набряклість проявляється під очима, на ногах і руках. При цьому приймати сечогінні засоби в даній ситуації не тільки марно, але й небезпечно. При прийомі цих препаратів з організму вимиваються корисні речовини, що призводить до порушення водно-сольового балансу.

3. Йододефіцит і зниження імунітету. Часті застуди можуть бути одним із симптомів дефіциту йоду. Йод відіграє важливу роль у підтримці нормальної опірності організму. При нестачі йоду організм стає більш вразливим до вірусних, бактеріальних і грибкових інфекцій.

4. Зниження інтелекту. Нестача йоду в організмі призводить до зниження уваги, погіршення пам'яті та інтелекту. Йододефіцит призводить і до зниження метаболізму в клітинах мозку, через що втрачається

здатність запам'ятовувати дати, обробляти інформацію і вирішувати складні завдання. Якщо йододефіцит не усунути, то можливий розвиток глибокої депресії.

Як можна запобігти йододефіциту?

Центр громадського здоров'я МОЗ України ініціює законодавчі зміни щодо універсального обов'язкового йодування солі. Відповідне рішення обговорили і підтримали учасниками експертного круглого столу «Законодавчі зміни в Україні щодо йодування харчової солі. Обгрунтування, світовий досвід, лобіювання, адвокація ». Дефіцит йоду є по всій території України, і ця проблема потребує негайного вирішення. Найефективніший і найвигідніший шлях подолання йододефіциту - універсальне йодування харчової солі (USI). За даними міжнародних організацій, дієвість такого методу підтверджена в більш ніж 140 країнах світу, де існують відповідні законодавчі норми.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БРЕКЕТ СИСТЕМ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО ВИГЛЯДУ ЛЮДИНИ БЕЗ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Ларькова Анастасія
Науковий керівник: Гоюшова А.А., вчитель біології

Бахмутська загальноосвітньої школа І-ІІІступенів № 24

Кожен з нас мріє мати гарну та доглянуту зовнішність, для того, щоб тебе помічали оточуючі, робили компліменти та просто задля того, щоб відчувати себе красивим. І всі розуміють, що одним із головних пунктів гарного зовнішнього вигляду - є посмішка. Кажуть так: «Люди, які посміхаються здаються нам привабливими». Але у наш час багато людей мають проблеми з кривим зубами та неправильним прикусом. Хтось намагається змиритися з недоліком та не звертати увагу, а хтось день у день живе з цим комплексом і нічого не робить для вирішення цієї проблеми. Найгірше те, що криві зуби негативно впливають не тільки на зовнішність, а й на здоров’я організму в цілому. Але це не привід для суму, бо існує такий розділ стоматології, як ортодонтія, і лікарі-ортодонти можуть вирішити будь-яку проблему пов’язану з неправильним розташуванням зубів.

Ми вважаємо, цю тему дуже актуальною, через те що 90% населення України мають проблему неправильного прикусу і це завдає їм складнощів.

Робота складається з трьох розділів. У першому розповідається про причини неправильного прикусу та кривих зубів. Другий розділ присвячений міфам про брекети, та методам вирівнювання зубів. Третій розділ являє собою експериментальну частину.

Мета: дослідити на практиці вплив брекет системи на зовнішній вигляд людини.

Предмет дослідження: брекет системи.

Об'єкт дослідження: обличчя.

Завдання дослідження:

- ознайомитися з поняттям «ортодонтія» та розглянути види брекет систем;
- проаналізувати, яка інформація щодо застосування брекет систем є об'єктивною, а яка є міфами;
- визначити який психоемоційний стан у людини, котра має комплекси щодо своїх зубів;
- запропонувати новий метод вирівнювання зубів.

Гіпотеза: ми вважаємо, що за допомогою брекетів можна змінити зовнішній вигляд обличчя людини не вдаючись до хірургічних операцій.

Методи: експеримент, аналіз літератури, опитування, узагальнення, аналіз результатів.

Висновки: у результаті дослідження було запропоновано новий метод вирівнювання зубів та перевірено застосування брекет системи на практиці, а також досліджено її вплив на зовнішній вигляд людини.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Мілютіна Дар'я
Науковий керівник: Вірченко В. І., викладач біофізики

Львівський державний університет безпеки життєдіяльності (ЛДУБЖД)

Посттравматичний стресовий розлад - (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) — психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті, перебування свідком або заподіювачем чужої смерті.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відставлена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які в принципі можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, битви, серйозні нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви тортур, тероризму, зґвалтування чи іншого злочину).

Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» та емоційної притуплення, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травмування. Зазвичай індивідуум боїться і уникає того, що йому нагадує про травму. Зрідка бувають драматичні, гострі спалахи страху, паніки або агресії, спровоковані стимулами, що викликають несподіваний спогад про травму або про первісну реакцію на неї. Зазвичай має місце стан підвищеної вегетативної збудливості з підвищенням рівня неспання, посиленням реакції переляку і безсонням.

З вищепереліченими симптомами та ознаками зазвичай поєднуються тривога і депресія, нерідкою є суїцидальні ідеї, які можуть ускладнюватися фактором надмірного вживання алкоголю або наркотиків.

Початок даного розладу виникає слідом за травмою після латентного періоду, який може варіювати від декількох тижнів до місяців (рідко більше 6 місяців). Він може протікати хвилеподібно, але в більшості випадків можна очікувати одужання. В невеликій частині випадків стан може виявляти хронічний перебіг протягом багатьох років і перейти в стійку зміна особистості після переживання катастрофи.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) довго вважався нормальною реакцією на аномальні події; він розцінювався, переважно, як психологічне явище, для якого показано психотерапевтичне втручання. При такому традиційному уявленні фармакотерапія в противагу психотерапії представлялася навіть небажаною, хоча в минулому передбачалося, що заперечення і психологічний захист можуть надавати сильний вплив на систему гіпоталамус-гіпофіз-наднирники. Сучасна концепція підкреслює, що ПТСР - психобіологічне явище, зачіпає нейробіологічну дисрегуляцію і психологічну дисфункцію, яка може бути змінена специфічним фармакотерапевтичним і психотерапевтичним втручанням. У зв'язку з цим досягнення в нейробіології дають лікарям надію на розробку більш специфічного та більш ефективного фармакотерапевтичного втручання .

У сучасному представленні ПТСР - це хронічний психічний розлад, обумовлений психологічною дистресовою подією, що відбувається поза межами нормального людського досвіду. Йому схильне приблизно 8% всього населення, жінки в 2 рази частіше відповідають критерію ПТСР, ніж чоловіки. Симптоми ПТСР підрозділяються на три групи: знову пережиті (нав'язування, уникнення), заціпеніння і гіперзбудження.

Загальні умови розвитку травматичного стресу:

- людина сприймала ситуацію як неможливу;
- людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися або тікати);
- людина не могла вивільняти емоційну енергію (стан заціпеніння);

- присутність у житті людини раніше невирішених травматичних ситуацій.

Фактором, що призводить до отримання психічної травми може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо фізичної перевтоми на фоні порушення режиму сну та прийому їжі.

Умовно можна виділити два шляхи розвитку ситуації після сильного стресу:

-людина отримала травматичний досвід, зізналася собі в цьому і поступово проживає його, виробляючи конструктивні способи його подолання;

-людина отримала травматичний досвід, але особистісне ставлення до події відсутнє (випадковість, закономірність, знак зверху). Вона намагається «забути» цей досвід, витіснити його зі свідомості, використовуючи при цьому неконструктивні способи самовладання з проявом симптомів відстрочених стресових реакцій.

Будь-яка відстрочена реакція на травму - нормальна. В одному випадку, людина поступово проживає ситуацію самостійно, в іншому вона самостійно цього зробити не може. У будь-якому з цих випадків страждань і сильних душевних переживань не уникнути.

Фахівці розрізняють кілька стратегій поведінки людей, які пережили психічну травму.

Постраждалих переслідують нав'язливі спогади та думки про травму. З часом вони починають організовувати своє життя таким чином, аби витіснити, уникнути цих спогадів та негативних емоцій. Уникнення може набувати різні форми: відхід від спогадів про події; зловживання наркотиками або алкоголем, щоб притупити усвідомлення сильного внутрішнього дискомфорту.

У поведінці людей, які перенесли психічну травму, часто спостерігається неусвідомлене прагнення до повторного переживання травматичних подій. Цей поведінковий механізм проявляється в тому, що людина підсвідомо прагне до участі в ситуаціях, схожими з початковою травматичною подією в цілому або якимось її аспектом. Цей феномен називається компульсивною поведінкою і спостерігається практично при всіх видах травматизації.

ПТСР – це один з можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу. Дані численних досліджень свідчать про те, що ПТСР виникає приблизно у 20% осіб, що пережили ситуації травматичного стресу (за відсутності фізичної травми, поранення). Люди, що страждають на ПТСР, можуть звертатися до спеціалістів різного профілю, оскільки його прояви, як правило, супроводжуються різними психічними розладами і психосоматичними порушеннями.

ВПЛИВ МОБІЛЬНИХ ЗАСОБІВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Новоженіна Ярослава
Науковий керівник: Вірченко В.І., викладач фізики

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Важко на сьогоднішній день уявити наше життя без наявності сучасних технологій, а особливо це стосується мобільного телефону. Нам навіть уявити важко, як 20 років тому ми могли обходитися без такого зручного, та такого потрібного предмета. Телефон завжди поруч з нами, а якщо ми випадково забули його вдома, то почуваємо себе невпевнено, нервуємо. Без телефона, наче як без рук.

Мобільний телефон, безсумнівно, дуже корисна і потрібна штука. Виробники телефонів заявляють, що мобільні телефони абсолютно нешкідливі для організму людини, і сучасні нові моделі не мають жодного негативного впливу на здоров'я. Але багато вчених стверджують, що мобільний зв'язок завдає реальну загрозу для здоров'я і життя людини.

У багатьох країнах проводяться дослідження впливу мобільного телефону на наш організм, на внутрішні органи - серце, мозок, репродуктивні органи. Нас лякають, що електромагнітне випромінювання сприяє виникненню ракових утворень, але точних підтверджень, що саме телефон цьому сприяє, немає. Адже електромагнітні хвилі виходять не тільки з телефонів, але і з проводів, передавальних пристроїв, антен, якими обплутані всі наші міста, будинки, та й в квартирах повно приладів і технічних пристроїв, що випускають ці самі електромагнітні хвилі.

Електромагнітні хвилі невидимі, без кольору і запаху, людина не може їх відчувати, і захиститися від впливу цих хвиль теж не може. Джерелами електромагнітного випромінювання крім мобільного телефону також є мікрохвильові печі, телевізори і комп'ютери і майже всі побутові прилади, які допомагають нам полегшити наше життя, але погіршують наше самопочуття і здоров'я, так як створюють електромагнітні поля, які негативно впливають на організм людини. Кожна людина по-різному реагує на електромагнітне випромінювання, хтось його просто не помічає, а деякі відзначають після довготривалих розмов по мобільному телефону слабкість, головний біль, сонливість, втомлюваність і навіть алергічні реакції.

Досліди, проведені на тваринах, показують, що електромагнітне випромінювання завдає шкоди тваринам. Так жаби, поміщені в електромагнітне поле всього на 10 хвилин, вмирали від зупинки серця, а у тих, що вижили зазначалася низька частота серцевих скорочень. А у щурів, під дією елекромагнітного випромінювання, яке виходить від мобільного телефону, призвело до змін в діяльності серця та до пошкодження судин і загибелі нейронів. Також тварини, які після

тривалого перебування під електромагнітними хвилями, проявили різні негативні симптоми. Вони короткочасно втрачали пам'ять, у них погіршувався зір, а ембріони курчат показали підвищену сприйнятливість до раку.

Повернемося ж до впливу мобільних телефонів на людину. Вплив є, і він безсумнівно негативний. Але несе загрозу він лише у тому випадку, коли ви багато часу приділяєте розмовам по телефону та "сидінням " в інтернеті. Якщо ж ви здорова та активна людина, яка не проводить години за розмовами, так як вам є чим зайнятися і без цього, а телефон вам потрібний лише для підтримки зв'язку, то він принесе вам більше користі, ніж шкоди. Звісно є певна група людей, які знаходяться в групі ризику, і їм потрібно з обережністю користуватися мобільним телефоном.

Так хто ж входить до цієї групи? Це:

- хворі-сердечники (особливо власники вживлених електрокардіостимуляторів);
- жінки, які очікують дитину;
- діти до підліткового віку (чим молодші, тим більше вони схильні до впливу випромінювання від телефону);
- люди, які страждають порушеннями роботи центральної нервової системи (неврози, психастенія, епілепсія);
- особи з психічними розладами;
- люди з ослабленим імунітетом, з низькими захисними здібностями організму.

Про дітей необхідно сказати окремо. Вони набагато більш вразливіші дорослих: їх черепна коробка менше, кісточки черепа тонше, а тканини мають більшу провідність, і тому їх мозок поглинає як мінімум удвічі більше енергії від випромінювання мобільних засобів. До того ж основні системи організму, на які випромінювання телефону впливає, знаходяться в стадії росту і формування, а значить, ризик порушення цих процесів великий. А головне, діти виростають в середовищі мобільних телефонів, вони використовують їх в буквальному сенсі з народження.

Надамо вам перелік органів, які страждають від електромагнітного випромінювання:

- Мозок. З моменту початку розмови людини по мобільному, вчені відзначають у людини пригнічення альфа-ритму і тета-ритму біоелектричної активності головного мозку.
- Слух. Тривале (по багато годин поспіль) використання мобільних телефонів знижує слух. Втім, чи винувато в цьому саме випромінювання, або ж занадто велике навантаження на органи слуху - поки об'єктивно не доведено. Також відзначається нагрівання зовнішнього і внутрішнього вуха і найближчого до них ділянки мозку.
- Зір. Під впливом електромагнітного поля, створюваного телефоном, кровопостачання ока погіршується, а значить, тканини отримують менше кисню і поживних речовин, що може привести до

помутніння кришталика. Крім того, постійно розглядаючи невеликий текст і картинки на невеликих екранах гаджетів, люди надмірно перевантажують очні м'язи, що може обернутися порушенням зору і головними болями.

- Серце. Дослідження впливу мобільних телефонів на людський організм почалися з того, що користувачі в Великобританії, які мають серцеві захворювання, почали скаржитися на болі в серці. Причина полягала в тому, що на зорі використання мобільних телефонів було модно носити їх в нагрудній кишені , тобто в безпосередній близькості від серця, яке і без того мало проблеми. В даний час хворим, що носять електрокардіостимулятори, настійно не рекомендується користуватися мобільними телефонами взагалі.

- Сон. Навіть в режимі очікування мобільний телефон негативно впливає на швидку і повільну фази сну, змінюючи їх глибину і тривалість. Саме тому телефон не рекомендується класти на ніч під подушку.

- Когнітивна сфера (пізнавальна функція). Чи є негативний вплив електромагнітного випромінювання телефонів на здатність людини пізнавати світ, невідомо. Однак постійні розмови і «серфінг» в інтернеті просто не залишають часу на пізнання навколишнього світу. Особливо це стосується дітей і підлітків, тому батькам варто тричі подумати про необхідність гаджета для дитини.

- Реакція, увага і здатність до концентрації. Кількість аварій, які відбуваються з вини водіїв або пішоходів, які зосередилися на спілкуванні по мобільному телефону, величезна. Саме тому в багатьох країнах світу законодавством заборонені розмови по мобільному під час водіння транспорту.

- Психіка в цілому. Також відзначається погіршення пам'яті та уваги, стійкості до стресу, накопичення втоми і дратівливості, поява головних болів. Проте чи дійсно так впливає саме опромінення, або ж це сумарні наслідки перевантаженості інформацією, якою постачає нас мобільний телефон - чітких досліджень немає.

Тепер, коли вплив телефону на здоров'я людини отримало вагомі підтвердження, у нас з'явився ряд простих, але дієвих порад по використанню засобів мобільного зв'язку. Слідуючи цим простим, але ефективним рекомендаціям, користувачі мають шанс знизити шкідливий вплив мобільних телефонів. Головне пам'ятати, що дані поради справедливі як для звичайних мобільних телефонів, так і для смартфонів.

- Вибираючи телефон, зупиніться на моделі з найбільш низькими показниками SAR (показник, що визначає енергію електромагнітного поля) .
- Більше використовуйте мобільний телефон на вулиці, а не в приміщенні.
- У будівлях найкраще місце для розмови по мобільному - біля вікна.

• У машині рівень випромінювання буде також вище, тому намагайтеся не використовувати телефон в дорозі зайвий раз.

• У тих місцях, де сигнал найбільш слабкий (наприклад, в метро, в підземних переходах, за містом), телефону доводиться працювати на максимумі потужності, щоб забезпечити зв'язок, тому він випромінює набагато сильніше.

• Користуючись телефоном, не закривайте антену рукою, тримайте його за нижню частину.

• Носити телефон краще за все не в кишенях , а в сумці або портфелі, бажано - антеною від себе.

• Коли йде виклик, не тримайте телефон до вуха - це вершина його потужності, починайте слухати тільки після встановлення з'єднання.

• Не притуляти телефон впритул до шкіри - всього сантиметр відстані зменшує поглинання випромінювання приблизно в 4 рази.

• Можна користуватися навушниками як «меншим злом», але набагато безпечніше гучний зв'язок: в цьому випадку ніякі джерела випромінювання вам не доведеться притуляти безпосередньо до себе і наближати до уразливих зон - мозку, органам слуху і зору. Тому всюди, де можете собі дозволити, віддайте перевагу саме цей варіант використання мобільного.

• Не розмовляйте довго: будь-яку термінову проблему можна вирішити за 10-15 хвилин, а якщо вам потрібно більше часу - особиста зустріч буде і ефективніше, і корисніше.

• Віддайте перевагу смс-повідомленнями: вони набагато безпечніше.

• Якщо ви використовуєте свій мобільний для виходу в інтернет - не зловживайте цим, в такому режимі він випромінює на максимумі потужності.

• Вимикайте телефон на ніч і не кладіть його під подушку.

• Якщо ви не хочете заважати випромінюванням іншим людям, при розмові відійдіть хоча б на півметра.

• Людям з групи ризику (особливо вагітним, сердечникам і дітям) користуватися телефоном без крайньої необхідності не рекомендується взагалі.

Пам'ятайте, що будь-які «захисні» чохли і наклейки на телефони захищають вас від випромінювання не більше ніж силою вашої фантазії і довірливості: не ставайте жертвами шахраїв, які продають подібний товар в інтернеті. Краще використовуйте всі ті рекомендації, які ми дали вам вище - вони набагато ефективніше.

Сучасні розсудливі люди розуміють, що повна відмова від телефонів в нашому суспільстві неможлива: навіть якщо ви викинете всі свої гаджети, то кожен день будете неминуче знаходитися поряд з

людьми, які їх використовують, тому «життя без телефонів» можлива лише далеко від цивілізації.

А ось наскільки інтенсивно і грамотно ви будете використовувати свій мобільний, наскільки істотно станете піддавати ризику власний організм, залежить лише від вас. Сподіваємося, наш огляд допоможе вам зберегти здоров'я, і звести шкоду і негативний вплив мобільного телефону на здоров'я людини до мінімуму.

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНОЇ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РОЗВИТОК АНЕМІЇ

Пащенко Дарина
Науковий керівник: Журавльова Т.І, викладач акушерства та гінекології

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

В останні роки в структурі захворювань вагітних анемія відіграє значну роль і вважається одним із найчастіших ускладнень гестаційного процесу. За даними ВООЗ в різних країнах світу залізодефіцитна анемія (ЗДА) коливається від 21% до 80%, причому в регіонах з високою материнською смертністю анемія зустрічається у кожної третьої вагітної жінки. Згідно з офіційними даними частота ЗДА в Україні коливається від 28,4 – 83% (м. Бахмут – 45,5-55%) у різних регіонах країни.

В найбільш економічно розвинутих країнах частота анемії – 16-20%, в країнах, які менш розвинуті 80% та більше. Слід підкреслити, що такі цифри торкаються тільки маніфестної анемії, тобто клінічно явної патології, а латентний залізодефіцит до кінця вагітності спостерігається у зв'язку з нераціональним харчуванням у 50-100% жінок.

Згідно з офіційними даними частота ЗДА в Україні в останні роки зросла в 2 рази порівняно з 2002 роком. Дефіцит заліза, недостатнє депонування його в антенатальному періоді сприяє появі хронічної гіпоксії плода, дисбалансу в імунній системі матері, розвитку анемії у новонароджених, затримці розумового та фізичного розвитку дитини.

ЗДА займає І місце серед анемій. Добова потреба в залізі у невагітної жінки складає – 2-2.4 мг. З їжею у разі повноцінного харчування всмоктується 2-2,5 мг заліза на добу, максимум 3 мг/на добу (при нормальному харчуванні).

Біохімічна значущість заліза визначається його активною участю в тиаминному диханні.

В організмі здорової жінки з масою тіла 70 кг міститься 2,6-3 г заліза, 57-65% якого знаходиться у складі Hb, а 30% складає депо-феритин і гемосидерин (600-700 мг Fe).

Під час вагітності потреба в залізі зростає і досягає в II-III триместрах 5,6-6 мг/добу. З невідомих причин абсорбція Fe в тонкому

кишечнику в I триместрі вагітності знижується, в II-III підвищується. Однак це підвищення абсорбції не досягає необхідних цілодобових 5,6-6 мг, тому складається природній дефіцит заліза в організмі вагітної.

Протягом всієї вагітності жінка потребує додатково 900-1000 мг заліза, з яких 300 мг поступає плоду, 200 мг – до плаценти для збільшення циркулюючих еритроцитів, 150 мг втрачається під час пологів (2-2,5 мл крові вміщують 1 мг заліза).

З урахуванням усіх втрат абсолютний дефіцит заліза у вагітної жінки становить 350-500 мг, тобто 50-80% нормального депо цього мікроелемента (формується залізодефіцит).

Під час вагітності відбувається підвищення об'єму циркулюючої плазми на 40 %, а об'єм циркулюючих еритроцитів на 20-25%. Таким чином з'являється фізіологічна гемодилюція, максимум якої відповідає 32 тижням вагітності, тому межа норми концентрації Hb знижена до 110 г/л (позавагітності 120 г/л), гематокрита до 33% (позавагітності 36%). Результати клінічних досліджень показали, що помірне зниження концентрації Hb не тільки не погіршує перебіг вагітності, а навпаки асоційовано з кращими показниками стану новонароджених в порівнянні з нормальним рівнем Hb (≥100 г/л).

Далі ще більше: доведено, що призначення вагітним заліза не впливає на перебіг вагітності та пологів і на стан здоров'я новонароджених. Крім того було доведено, що анемія легкого та середнього ступеня (Hb 70-109 г/л) не викликає погіршення стану вагітних, а підвищення концентрації Hb в результаті прийому заліза не приводить до суб'єктивного покращення самопочуття. Але було підтверджено, що при важкій анемії (Hb<70 г/л) погіршується загальний стан вагітної, порушується функція нервової, серцево-судинної, імунної і других систем організму, зростає кількість передчасних пологів, післяпологових гнійно-запальних захворювань, затримка росту плода, асфіксії новонароджених та пологові травми.

Таким чином, шкода додаткового прийому заліза вагітними, які харчуються повноцінно не доведена, але відсутність користі такого вживання не викликає сумнівів.

Хотілось би нагадати, що джерелом Fe для людини є продукти тваринного та рослинного походження. Всмоктується в тонкому кишечнику тільки двохвалентне залізо.

Fe ++ знаходиться в м'ясі.

Fe +++, яке знаходиться в тваринних продуктах у складі феритина і гемосидерина, а також в рослинних продуктах мало всмоктується, якщо його не відновити до двухвалентного.

Все ж таки краще всмоктується гемове Fe м'яса, значно гірше – залізо феритина і гемосидерина печінки, серця, нирок рибних продуктів, незначна кількість заліза надходить з яєць, бобових і фруктів.

В той же час наявність в раціоні харчування фруктів, ягід, зелених овочевих соків, морсів та меду дуже важлива, тому що в цих продуктах є аскорбінова, янтарна, лимонна, яблучна кислоти, амінокислоти, мікроелементи, які сприяють всмоктуванню заліза.

Абсорбцію заліза пригнічують таніни (чай), солі кальцію (молоко та молочні продукти), фітін (зернові), тому їх вживання при анемії треба зменшити або розділити за часом вживання з продуктами багатими залізом. У раціон вагітної включаються всі життєво необхідні речовини. Рекомендується 5-6-разове харчування з визначеними проміжками часу. Так, перший сніданок (11-12 г) – 20%, обід (14 г) – 35-40%, полуденок (17 г) – 5%, вечеря (20 г) – 5-10% калорійності добового раціону. Перед сном рекомендується склянка кефіру чи соку.

Дієта при анемії у вагітних повинна бути спрямована на регулювання обмінних процесів, нормалізацію функціонального стану кісткового мозку, центральної нервової системи, печінки, серця, нирок, підвищення адаптації організму матері і плода до кисневої недостатності. Крім того, вона повинна бути засобом неспецифічної десенсибілізації, підвищення імунних властивостей опірності організму і посилення функції наднирок. Ці принципи харчування стосуються тільки здорових вагітних, а у яких є екстрагенітальна патологія повинні лікуватися медикаментозно.

Так що ж змінюється в питанні анемії вагітних? Це відношення до неї, як до патології, яку треба попереджати і лікувати у всіх випадках.

РАПТОВА СМЕРТЬ У СПОРТІ. ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Синичко А.В.
Науковий керівник: Леоненко Д.О., викладач вищої категорії

Бахмутський коледж мистецтв ім.І.Карабиця

Для більшості людей значення слів «спорт» і «здоров'я» практично синоніми. Величезна кількість людей земної кулі захоплені спортом в тій чи іншій мірі: хтось рано - вранці біжить підтюпцем, хтось сідає і кружляє по велосипедних доріжках або пірнає в басейн. Але бувають такі моменти, коли людина помирає під час заняттям спортом. При цьому можна відзначити, що поширеність в спорті раптової смерті відносно мала (0,04 - 0,5%), але ці показники зростають з кожним днем у нашому світі.

Варто згадати, що перша смерть від спорту датується 490 р. до н.е. коли вперше було опубліковано повідомлення про загибель молодого солдата з Афін внаслідок марафонського забігу.

Причини раптової смерті в спорті.

Зараз лікарі з'ясовують, чому через заняття спортом гине здорова людина. Вони виділяють два джерела смерті під час занять спортом у спортсменів:

- серцеві причини
- несерцеві причини

До найбільш частих несерцевих причин відносять бронхіальну астму, тепловий удар, який може трапиться зі спортсменом в жарких кліматичних умовах або під час важких фізичних навантажень. Також бувають випадки, коли до смерті призводять травми, особливо травми серця. За даними американської асоціації CPSC за період 1973 по 1995рр. зареєстровано 38 влучень бейсбольного м'яча в грудну клітку. А також не будемо забувати про різні допінги, які спортсмени приймають перед або під час тренувань і змагань. Усі ці речовини тільки погіршують здоров'я майбутніх чемпіонів, які могли гідно показати нашу країну на Олімпійських іграх.

Перша зареєстрована смерть від вживання фармакологічних препаратів у спорті сталася в 1879 році, коли у Франції англійський велосипедист помер від передозування амфетамінів прямо під час гонки.

У наш час, на змаганнях категорично заборонені такі препарати. Їх список складає понад 150 фармакологічних засобів. Для того, щоб спортсмени не вживали такі речовини, на змаганнях ведеться суворий контроль за цим.

До інших несерцевих захворювань відносять рідкісні або патологічні захворювання, які складно виявити під час обстеження для допуску до змагань, що і стає причиною раптової смерті.

Травматизм у різних видах спорту.

Також не тільки захворювання стають причиною раптової смерті в спорті, але і сам спорт. Такі випадки трапляються, коли люди поринають у свій вид спорту та не зважають на своє здоров'я.

Найнебезпечніші види спорту, на думку дослідників, - це абсолютно не бокс і бойові мистецтва. У всьому світі спортивні комітети відзначили найбільш "загрозливі" види спорту:

гірські лижі – до 40%;

американський і європейський футбол – до 35%;

мотоспорт – 32%;

баскетбол – 22%.

Всі інші види спорту менш травмонебезпечні.

За даними американських і німецьких досліджень, потрібно зауважити, що різниця між чоловічими та жіночими смертями в спорті дуже велика. Вони надають нам інформацію, що чоловіків в спорті гине близько 91 - 97%, а жінок всього лише 2 - 5%.

Висновок.

Після всього того, що було сказано вище, можна подумати, що спорт - не найкраще заняття для збереження здоров'я. Звичайно, ніхто не

може бути впевнений в тому, що з ним не станеться якоїсь травмонебезпечної ситуації, але точне дотримання правил ведення боротьби і попереджувальне ставлення до суперника дозволяють звести ризик травми до мінімуму і уникнути неприємних наслідків. Також, щоб уникнути раптової смерті в спорті, потрібно регулярно проходити медичне обстеження, уникати перетренувань, перевтоми, шкідливих звичок, перегріву організму. До того ж хочеться сказати, що завдяки заняттям спортом, людина стає більш уважішою і відповідальнішою. Він буде правильно розподіляти свій час, а така людина може легко досягти успіху в житті.

ПІКФЛОУМЕТРІЯ ЯК МЕТОД ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ШАХТАРІВ

Федорченко Наталя, Царьова Карина
Науковий керівник: Вяла Г.В., викладач внутрішніх хвороб

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Ми – студентки 3 курсу «Сестринська справа» Бахмутського медичного коледжу (БМК). У цій статті ми хотіли б поділитися нашим досвідом роботи і роботи наших попередників (випускників БМК 2018р.) під час переддипломної практики. Нас зацікавила актуальна проблема поширеності хронічного бронхіту. Ми вирішили провести дослідження, метою якого був аналіз доцільності застосування пікфлоуметрії з метою вторинної профілактики хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) у шахтарів; довести важливість та необхідність проведення пікфлоуметрії серед шахтарів з ХОБ.

Ми знаємо, що за останні 20 років захворюваність та смертність від хронічного бронхіту (ХБ) значно зросли. В Україні ХБ страждає близько 14 - 20% дорослих чоловіків і 3 – 8% жінок. Хронічний бронхіт відноситься до головних причин тимчасової непрацездатності працюючих у багатьох країнах Європи, займає п’яте місце серед всіх причин смерті, поступаючись лише захворюванням серцево-судинної системи, онкології і смерті від нещасних випадків. Захворюваність хронічним бронхітом є важливою соціально-медичною проблемою, вважається поряд з ішемічною хворобою серця "хворобою сторіччя". Захворюваність на ХБ залишається актуальною проблемою для Донецької області, оскільки екологічна, психологічна (постійні стреси через бойові дії на Сході країни) та професійно специфічна (велика кількість шахтарів) ситуації в нашому регіоні сприяють високій поширеності, неухильному зростанню захворюваності на ХБ та величезним економічним збиткам для суспільства.

Пікфлоуметрія (англ. Peak Flow) - метод функціональної діагностики для визначення пікової об'ємної швидкості форсованого видиху. Іншими словами, даний метод допомагає оцінити, з якою швидкістю людина може видихнути повітря, і таким чином оцінити ступінь обструкції (звуження) дихальних шляхів. Пікфлоуметрія дуже важлива для пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями.

Проведений теоретичний аналіз проблеми в науковій літературі. Аналіз наукових статей показав, що хоча визначення пікової швидкості видиху (ПШВ) не може повністю замінити спірометрію, воно постає її цінним та інформативним доповненням. Основні завдання моніторингу ПШВ (пікфлоуметрії): планування лікування обструктивних захворювань легень, оцінка ефективності їх лікування, прогнозування загострень бронхообструктивних захворювань, визначення зворотності бронхіальної обструкції.

З метою підтвердження теоретичного аналізу було проведене експериментальне дослідження ПШВ 50 шахтарів шахти «Котляревська» м. Новогродівка Донецької області, які проходили профогляд під час переддипломної практики наших студентів у Центральній міській лікарні м. Мирнограда в травні-червні 2018 року. (Результати дослідження узагальнені методами описової статистики за допомогою програми Excel.)

Була взята вибірка з 50 пацієнтів-шахтарів з ХОБ. Після інструктажу кожний пацієнт вимірював свою ПШВ. Інструктаж проводили наші студенти-практиканти («Сестринська справа» та «Лікувальна справа») під курацією досвідченої медсестри лікаря-терапевта (за згодою з пацієнтами). Студенти пояснювали пацієнтам, що процедура пікфлоуметрії робиться в положенні сидячи (або стоячи). Спочатку слід зробити кілька спокійних вдихів і видихів, після чого робиться глибокий вдих, мундштук пікфлоуметра щільно обхоплюється губами і виробляється глибокий форсований видих. При цьому слід тримати апарат строго паралельно поверхні підлоги. За кожен сеанс потрібно зробити не менше 3 видихів через деякі проміжки часу (2-3 хв.) і вибрати максимальне значення. Пацієнти самостійно проводили дослідження двічі на день, і всі показники ПШВ заносили в свої графіки, які далі аналізували наші студенти-практиканти. Для інтерпретації динаміки показників дослідження пацієнту визначали 3 сигнальні зони – зелену, жовту і червону. Кожна зона – діапазон значень ПШВ, межі якого розраховані, виходячи з особистого для пацієнта рекорду ПШВ.

- Зелена зона – діапазон значень ПШВ, які свідчать про стадію ремісії ХОБ. Складає більш 80 % ПШВ. Щоб визначити його кордон, необхідно максимальну ПШВ (ту, яка є «особистим рекордом») помножити на 0.8. Припустимо, максимальний показник – 450 л/хв. 450*0,8=360 л/хв – це нижня межа зеленої зони.
- Жовта зона – діапазон значень ПШВ, які свідчать про початок загострення ХОБ. Верхня межа жовтої зони відповідає нижній межі

зеленої зони, а нижня становить 60 % максимальної ПШВ, тобто її потрібно помножити на 0.6. Наприклад, межі жовтої зони будуть виглядати так: верхня – 360 л/хв, нижня – 450*0.6=270 л/хв.

- Червона зона – діапазон значень ПШВ, які свідчать про загострення ХОБ. Є сигналом пацієнту про те, що йому необхідно прийняти ліки і звернутися за медичною допомогою. Всі значення ПШВ, які менше 60 % від максимальної, знаходяться в червоній зоні. Нариклад, це все, що менше 270 л/хв. За норматив ПШВ прийнято брати середнє найкраще для даного пацієнта значення, яке визначається у нього в період ремісії при доброму самопочутті.

В результаті аналізу графіків ПШВ пацієнтів було встановлено, що зі всієї кількості пацієнтів 80% (40 людей) потрапили в зелену сигнальну зону, 18% (9 людей) – в жовту, 2% (1 людина) – в червону. З анамнезу захворювання кожного з 50 пацієнтів-шахтарів стало відомо, що за останні 2 роки кожний другий з них почав планово користуватися пікфлоуметром. В порівнянні з даними 2014-2016 років кількість пацієнтів, які постійно користуються пікфлоуметрією, зросла: з 20% до 50%. Захворюваність на ХОБ серед цих шахтарів і кількість загострень ХОБ, навпаки, зменшилися.

Можна зробити висновок, що застосування пікфлоуметрії з метою вторинної профілактики хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) у шахтарів є важливим і необхідним заходом, оскільки відображає ступінь обструкції бронхів і дозволяє здійснювати контроль за захворюванням навіть в домашніх умовах і в медичному пункті на підприємстві. Це сприяє скороченню обсягу застосовуваних лікарських препаратів, з одного боку, а, з іншого, дозволяє побачити, що насувається небезпека (загострення), і запобігти екстреній госпіталізації шляхом своєчасного застосування інгаляційних бронходилататорів.

За допомогою пікфлоуметрії пацієнт зможе оцінити ефективність бронхорозширюючих лікарських засобів. До того ж, цей метод діагностики — безболісний і простий. Мати особистий пікфлоуметр рекомендується кожному пацієнту з ХОБ, адже з ним можна вчасно виявити і фактори, що провокують загострення цього захворювання.

Активна вторинна профілактика з використанням пікфлоуметрії дозволить припинити зростання захворюваності на ХБ в нашому регіоні та дозволить запобігати величезним економічним збиткам від цього захворювання для суспільства, що так актуально на даний час.

ЗАГАДКИ ПАМ'ЯТІ

Ягло С.М.
Науковий керівник: Гаркавенко М.М., учитель біології та хімії

Бахмутська загальноосвітня
школф І-Ш ступенів № 5 з профільним навчанням

Пам'ять лежить в основі здібностей людини, є умовою научіння, набуття знань, формування умінь та навичок. Без пам'яті неможливе нормальне функціонування ні особистості, ні суспільства. Завдяки своїй пам'яті, її удосконаленню людина виділилася з тваринного царства і досягла тих висот, на яких вона зараз знаходиться. Так і подальший прогрес людства без постійного покращення цієї функції є неможливим. Тому, вивчення механізмів запам'ятовування та відтворення інформації є дуже актуальним в сучасному світі.

Пам'ять – це психічний процес, який полягає у запам'ятовуванні, збереженні, відтворенні людиною її досвіду. Проблема пам'яті привертала увагу людей давніх часів. У стародавніх греків була богиня пам'яті Мнемозіна (гр. «мнемо» - пам'ять) - мати 9 муз наук і мистецтв. Есхіл, великий грецький драматург (525-456 рр. до н.е.), вклав у вуста свого героя Прометея слова: «Послухайте, що смертним зробив я: Число їм винайшов і букви навчив з'єднувати - їм пам'ять дав, мати муз - всього причину».

Пам'ять розглядалася й аналізувалася в рамках різних напрямків і наукових теорій. Серед основних можна відзначити асоціативний підхід, фізіологічну теорію та біохімічну теорію.

В основі класифікації видів пам'яті лежать характер психічної активності особистості, характер цілей діяльності, а також час закріплення і збереження матеріалу. Ґрунтуючись на цих критеріях учені виділяють такі види пам'яті, як рухова й образна, довільна і мимовільна, короткочасна, довгострокова, оперативна й ін. Усі види пам'яті піддаються науковому аналізу і дослідженню. Для дослідження пам'яті застосовується ряд методик, що спрямовані на дослідження процесів запам'ятовування, факторів збереження, причин забування інформації і можливості її відтворення.

Сучасні методи дослідження пам'яті людини аналізують і вивчають пам'ять особистості на кожнім з основних процесів – на етапі засвоєння, збереження і відтворення інформації. Для дослідження різних типів пам'яті і різних її процесів використовуються різні методики.

Згідно результатам дослідження, проведеного серед учнів 8 класів, було встановлено, що в дітей переважно розвинена зорова (41%)та короткочасна пам'ять(46%), середні показники має логічна і механічна

пам'ять(33%) та об'єм зорово-моторно-слухової пам'яті(37%),найнижчі показники мають показники слухової пам'яті(41%).

Така тенденція зумовлена розвитком сучасних технологій-учні звикли отримувати інформацію через інтернет ресурси швидко і переважно в результаті задіяння зорової сенсорної системи. В цілому учні мають середні показники розвитку різних видів пам'яті(42%),що підтверджує гіпотезу.

Для покращення пам'яті добре зарекомендували себе вправи такі як візуалізація, вивчення іноземних мов та віршів. Виконуючи їх щоденно, ви обов'язково досягнете таких блискучих результатів як Олександр Македонський та Сократ.

2. ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ МОВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ.

МОВНА КУЛЬТУРА

Абрамов Михайло
Науковий керівник: Ситковська І.П., викладач української мови та літератури

Донецьке вище училище олімпійського резерву ім.С.Бубки

Між літературною українською мовою та її реальним уживанням спостерігаються розходження, які залежать від багатьох суспільних і мовних чинників – територіальної специфіки, особливостей мовної ситуації, соціальної структури населення. Ключовою ознакою сучасного існування української мови є незахищеність від впливу місцевих діалектів, сленгу, говірок, що призвело до того, що значна частина жителів Донецької та багатьох інших областей спілкується суржиком.

Проблема формування культури мовлення є актуальною в сучасному українському суспільстві.

Мета даної статті – виділити найбільш оптимальні методи та шляхи поліпшення вивчення мови у процесі формування культури усного українського мовлення сучасної молоді.

Об'єктами дослідження є мовні одиниці, що підтверджують значні порушення норм сучасної української мови в мовленні молоді.

Предмет дослідження становлять орфоепічні, морфологічні, лексичні та синтаксичні помилки, зафіксовані в мовленні.

Методологія дослідження базується на найважливіших положеннях загального мовознавства про взаємозв'язок мови з культурою.

Основними методами, використаними у дослідженні є: описовий метод, метод слухового аналізу, з прийомами безпосереднього спостереження, 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 в загальному сенсі – це все те, що створено руками й розумом людини в процесі розвитку суспільства, але, слід зауважити, що це ще й спосіб суспільного життя, що виражається в народних звичаях та віруваннях, зібраних за минулі століття, у ставленні одне до одного, до праці, до мови. Мова виступає не тільки засобом спілкування, а й цінною скринькою, в якій зберігається вся інформація про навколишній світ, насамперед про історію свого народу. Сьогодні культура і мова тісно пов'язані в царині духовних якостей кожної людини і суспільства в цілому. Важко

заперечити, що в низькому рівні культури мови виявляються виразні ознаки бездуховності…

Мова виникла історично у процесі розвитку комунікації та культури як інструмент пізнання й перетворення світу. Тому поняття «мова» та «культура» пов'язані між собою.

Існує декілька 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 лаконічно, однозначно, й чітко формулювати свою думку;

б) граматична правильність, тобто відповідність мовної форми до заздалегідь прийнятих норм;

в) естетика вислову, тобто вироблення почуття краси мови (чистота, точність, достатність і ясність, логічність, доречність, виразність).

Проблеми взаємовідношення і взаємодії мови та культури грають найважливішу роль для вдосконалення форм і ефективності спілкування між людьми.

У мові, як у дзеркалі, дійсно відображається навколишній світ. Мова відображає все: історію, умови життя, географію, клімат місцевості. За кожним словом стоїть предмет або явище реального світу. Між мовою і реальним світом стоїть людина, яка сприймає і усвідомлює світ за допомогою органів чуття і на цьому досвіді 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. Тобто, між реальністю і мовою стоїть культура.

Таким чином, мова і культура взаємопов'язані настільки тісно, що практично складають єдине ціле, що включає ці два компоненти, жоден з яких не може функціонувати (а отже, і існувати) один без одного. Разом вони співвідносяться з реальним світом, залежать від нього, протистоять йому, відображають і одночасно формують його.

Отже, відродження України повинно початися з духовного відродження нації. Духовний прогрес народу неможливий без глибокого пізнання та освоєння культури мовлення та народної моралі.

ФОРМУВАННЯ МОЛОДОЇ СІМ'Ї ТА ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ЇЇ СТАНОВЛЕННЯ

Букрєєва К.Д.
Науковий керівник: Пузікова Т.М., учитель суспільних дисциплін

Бахмутська загальноосвітня
школа І-Ш ступенів № 5 з профільним навчанням

Сьогодні Україна прагне повернути молодь до цінування справжніх моральних та духовних цінностей. Проблеми готовності молоді до створення сім'ї в контексті поширення неофіційних шлюбів, аналіз економічного становища, житлових умов, стану і причин розлучень та розпаду сімей,впливу суспільства на становлення молодої сім'ї, оцінку репродуктивних орієнтацій та планування молодої сім'ї є актуальним для сучасного суспільства. Тема цікава і актуальна, має практичну спрямованість. Матеріали дослідницької роботи можуть бути використані при проведенні виховних заходів, в учбовому процесі та позакласній роботі.

Духовне і морально-естетичне багатство сімейного життя — найважливіша умова успішного виховання дитини, наголошував В.О Сухомлинський. Ця проблема актуальна і зараз бо завдання, які висуває життя перед суспільством стають настільки складними, що без високої культури всього суспільства неможливе виховання та становлення молоді як людей здатних створювати свідомо сімейні пари та нести відповідальність за виховання підростаючого покоління.

На думку Генерального секретаря ООН Кофі Аннана, коли зневажаються основні права однієї сім'ї – єдність всієї людської сім'ї, членами якої вони є, перебуває під загрозою. Сім'я як основний елемент суспільства була і залишається берегинею людських цінностей, культури та історичної спадкоємності поколінь, чинником стабільності і розвитку. Завдяки сім'ї міцніє і розвивається держава, зростає добробут народу!

Що ж таке сім'я? Соціологи й антропологи дають різноманітні визначення. Сім'я включає дорослих осіб обох статей, які по бажанню мають дітей, власних або взятих на виховання. Хоча сім'єю також вважаються одружені або неодружені пари без дітей; групи, які складаються з одного із батьків.

Важливим етапом створення сім'ї є шлюб. Слово "шлюб" бере початок від давньослов'янського "сьлюб" — урочиста обіцянка. "Слюбитись" — означає домовитись. Отже, шлюб — це добровільний та рівноправний союз жінки та чоловіка, який реєструється в державних

органах реєстрації актів цивільного стану з метою створення сім'ї, виховання дітей, який породжує взаємні права та обов'язки подружжя.

Моральне здоров'я і економічне благополуччя родини – запорука суспільної злагоди, подолання соціальної напруженості. Сьогодні важливо усвідомлювати те, що найскладніші соціально-економічні проблеми, що накопичилися в країні, не можуть бути вирішені без опори на молоду сім'ю, без її активної участі у суспільних перетвореннях. Готовність до високої місії батька й матері — одна з найважливіших сторін громадянськості людей.

Таким чином, процеси формування, становлення і розвитку сучасної сім'ї проходять у складних і суперечливих умовах. Вони характеризуються зміною суспільних відносин, моральних цінностей, загальної культури народу, що породжує необхідність подальшого вивчення особливостей підготовки молодого покоління до створення міцної сім'ї.

СУЇЦИД ЯК СОЦІАЛЬНЕ ЯВИЩЕ

Гайман Олександра
Науковий керівник: Літвін Т.В., викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Для кожного життя — найвища цінність. Але доля часом підносить нам випробування, та не усі, на жаль, можуть впоратися з ними. Не маючи сил перенести ці муки існування, деякі стають на трагічний шлях — шлях самогубства. Саме цьому я обрала тему “Суїцид як соціальне явище та його медичний аспект”.

Попередження самогубств є комплексним завданням, у вирішенні якого велике значення надається саме медичним працівникам. Медичні сестри, як правило, стикаються з пацієнтами до лікарського огляду і проводять більше часу, ніж лікарі, спостерігаючи за їх поведінкою. У зв'язку з цим, середній медичний персонал будь-яких лікувальних установ відіграє велику роль у попередженні суїциду.

Суїцид – це самогубство, тобто позбавлення людиною життя власними руками. До суїциду належить також і спроба його здійснити. Самогубство з давніх-давен займало уми багатьох дослідників. Раніше ніж виникла суїцидологія як галузь медичної науки самогубство вивчалося філософами, істориками, психіатрами. Вперше у науці ця драматична тема почала вивчатися лише на початку 20 століття соціологом Емілем Дюркгеймом.

У той час, коли на Заході вчені опубліковали декілька наукових робіт, а суспільство почало впроваджувати заходи, спрямовані на зменшення суїцидальних спроб, в Радянському Союзі це замовчувалося,

статистичні дані не оприлюднювалися. І тільки в другій половині 20 століття феномен самогубства почали вивчати у найрізноманітніших аспектах: правовому, соціальному, медичному.

Суїцидальна поведінка зустрічалася в усі часи та в усіх культурах, ставши однією з найгостріших медико-соціальних проблем суспільства, що вимагає особливої уваги.

Більшість молодих людей намагаються покінчити з собою всього один раз в житті; для тих же підлітків, які можуть зробити вторинну суїцидальну спробу, найнебезпечніший час - 80-100 днів після першої спроби. Після першої спроби розлучитися з життям підлітки відчувають постійну підтримку оточуючих.

Однак, зробивши суїцидальну спробу, підліток повертається в нормальний стан повільніше, ніж може здатися, тому можливі повтори.

Проте від того, що ці люди самі вирішили звести рахунки з життям, ситуація не стала менш трагічною. У різних суспільствах і культурах існувало різне ставлення до навмисного позбавлення себе життя: десь воно заохочувалося, а десь вважалося неприпустимим, встановлювалася навіть кримінальна відповідальність за це діяння.

Дуже великий вплив у цьому питанні на поведінку людей мають релігійні конфесії. Іслам суворо засуджував самовільне позбавлення себе життя, і тому суїцид практично не зустрічається в країнах, які сповідують мусульманську релігію. У юдаїзмі також підкреслювалося цінність життя для бога, і тому заради збереження життя євреям дозволялося переступати всі релігійні закони, за винятком відмови від бога, вбивства і кровозмішення. Християнська церков відмовляла самогубцям в християнському похованні, вони каралися ганебним захороненням на перехрестях доріг, поза кладовища, а в правовому плані - сім'я самовбивці позбавлялася спадщини.

На самогубства впливають також деякі культурні явища. У всі часи особливу небезпеку становила така форма суїциду, в якій був присутній момент наслідувальності прикладу.

Смерть відомої голлівудської актриси Мерилін Монро і широке обговорення в пресі версії причин її самогубства вселили суїцидальні ідеї і викликали хвилю відповідних самогубств у десятків і навіть сотень американців.

Широко відома і відчайдушна самогубна поведінка японських воїнів під час бойових дій. У період Другої світової війни, наприклад, японські пілоти-камікадзе, з метою нанесення максимальної шкоди ворогу, вели свої літаки і планери на самогубний таран американських авіаносців.

Науковці налічують велику кількість факторів та виявляють нові тенденції, що призводять до самогубства.Самогубства найчастіше відбуваються навесні, коли дні швидко збільшуються. Різні місяці, довжина дня яких однакова, мають однаковий відсоток самогубств. У

кожну пору року більшість самогубств відбувається вдень. Пояснюється це тим, що день є часом найбільшого пожвавлення людської діяльності, "коли схрещуються і перехрещуються людські відносини, а соціальне життя найбільш інтенсивне". Ф Ніцше, Н. В Гоголь, М. М. Пришвін неодноразово відзначали особливий вплив на психіку людини "сліпучого півдня". Саме полудень є найбільш небезпечним.

Причин, за якими люди зважуються на суїцид, багато – це втрата близьких і сенсу життя, самотність, нещасна любов, релігійний фанатизм, депресія. У кожного свої причини. Але помічено: якщо близький родич здійснював самогубство, то в його нащадків схильність набагато більше. Приблизно чверть усіх самогубств відбувається під впливом алкоголю або наркотиків.

Для сучасності характерні нові тенденції у звершенні спроби покінчити із собою, та найбільше до них схильні підлітки.Сучасні діти нерозривно пов'язані з соціальними мережами. Віртуальне життя майже повністю відокремлює їх від реальності. У зв’язку з цим тепер набагато частіше зустрічаються випадки масового суїциду серед підлітків. Найяскравіший приклад, так звані “групи смерті”. “Сині кити” - одна з них. Її початок відзначився тим, що в інтернеті різко зросла кількість пошукових запитів на тему ігор, фіналом яких стає спроба вчинити самогубство.

Перед тим, як втягти когось у квест, модератори вивчають його особистість - і коли той має затребувану схильність до суїциду, надсилають йому завдання. Воно складається із надання собі ушкоджень: наприклад, вирізати на своєму тілі кита чи напис, і все це потрібно знімати на фото чи відео. Подібна гра триває 50 днів і має закінчитися самогубством дитини, яке також має бути зафіксоване на відео.

Не так давно з'явилася нова група, яка отримала назву "Червона сова". Серед основних завдань, які мають виконувати діти, - постійно бути online, моментально відповідати на повідомлення кураторів, які вони надсилають у будь-який момент, а також дивитися психоделічні відео посеред ночі.

Підлітковий суїцид посідає 3 місце в причинах дитячої смертності. Кожен 20-й підліток повторює спроби покінчити з життям, перебуваючи у віці 15-19років. Україна лідирує за кількістю спроб підлітками вчинити самогубство. Даний показник дуже високий — 20 на 100 тисяч чоловік. Серед дівчат відбуваються суїцидальні спроби частіше, ніж серед юнаків. При цьому дівчата рідше досягають поставленої мети, а юнаки більш рішучі в своєму виборі.

Самогубства в Україні є серйозною соціальною проблемою. Найбільша "Епідемія" дитячих самогубств в Україні була зафіксована на початку 90-х. У 2017 році наша країна посідала 9 місце. Самогубство - основна причина загибелі демобілізованих солдатів української армії. З 2014 року до сьогодення було зафіксовано близько п'ятисот випадків.

Найбільший рівень смертності в результаті завершених суїцидів був зафіксований у промислових регіонах Східної України і в районах, які постраждали в наслідок Чорнобильської АЕС. У нашому місті показник самогубств, на щастя, дуже низький: за останні 3 роки зафіксований тільки 1 випадок завершеного суїциду.

У жовтні я проводила дослідження (анкетування) з метою виявлення кількості людей, які орієнтуються у даній темі. У анкетуванні взяли участь 68 студентів. Анкета містила 9 запитань. Анкетування показало, що в цій темі студенти — медики недостатньо орієнтуються, а це важливо для їх майбутньої професії.

- 62% опитуваних не одобрюють суїцидентів;
- 53% вважають, що на самогубство здатні тільки люди з нерівноваженою психікою;
- 41% вже стикалися зі спробами суїциду;
- 54% вважають, що найбільше запобіганню самогубств сприяє саме родина;
- 94% знають, у чому полягає медична допомога суїцидентам та наводять приклади, як відрізнити людину, що хоче скоїти самогубство.

10 вересня щорічно відзначається **Всесвітній день запобігання самогубствам**. Він був заснований Всесвітньою організацією охорони здоров'я спільно з Міжнародною асоціацією із запобігання самогубствам як один з засобів привернути увагу до цієї страшної теми.

Проте ми маємо бути налаштовані оптимістично! Тепер ці люди можуть бути врятовані! Суспільство визнало існуючу проблему і тепер суїцидентів не засуджують, а намагаються допомогти. Сьогодні існує Міжнародна асоціація із запобігання самогубствам, за рекомендацією якої у багатьох містах світу і нашої країни були створені служби попередження самогубств. Одним з головних принципів діяльності служб є їх анонімність.

Кажуть, на самогубство здатні тільки люди сильні духом. Але! Самогубство - це показник твоєї слабкості. Я обираю життя!

ПРОБЛЕМИ НАСИЛЛЯ НАД ДІТЬМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Картамишева Юлія
Науковий керівник: Літвін Т. В., викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

В просвітницькому та глобалізованому XXI столітті все ще залишається насилля над дітьми. При чому це стосується, як розвинених країн, так і економічно відсталих. За даними ВООЗ, приблизно 20% жінок

і 5-10% чоловіків повідомляють про те, що в дитинстві піддавалися сексуальному насильству; 25-50% всіх дітей повідомляють про те, що піддавалися фізичному насильству. В процесі дослідження цієї проблеми були поставлені такі завдання: дослідити фактори, які роблять можливим насилля, шляхи ліквідації цих дій та їх попередження. Для кращого розуміння положення мною було проведено анкетування, в якому взяло участь 96 підлітків, що допомогло створити власну статистику. Насамперед, я вказую на аспект домашнього, а також сексуального насилля.

Насилля над дітьми - це погане поводження з дітьми у віці до 18 років і відсутність турботи про них. Тілесні покари розглядаються як невід'ємне право батьків. Більшість людей вважають, що фізичне покарання є ефективним методом виховання. Частіше цьому виду насилля піддаються діти, які мають додаткові потреби – психічні або фізичні (інваліди). Існує стереотип, що насилля відбувається тільки в неблагополучних родинах, в дійсності насилля можна зустріти в будь-яких верствах населення.

Сексуальне насилля над дітьми є дуже небезпечною, тривожною соціальною проблемою. Найчастіше діти піддаються домашньому насиллю.

Домашнє насилля над дітьми – дії старших членів родини по відношенню до дитини, які пригнічують його права та свободу. Може проявлятись як в фізичній, так і в емоціональній формі.

До причин домашнього насилля належить: перенесення негативного досвіду, асоціальна поведінка родичів, соціальний стрес, який переживають батьки.

Більшість батьків не усвідомлюють, що здійснюють насилля над власними дітьми, вважаючи свої дії правильними. Застосовують до дитини загрози, побої, непосильну працю, як метод виховання; вважають, що привчають дитину до життєвих труднощів і пишаються своїми вчинками. У дітей порушується фізичне та психічне здоров'я, що призводить до депресій, девіантної поведінки, схильності до суїциду, розладів харчової поведінки, з'являються хронічні захворювання, можлива смерть.

За останні десятиріччя суспільство напрацювало форми як боротьби з цим явищем, так і його профілактики.

Виявленням та лікуванням наслідків домашнього насильства займаються лікарі-психіатри, психологи, служби соціальної та медичної допомоги. Використовуються бесіди в присутності агресора та без; медикаментозна корекція, індивідуальна та групова психотерапія.

Сексуальне насилля над дітьми – це будь-яка форма сексуального контакту між дитиною та дорослим. Вважають, що до сексуального насильства відноситься проникнення або дотики до статевих органів дитини.

Також до сексуального насилля відноситься демонстрація статевих органів, порнографії, фото- та відеозйомка оголених дітей.

Батьки вважають, що найнебезпечнішою є зустріч з педофілом на вулиці в безлюдних місцях, маніпуляція та заманювання «цукеркою», але гвалтівником може бути навіть близький родич, або няня.

Визначити можливе сексуальне насилля можливо самостійно, слідкуючи за поведінкою дитини. У дітей, які пережили насилля, проявляються зміни в звичайному ритмі життя. Це може бути агресія у спокійних дітей, або навпаки замкнутість у зазвичай веселих та активних, відкат на декілька років у минуле (поведінка не відповідає віку), розлади сну, нездорова реакція на конкретних людей або місця (школа, кімната та ін.)

Щоб попередити сексуальне насилля, батькам необхідно з раннього дитинства пояснити дітям про недоторкані «особливі» частини тіла, розповісти про те, як захищатись від раптового нападу, або до кого звернутись за допомогою в разі насилля, що сталося. Також важливо знати, як самим впоратись з цією ситуацією, тому що часто батьки погіршують стан дитини, не витримуючи стрес. В такому випадку психологічна допомога необхідна не тільки дитині, а й батькам.

Таким чином, головне завдання будь-якого дорослого – інформувати дітей про види насилля та способи захисту, звертати увагу на поведінку дитини для ранньої діагностики різних видів насилля. Якщо розглядати ширше – пропаганда сімейних цінностей, Проведення роз'яснювальної роботи з педагогами, дітьми та батьками, визначення «гарячих точок» з точки зору насильства і подальше вживання заходів.

Головне – не робити з цього табу, щоб кожна жертва насилля не соромилась поділитись своєю проблемою та не боялась осуду з боку оточуючих.

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ЙОГО РОЗВИТОК

Корніясова Є.Б.
Науковий керівник: Болдарєва В.М., викладач неврології, психіатрії та наркології

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Емоційний інтелект - це здатність усвідомлювати свої почуття і емоції, доносити і використовувати їх, управляти ними, і на основі цих навичок взаємодіяти з іншими людьми.

Що собою являє емоційний інтелект?

Поняття «емоційний інтелект» (EQ) у психології з’явилося відносно недавно, і з кожним днем інтерес до нього зростає. І невипадково: численні дослідження, проведені теоретиками і практиками психології,

показали, що рівень особистих досягнень людини великою мірою визначається не класичним показником інтелекту IQ, емоційними здібностями. Іншими словами , «бути розумним» - зовсім не означає»бути успішним», важливо розбиратися у своїх і чужих емоціях і вміти контролювати їх.

Найбільш ранні коріння досліджень емоційного інтелекту можна простежити в роботі Чарльза Дарвіна, який зазначав важливість емоційного вираження для виживання, а також для адаптації. У 1900- х роках, хоча традиційні визначення інтелекту робили наголос на таких когнітивних аспектах, як пам'ять і вирішення проблем, ряд впливових дослідників в галузі дослідження інтелекту почали визнавати важливість некогнітивних аспектів. Так у 1920 році, Е.Л. Торндайк ввів у свою роботу термін «соціальний інтелект», щоб описати навички розуміння та управління іншими людьми. У 1940 році Девід Векслер описав вплив нерозумових факторів на інтелектуальну поведінку. Він стверджував, що моделі інтелекту, що розглядаються наукою, не будуть повними, поки ми не зможемо адекватно описати вищезгадані фактори. У 1983 році Говард Гарднер у роботі «Рамки розуму: теорія множинного інтелекту» (Frames of Mind: the theory of Multiple Intellgences) ввів ідею про множинні інтелекти, окремо розглядаючи міжособистісний інтелект (здатність розуміти наміри, мотиви і бажання інших людей) і внутрішньоособистісний інтелект (здатність розуміти наміри, мотиви і бажання інших людей) і внутрішньоособистісний інтелект (здатність зрозуміти себе, оцінити свої почуття, страхи і мотиви). На думку Гарднера, традиційні показники інтелекту, так як IQ, не в змозі повністю пояснити когнітивні здібності та особливості людини.

Дуже часто вважають, що EQ, і IQ взаємозамінні, це два абсолютно різних поняття.

IQ – визначає розумовий інтелект людини

EQ- визначає емоційний інтелект

EQ – це можливість відчувати, розпізнавати і використовувати емоції для підвищення рівня взаємодії і результативності. Він допомагає використовувати отримані знання про емоції для більш ефективної роботи.

Концепція емоційного інтелекту (УІ) як такого з'явилася в психологічній науці в кінці XX століття. Її засновниками стали американські психологи Д. Карузо, П. Саловей і Дж. Майер, які розглядали емоційний інтелект як сукупність ментальних здібностей до розуміння власних емоцій і емоцій інших людей. На думку М.О. Журавльової, у вітчизняній психології необхідність появи терміну «емоційний інтелект» була обумовлена розвитком досліджень у сфері емоцій і інтелекту, вивченням зв'язку ментального і афективного в структурі психічної діяльності, а також дослідженням емоційних здібностей. Так, в сучасній психологічній теорії та практиці широко

вивчені такі особливості емоційної сфери особистості як емпатія, вразливість, емоційна і емоційна стійкість.

Модель емоційного інтелекту Деніеля Гоумана складається з п'яти компонентів: самопізнання, саморегуляція, мотивація, емпатія і соціальні навички.

Відповідно до опису, запропонованому Майєром і Селовеєм, виділяють чотири складові емоційного інтелекту.

1. Точність оцінки та вираження емоцій. Важливо розуміти свої емоції та емоції інших людей, пов'язані як з внутрішніми, так і з зовнішніми подіями. Це здатність визначити емоції по думках, фізичного стану, зовнішнього вигляду, поведінки. Це здатність точно оприділяти емоції і пов'язані з ними потреби.

2. Використання емоцій в розумовій діяльності. Те, як і про що ми думаємо, залежить від того, як ми себе почуваємо. Емоції впливають на розумовий процес і готують нас до певних дій. Ця здатність допомагає зрозуміти, як використовувати емоції і думати більш ефективно. Керуючи своїми емоціями, людина може керувати своїми і чужими емоціями і ефективно взаємодіяти з людьми.

Перший крок у розвитку EQ – формування здатності усвідомлювати і оцінювати свої емоції і інтенсивність з тієї чи іншої точки зору. Для цього потрібно періодично ставити собі запитання: «Що я зараз відчуваю?», починаючи з базових станів (радість, страх, смуток, злість).

Потім потрібно навчатися визначати джерело емоції і ступінь інтенсивності емоцій. Силу емоції можна вимірювати за шкалою від 1 до 10: від мінімальної інтенсивності, коли управління емоцією не вимагає зусиль, до дуже високої, коли емоція некерована. Ця шкала дозволить усвідомити і оцінити нюанси ваших відчуттів. Це допоможе навчитися знижувати відношення до цієї емоції до оптимального рівня.

Наступний крок - розширення діапазону емоцій. Складіть свою абетку емоцій, спробуйте оцінювати емоційний стан інших людей.

Намагайтеся зрозуміти і усвідомити, що з вами відбувається, коли ви займаєтеся тією чи іншою справою. Вчіться говорити про свої емоції, переводити почуття і емоції в слова. Адже багато взаємин ламаються від недомовленості і непорозумінь.

Сенс розвитку емоційного інтелекту полягає в тому, щоб вибудувати конструктивні відносини і досягати успіху в своїх справах.

ЮРИДИЧНЕ ЗАКРІПЛЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ

Лучанінова Софія
Науковий керівник: Літвін Т. В., викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Минулий рік став переломним у питаннях прав людини не лише в Україні, а й у всьому світі. Слова "фемінізм" та "насильство" стали найбільш запитуваними у пошукових інтернет-системах. Намагаючись вирішити проблему домашнього насильства, у грудні 2017 року Верховна Рада ухвалила закон "Про запобігання та протидію домашньому насильству", в якому запропоновано новий підхід (із використанням європейських стандартів) до боротьби з цим негативним явищем у суспільстві.

Новий закон який запроваджує кримінальну відповідальність за домашнє насильство (№2227-19), теж ухвалений парламентом у грудні 2017 року, але набув чинності — 11 січня 2019 року. Основні зміни торкнулися тільки двох розділів Особливої частини Кримінального кодексу - Розділу II "Злочини проти життя і здоров'я людини" і Розділу IV "Злочини проти статевої свободи та статевої недоторканості особи".

Зокрема, розширено список умисних тяжких тілесних ушкоджень. До них вирішили зарахувати "каліцтво статевих органів" (ст. 121 КК).

А в ст.126-1 дано визначення домашнього насильства: "Умисне систематичне вчинення фізичного, психологічного або економічного насильства по відношенню до подружжя або колишнього подружжя або іншої особи, з яким винний перебуває (перебував) в сімейних чи близьких відносинах, що призводить до фізичних або психологічних страждань, розладів здоров'я, втрати працездатності, емоційної залежності або погіршення якості життя потерпілого ".

Головний акцент зроблений на р. IV Особливої частини КК "Злочини проти статевої свободи та статевої недоторканості особи".

У ст.152 КК описується насильство, що це є просто статевим актом із застосуванням чи погрозою застосування фізичного насильства, як було раніше, а також "дії сексуального характеру, пов'язані з вагінальним, анальним або оральним проникненням в тіло іншої особи з використанням геніталій або будь-якого іншого предмета, без добровільної згоди потерпілого".

У зміненій ст. 153 ККУ йде мова про такі сексуальні дії, де проникнення в тіло потерпілого не відбулося. Тепер це буде кваліфікуватися як "сексуальне насильство" з покаранням - позбавленням волі до п'яти років.

Насильство над жінками має глибокі історичні корені в українській культурі І є гострою проблемою соціального життя. Це насильство яке вселяє побоювання своєї зростаючої динамікою, особливо - в середовищі молодіжних сімей. Кожна п'ята з опитаних українських жінок вважає, що цей вид насильства є «дуже частим», при цьому не менше 20% українських жінок молодше 28 років ставали жертвами насильства в своїх будинках, а близько 2% виявлялися об'єктами нападів. Такий стан речей нерідко пов'язують з сучасними змінами в суспільному устрої, які не оминають українські сім'ї. Дослідження показують, що і в сучасній Україні традиції агресивного ставлення до жінки передаються у спадок від батька до сина. Агресорами частіше виступають чоловіки: колишнє подружжя, які проживають разом, батьки, сини, співмешканець.

Я провела опитування в соціальній мережі Instagram (65 респондентів), а також серед студентів Бахмутського медичного колледжу (65 респондентів) і отримала загальні результати відповідей з таких питань:

1. Відомі вам факти домашнього сексуального насильства?

A. з розповідей інших людей - 28%

B. з матеріалу преси інтернету – 61%

C. невідомо – 11%

2. Стосувався вас цей факт домашнього сексуального насильства?

A. Так – 1%

B. Ні – 92%

C. Не відповідаю – 7%

За результатами опитування можна підвести підсумок, що 92% опитаних людей не стикалися з домашнім сексуальним насильством. Тому зміни в законодавстві будуть важливим фактором протидії домашньому фізичному насильству у сім'ї.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ВЫГОРАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Нигурица Арина
Научные руководители: Красножен Н.Н., Звонарева Н.Е.

КУ «Бахмутский медицинский коледж»

Поступая в медицинский колледж, медицинский университет, будущий студент должен понимать насколько эмоционально тяжела эта профессия. Ведь медицинский работник должен обладать такими качествами, как: отзывчивость, милосердие, внимательность, доброжелательность, умение выслушать и помочь. Впервые надевая белый халат, будущий медицинский работник представляет свою профессию героической, но с годами может в ней разочароваться. Человек теряет интерес к профессии, становится отстраненным, замкнутым и при этом может развиться синдром профессионального выгорания.

Профессиональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса, возникающий в ходе выполнения профессиональных обязанностей, и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека.

Понятие выгорание было введено в науку американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие интенсивного и эмоционально нагруженного общения в процессе профессиональной работы с клиентами, пациентами, учениками. Первоначально выгорание считалось «платой за сочувствие», а затем превратилось в «болезнь коммуникативных профессий». Развитие представлений о выгорании на первых этапах изучения проходило путем накопления описаний симптомов, которые связаны с ним. В 1976 г. исследователи К. Маслак и С. Джексон рассматривают выгорание как синдром, который проявляется в трех базовых симптомах: эмоциональном истощении, деперсонализации и редукции личных достижений. Под эмоциональным истощением понимаем комплекс проявлений «эмоциональной усталости» или «выпотрошенности» от постоянно переживаемого напряжения и стрессовых реакций в процессе работы с людьми. Деперсонализация выражается, прежде всего, в тенденции видеть преимущественно «плохие» стороны в характере и поведении других людей. Редукция личных достижений отмечается, если человек утрачивает чувство собственной значимости в профессиональном плане, не видит перспектив своего дальнейшего развития. С самого начала постановки проблемы выгорания в психологии ведется спор о связи синдрома с депрессией. Несмотря на схожесть проявлений, исследователи указывали,

что депрессия проявляется во всех сферах жизни человека, в то время как выгорание на начальных этапах своего развития существует лишь в отношении работы, а в других сферах жизни человек может быть вполне счастлив. На поздних же этапах выгорание действительно проявляется во всех сферах жизни. Причем исследователями подчеркивалось, что выгорание возникает у психически здоровых людей. С точки зрения Маслак, синдром выгорания в большей степени характеризует работу человека, чем его самого. Д. Этзион определяет «выгорание» как «психологическую эрозию». Она считает, что выгорание возникает постепенно и незаметно для человека, и его невозможно отнести к конкретным стрессовым событиям.

Изучая данную тему, мы провели анкетирование среди медицинских работников. Нами были обработаны 55 анкет. И по результатам этого исследования выяснилось, что 40% медицинских работников (т.е. 22 человека) имеют синдром эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания – ступенчатый психоэмоциональный процесс и это нашло подтверждение в ходе нашего исследования. Согласно модели Дж. Гринберга, профессиональное выгорание представляет собой следующие этапы:

1.медовый месяц (удовольствие от работы есть, но в связи с продолжительными рабочими стрессами энергичность и чувство удовлетворения начинают уменьшаться);

2.недостаток топлива (появляются первые признаки физиологических нарушений (проблемы со сном, усталость), снижается интерес к содержанию труда или к работе, может проявляться отстраненность от своих обязанностей);

3.хронические симптомы (изможение, подверженность заболеваниям, раздражительность или чувство подавленности, ощущение постоянной нехватки времени);

4.кризис (развитие хронических заболеваний, потеря работоспособности)

5.пробивание стены (дальнейшее развитие заболеваний)

Обратите внимание на таблицу, в которой продемонстрирована следующая информация: 1 этап – 40 участников, 2 этап – 8 человек, 3 этап- 6 человек. 4 этап – 1 из участников анкетирования.

1.Медовый месяц	40 человек
2.Недостаток топлива	8 человек
3.Хронические симптомы	6 человек
4.Кризис	1 человек
5.Пробивание стены	0 человек

Если есть проблема, а она существует, естественно есть и причина данной проблемы. Как говорят медики: «У любого диагноза – своя этиология». Обобщая исследования ученых, можно указать следующие причины профессионального выгорания:

1. Работа на износ. Когда работникам приходится работать на пределе возможностей, всё время находясь в постоянном стрессе.

2. Нестабильное финансовое положение (неудовлетворенность зарплатой при высокой интенсификации труда).

3. Рутина. Повседневные задачи у большинства сотрудников изо дня в день остаются одинаковыми. Через 1-1,5 года возникает желание дополнить работу чем-то новым, но не всегда существует подобная возможность.

4.Недовольство начальством и коллегами. Работники в компаниях среднего масштаба часто не располагают достаточными полномочиями и возможностью принимать решения самостоятельно.

5. Невозможность карьерного продвижения. При начале работы многие молодые люди полагают, что уже спустя полгода удастся добиться повышения, начиная стремительно преодолевать ступени по карьерной лестнице. Когда подобного успеха добиться не удается, то существенно снижается эффективность их работы.

6. Внутриличностный конфликт (это состояние, в котором у человека есть противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценности и цели, с которыми он в данный момент не может справиться, не может выработать приоритеты поведения).

7. Некомфортные условия на своем рабочем месте. Шумная атмосфера на протяжении всего рабочего дня станет серьезным испытанием для чувствительного к сторонним звукам, необщительного сотрудника. Он вынужден тратить множество своих сил, чтобы концентрироваться на работе.

Эта таблица демонстрирует зависимость синдрома эмоционального выгорания от должности, которую занимает медицинский работник. Как ни странно, но этому синдрому более подвержены медицинские сестры, нежели фельдшера, независимо от их специализации. В нашем эксперименте признаки СЭВ оказались у 19 фельдшеров и у 36 мед.сестер. Этот факт можно объяснить нерациональным режимом труда и отдыха.

Причины	Фельдшер	Медицинская сестра
1. Работа на износ	1	
2. Нестабильное финансовое положение	3	2
3. Рутина		
4. Недовольство начальством и коллегами	2	3

Причины	Фельдшер	Медицинская сестра
5. Невозможность карьерного роста		1
6. Внутриличностный конфликт	3	7
7. Некомфортные условия	10	23

В таблице выделено 7 причин СЭВ, но мне кажется, есть еще одна, не менее важная причина. Это психоэмоциональный стрессовая ситуация на протяжении всей трудовой деятельности. Я сейчас говорю о неравнодушии человека к чужой боли и страданиям. Еще Некрасов в своей поэме говорил: «Не верьте, православные, привычке есть предел, нет сердца, выносящего без некоего трепета ».

Главные признаки физического и морального истощения:

1. ПОСТОЯННАЯ УСТАЛОСТЬ. На начальных стадиях синдрома человек может ощущать недостаток энергии и постояно чувствовать себя уставшим.

2. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства, бессонница)

3. Появление негативного отношения к пациентам (вместо имевшихся ранее позитивных взаимоотношений).

4. Отрицательная настроенность к выполняемой деятельности

5.Агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам)

6. Тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины

7. ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ. К таким признакам может относиться боль в груди, учащенное сердцебиение, отдышка, боли в эпигастральной области, головокружение, обмороки, головные боли.

Профессия медицинского работника входит в группу высокого риска в отношении возникновения синдрома выгорания. Работа медицинского работника по определению требует значительных эмоциональных вложений. По данным 2004 года 82% медицинских работников считают, что их работа сопряжена с перенапряжением и у них имеются симптомы «выгорания». Заболеваемость сердечно-сосудистой патологией, болезнями желудочно-кишечного тракта и расстройствами нервной системы у медицинских работников примерно в 2 раза выше, чем в популяции. Продолжительность жизни медицинских работников на 15 лет меньше. У них в 2-3 раза больше суицидальных попыток и алкоголизации.

На появление и степень выраженности синдрома профессионального выгорания влияет множество факторов. Наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии.

В ходе нашего эксперимента мы установили, что у 23% опрашиваемых СЭВ проявляется в течении первых 10 лет, у 27% - в течении 20 лет и у 50% - после 30 лет трудовой деятельности. Так же нами было установлено, что у медицинских работников, со стажем работы до 10 лет, проявляется психоэмоциональный фактор (отсутствие интереса к работе, раздражительность, усталость и т. д.). А у мед. работников, стаж которых составляет более 20 лет, уже наблюдаются соматические изменения (артериальная гипертензия, заболевания ЖКТ и т. д.).

Показано, что средний медицинский персонал «выгорает» через 1,5 года после начала работы. Склонность более молодых по возрасту работников к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям. Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих пациентов.

Для того чтобы понять как бороться с этими проявлениями мы провели 2 эксперимент, участниками которого стали студенты-выпускники нашего колледжа: медицинские сестры и фельдшера, которые помогли определить личностные ресурсы, которыми владеет каждый человек и которые дают ему возможность обеспечить свои основные потребности. А именно выживание, физический комфорт, самореализация, уважение у социума.

1.Вера и ценности	7
2. Эмоции	1
3. Социум	3
4. Воображение	6
5. Познание и мысль	24
6. Физиология	9

Оценивая результаты исследования, мы можем сделать вывод, что у студентов преобладают 2 ресурсных канала для преодоления кризиса: познание и мысль и физиология.

Познание и мысль – сознание, реальность, мысль. Этот способ преодоления связан с нашими ментальными способностями, с умением логически мыслить, оценивать ситуацию, осваивать новые идеи, планировать, анализировать проблемы и решать их.

Физиология и деятельность – физическая, эмоциональная и деятельная модальность. Этот способ преодоления направляет к физической деятельности нашего тела, призывает к способности чувствовать при помощи слуха, зрения, обоняния, прикосновения, вкуса, тепла и холода, боли и удовлетворения, внутреннего напряжения и расслабления.

Для предотвращения и профилактики развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников рекомендуется выполнять следующие требования:

1. Старайтесь рассчитывать, обдуманно распределять все свои нагрузки.

2. Учитесь переключаться с одного вида деятельности на другой.

3. Проще относитесь к конфликтам на работе.

4. Производить обучение медицинского персонала по вопросам профессиональной безопасности, психогигиены, методик релаксации в рамках конференций различного уровня и курсов повышения квалификации.

5. Проводить мероприятия, направленные на оздоровление медицинского персонала: создание комнат отдыха, психологической разгрузки, формирование групп здоровья.

6. Создание психологического комфорта в коллективе

7. Релаксируйте. Есть масса специальных упражнений, эффективно и благотворно воздействующих на ваше сознание. Кстати, очень полезны при вашем диагнозе будут занятия йогой.

8. Научитесь проговаривать проблемы. Если мы не обсуждаем их, проблемы уходят вглубь, разрушая организм. Обсуждайте то, что вас беспокоит с коллегами, вызывающими доверие, близкими людьми, друзьями, в крайнем случае – выносите их на лист бумаги.

9. Учитесь говорить «нет», отказывать, не идти на поводу у других людей. Вы должны осознать, где заканчивается ваша ответственность и начинается ответственность пациента.

10. Если другого выхода нет, попробуйте перейти на административную работу либо на другое место работы, либо же возможно поменять профессию.

Затронутая нами тема будет разрабатываться и в дальнейшем. Мы планируем в будущем отследить какая патология развивается чаще всего у лиц с СЭВ, есть ли половая принадлежность у данного синдрома и кто чаще страдает, мужчины или женщины. Необходимо помнить, что работа - всего лишь часть жизни. Знание того, что СЭВ фактически является не только и не столько вашей проблемой, сколько проблемой профессии, должно помочь адекватно отнестись к появлению его симптомов и своевременно попытаться внести коррективы в свою жизнь. Помните, что помощь психолога лучше, чем самостоятельный выход из сложившейся ситуации.

ДЕНЬ СОБОРНОСТІ УКРАЇНИ
(до 100 річчя проголошення Акта Злуки)

Олійник Ганна
Науковий керівник: Леонова Л.О., викладач історії вищої кваліфікаційної категорії, методист

Донецьке вище училище олімпійського резерву ім.С.Бубки

Ідея Соборності України є ключовою для поколінь учасників українського визвольного руху. Акт Злуки залишається тією знаменною подією, що мала велике історичне значення для українського суспільства, задекларував перед усім світом неподільність українських земель, єдність і солідарність українського народу. В даній роботі розкривається думка щодо ідеї Соборності – як найактуальнішої ідеї сучасної соборної, суверенної України.

Я, студентка І курсу, хотіла б поділитися з усіма вами своїми враженнями щодо події, пов'язаної зі 100-річчям Акта Злуки.

Хочу сказати, що більш ширше про цю історичну подію я довідалася на заняттях з історії України. Викладач наголосила, що проголошення Соборності УНР та ЗУНР 22 січня 1919 року є історичним актом об'єднання українських земель в одній державі, що саме Акт Злуки увінчав столітні прагнення українців жити в єдиній незалежній державі.

Мене зацікавила ця історична подія, я вирішила дослідити її ретельніше.

Досліджуючи, я ще і ще раз дійшла до думки, що ідея єдності «від Сяну до Дону» була завжди актуальною в українському інтелектуальному середовищі. Вперше твердження про єдність багатомільйонного українського народу, поділеного між Російською та Австрійською імперіями, прозвучало 10 травня 1848 року в маніфесті Головної Руської Ради – першої піолітичної організації Галичини.

З кінця XIX століття соборність стала наріжним каменем ідеологічних декларацій,програм і маніфестів українських політичних партій. Ідею єдності українського народу розвиває Юліан Бачинський. 1895 року в "Україна irredenta" та Микола Міхновський 1900-го в "Самостійній Україні".

Українська революція 1917-1921 років дала можливість нарешті реалізувати споконвічне прагнення українців отримати незалежну національну державу. Першою на руїнах Російської імперії була проголошена Українська Народна Республіка, пізніше, вже в листопаді 1918-го на теренах колишньої Австро-Угорщини утворилася Західноукраїнська Народна Республіка.

На рубежі 1918-1919 років виникли сприятливі обставини об'єднати ці дві держави в єдину.

22 січня 1919 року в першу річницю проголошення Четвертого Універсалу в Києві на Софійській площі урочисто проголосили **Універсал Директорії України про злуку із Західно - Українською Народною Республікою.**

Церемонія розпочалася о 12-й годині промовою голови делегації ЗУНР, віце-президента УНРади Льва Бачинського. Після цього Лев Бачинський урочисто вручив прочитану грамоту Голові Директорії Володимиру Винниченко, який привітав делегацію західних українців короткою промовою, в якій підкреслив історичне значення Акта Злуки.

Об'єднання УНР і ЗУНР в одну державу через низку причин не було доведене до кінця.

Разом із тим, хоча соборність України і не вдалося утвердити, Акт Злуки залишився тією знаменною подією, що мала велике історичне значення для українського суспільства. Він задекларував перед усім світом неподільність українських земель, єдність і солідарність народу, став прологом до постання сучасної соборної суверенної України.

Чому ж, все таки, я розпочала своє дослідження,тому що саме в ці дні 22 січня 2019року мені вдалося побувати в м.Києві на Софіївській площі. Познайомившись з історією свята, стаєш його учасником: на площі зібралось багато людей,очі яких горять, кругом майорять жовто-блакитні прапори,всі учасники події щасливі, що причасні до історичної події. Можете не вірити,але у мене в самої забилося серце так палко, ніби то я не сьогодні,а в ті гарячі революційні дні на Софіївській площі, ніби я боєць, борець за незалежну єдину соборну Україну.

Україно! (хочеться крикнути на всі груди). Матінко моя! Скільки ж ти вистраждала,скільки ти пережила,і все ж таки вистояла, укріпилася, відродилася, квітуча і страждаюча, моя Батьківщина.

Та куди ж там, бо і сьогодні не угомоняться твої вороги, їм потрібні твої лани і ліси, твої води і землі,твоє чисте небо,але український народ не тільки співучий, він ще сильний, живучий, непереможний. І я гадаю, що саме 100-річчя є приводом нагадати всім ворогам нашим про єдність і неподільність українських земель, що сьогодні окуповані : Крим, Донеччина і Луганщина – це наша рідна,єдина,неподільна Україна.

Люблю тебе,Україна. Пишаюся твоєю величною історією, історією боротьби за незалежність,єдність та процвітання. Вічна слава твоїм героям, рідна Україно!

ВПЛИВ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Полієвець Е.Р., Мальцева А., Фролова Є.Р.
Наукові керівники: Омельченко В.І., Марченко В.В.

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Щодня до рук мільйонів читачів потрапляють різні друковані видання, сотні радіостанцій виходять в ефір, доносячи до слухачів новини з будь-якого куточка Світу, десятки телеканалів транслюють події з різних країн нашої планети. Газети, радіо, телебачення та Інтернет, зручність та популярність якого зростає кожного дня, є потужним інструментом впливу, охоплюючи своїм впливом безпрецедентну в історії кількість людей. ЗМІ сьогодні - це найпотужніший чинник впливу на психічний стан людей. Поряд з сім'єю, школою і університетом система масової комунікації - найважливіший канал отримання інформації про суспільство. ЗМІ впливають на кожну людину окремо, формуючи певні емоції та дії.

Засоби масової інформації – це система установ та закладів, створених з метою публічного, оперативного розповсюдження інформації про події та явища у світі, країні чи регіоні необмеженого кола осіб, зорієнтованих на виконання певних суспільних, групових та індивідуальних задач.

Необхідність передачі соціальної інформації, яка формує масову свідомість, стала однією з головних причин, що викликали виникнення та розвиток **ЗМІ**. Інші засоби не в змозі так оперативно, регулярно та масштабно впливати на думку окремих людей, соціальних груп та суспільства загалом.

Для того, щоб орієнтуватися в різних інформаційних потоках суспільство повинно формувати інформаційну культуру як одну із складових загальної культури особистості.

Особливе занепокоєння викликає факт спрямованого (на жаль, переважно негативного) впливу сучасних ЗМІ на зростаюче покоління.

Перед тим, як розпочати особисте дослідження впливу ЗМІ, ми вирішили виявити наскільки сильно сучасна молодь залежить від соціальної інформації. Для цього ми провели **опитування** серед юнацької частини населення, а саме серед студентів II-IV курсу Бахмутського медичного коледжу (вік 17-20р). Результати були досить очікуваними: **80%** студентів отримують інформацію з Інтернету, **15%** студентів отримують інформацію завдяки радіо та телевізору, і лише **5%** студентів використовують газети. З усіх опитуваних **60%** віддають перевагу спілкуванню в соціальних мережах і **40%** в реальному житті.

В ході нашого дослідження ми виявили як позитивний, так і негативний вплив ЗМІ.

Позитивний вплив ЗМІ на підлітків.

- ЗМІ допомагає розвинути розуміння. Більшість молоді живе закритим життям. Але під впливом різних ЗМІ, у них з'являється обізнаність про суспільство і світ. ЗМІ допомагає швидко знайти потрібну інформацію.
- Сприяють розвитку соціальних навичок. Багато підлітків є незручними в соціумі. ЗМІ дає їм можливість розвивати свої соціальні навички. Це також дає їм можливість розширити своє коло спілкування і знайти нових друзів.
- Надихає їх. З невеликим керівництвом, молоді люди можуть використовувати кіно як натхнення та повторювати дії кіногероїв.
- Допомагають розвинути моторику. Існують деякі відеоігри, які можуть допомогти підліткам розвивати і коригувати свої рухові навички та координацію.
- Допомагають розвивати навички читання і письма. Коли знаменитість розповідає про свою улюблену книгу, підліток може прочитати її. Не кажучи вже про те, що якщо молода людина хоче брати активну участь в блогах, чатах і так далі, то він повинен покращувати свої навички письма і читання.
- Будь-яка людина має можливість займатися власною творчістю і виробляти контент, який стане затребуваним.

Негативний вплив ЗМІ на підлітків.

- Спотворений образ тіла. Сьогодні у світі багато ідеальних людей. Завдяки фотошопу еталон краси став практично неможливий. І ці образи всюди. Це призвело до спотворення образу тіла.
- Роблять насильство нормальним. Кількість насильства у відеоіграх і кіно просто жахає. І підлітки проводять багато годин, спостерігаючи ці сцени. Це стає їх реальністю. Кількість перестрілок в багатьох країнах є явним доказом.
- Ожиріння. Швидше за все, молодь проводить більшу частину свого часу перед телевізором і комп'ютером. Ігри на вулиці стали рідкістю. Додайте до цього звичне багатьом погане харчування, і ви отримуєте справжню епідемію ожиріння.
- Низький рівень у навчанні. Студенти, які дивляться надто багато телебачен-ня, показують нижчі результати на іспитах. Дослідження показують, що люди з високими балами на іспитах менше дивилися телевізор у дитинстві та підлітковому віці.
- Шахрайство у соцмережах. Шахраї за допомогою анонімності приваблюють молодь легкими грошами, схиляючи підлітків та юнаків до протиправних дій.

Отже, ЗМІ посідають важливе місце в житті окремої людини і суспільства в цілому. Телебачення, радіо, преса, Інтернет, реклама стали основними джерелами інформації, що формують внутрішній світ підростаючої особистості. На сьогодні міжособистісне спілкування, яке набуває особливого значення у підлітковому віці, представлене як реальним, так і віртуальним спілкуванням(через Інтернет).

Значна частина молоді все більше надає перевагу віртуальному спілкуванню, що збільшує його вплив на свідомість і самосвідомість, багато в чому визначаючи спрямованість та особливості розвитку їх особистості. При цьому, вплив засобів масової інформації на психічні стани підлітків має два аспекти: позитивний та негативний.

Для профілактики та уникнення негативного впливу ЗМІ необхідно розвивати у людей молодого віку критичне мислення через усвідомлене сприйняття та аналіз інформації, яку вони отримують. Критичне мислення є досить складним процесом творчої переробки інформації, яке формується та розвивається під час її опрацювання, у процесі розв'язання різноманітних завдань і проблем, оцінки різних ситуацій, вибору раціональних способів учбової і позаучбової діяльності та різних форм відпочинку.

АНГЛІЙСЬКА МОВА В АМЕРИЦІ

Салада Микита

КЗ «Бахмутський медичний колледж»

Англія і Америка - дві нації, розділені спільною мовою.
(Оскар Уайльд)

У XVII–XVIII століттях англійська мова перетнула океан на кораблях з британськими селянами і представниками дрібної і середньої буржуазії. В Америці того часу можна було зустріти переселенців, які говорять: іспанською, французькою, німецькою, голландською, норвезькою, шведською і навіть російською мовами.

Їм потрібно було освоювати землі, будувати будинки, налагоджувати виробництво і звикати до нових природних та соціально-економічних умов. Облаштувати нові землі поодинці неможливо, треба було об'єднуватися, спілкуватися і спільними силами долати перешкоди, які ставило перед ними життя. Тому необхідність у спільній мові була вкрай високою. Сполучною ланкою між переселенцями, стала англійська мова, тому що основну масу населення складали все-таки британці.

По мірі того як англійська мова поширювалась по земній кулі, в ній повинні були виникнути деякі зміни в залежності від особливостей населення, тому як в ті часи вона не була однорідною навіть в Англії.

Перед переселенцями стояли інші проблеми, ніж перед жителями Англії, їх оточувала інша флора і фауна, по-іншому розвивалася історія, інші речі ставали пріоритетними, в людях цінувалися інші якості. Мова просто не могла не увібрати в себе життєві реалії американців – і віна швидко змінювалася.

На зорі зародження Америки переселенцям для спілкування потрібена була дуже проста мова. І без того спрощена «селянська» англійська стала ще незамисловатішою. Це і є головна відмінність American English від British English – простота.

Між американською і британською англійською значно більше схожості, ніж відмінностей, але все ж тип англійської мови в Америці відрізняється від англійської в Англії в наступних пунктах:

Найчастіше ми бачимо відмінності між британським і американським варіантами англійської в правописі. У британському варіанті англійської мови слова, як правило, зберігають в собі риси тих мов (французька, італійська), з яких вони перейшли в англійський, в той час як в американському варіанті англійської мови правопис цих слів адаптуються під звучання.

У письмовій англійською важливо дотримуватися одного варіанта написання в усьому документі.

Основні відмінності правопису:

Слова, що закінчуються на '-tre' в британському варіанті, в американському закінчуються на '- ter'..

Engl: theatre, centre **Amer: theater, center**

Слова, що закінчуються на '-our' в британському варіанті, в американському закінчуються на '-or'.

Engl: colour, labour **Amer: color, labor**

Дієслова, що закінчуються на “голосну + l”, в британському варіанті подвоюють кінцевий приголосний при додаванні закінчення, а в американському варіанті - НЕ подвоюють.

Engl: travelled **Amer: traveled**

Деякі слова, які в британському варіанті пишуться з латинськими дифтонгами **'ae'** і **'oe'**, в американському пишуться з **'e'** .

Engl: leukaemia **Amer: leukemia**

Граматика

Порівняння британської та американської англійської не буде повним, якщо не звернути увагу на граматичні відмінності.

Перше з них стосується збірних іменників, (staff, band, team, etc.). В американському варіанті мови, збірні іменники завжди вживаються в однині, а в британському варіанті - єдине або множинне - в залежності від відтінків значення.

Engl: My favourite band is / are playing tonight. **Amer**: My favourite band is playing tonight.

Американці набагато рідше використовують Present Perfect, ніж британці. У США ми можемо почути фрази Did you do your homework yet? або I already ate, тоді як в Британії в цих пропозиціях можна вживати тільки Present Perfect.

Британці частіше вживають вираз have got в значенні мати. Американці кажуть have.

Engl: I've got a sister. **Amer: I have a sister**

Лексика

Найбільш значні відмінності двох мов саме в лексиці. Існують слова, які широко вживаються в США, але які не можна почути у Великобританії і навпаки. Розмовляючи з сучасним американцем, можна почути англійські слова, які давно вийшли з ужитку в Англії. Наприклад слово осінь в **Engl: autumn** **Amer: fall**

Також лексичні значення спостерігаються, при появі в Америці нового слова для позначення якого-небудь поняття. Часто ці слова позначають ті предмети і поняття, які в Америці з'явилися раніше, ніж в Англії наприклад: caucus (попереднє збори комітету), graft (незаконний дохід).

Приклади вживання слів в Англії та США:

Значення	English	American
Аптека	Chemist's	Drungstore
Метро	Underground	Subway
Ліфт	Lift	Elevator
Цукерки	Sweets	Candy
Печіво	Biscuit	Cracker

Міфи про американську англійську. Для багатьох людей, які почали вивчати англійську, стає несподіванкою той факт, що існує не тільки класичний британський, але ще й американський варіант мови. З другим, до речі, пов'язано багато помилок і міфів, а саме:

• Багато хто вважає американський мову неправильною. Але якщо говорити про британців, то вони, швидше, можуть обуритися особливостями вимови в Шотландії, ніж у США.

• Існує думка, що американська мова виниклад у результаті спотворення британського. Насправді ж у США використовується класична мова, на якій писав Шекспір (якщо, звичайно, не брати до уваги вимову). А ось в Англії багато слова і правила перейшли в розряд архаїзмів та вийшли з ужитку.

• Якщо ви думаєте, що американське вимова надто складна, то ви помиляєтеся. Особливістю акценту можна вважати те, що зв'язки напружуються багато менше, ніж у британців. Це пов'язано з тим, що до певного моменту білошкірих дітей виховували малограмотні негритянки, у яких була особлива манера говорити просто, як би співуче). Ось її-то і перейняли американці.

• Помилково вважати, що між американським і британським варіантами англійської є якісь суттєві відмінності. Звичайно, є певні особливості як у написанні, так і у вимові, але це зовсім не означає, що жителі Лондона й, наприклад, Нью-Йорка не зможуть зрозуміти один одного.

Висновок. Існуючи розбіжності між англійською мовою в Англії та англійською в США є недостатніми для того, щоб вважати ці дві мови окремими одну від одної. Англійську мову можна сміливо вважати національною мовою як англійської, так і американської нації.

МОДА І ЗДОРОВ'Я: ЗА І ПРОТИ

Согоян Владислава
Науковий керівник: Літвін Т.В, викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Мода, як соціальне явище во всі віки і у всіх народів привертало увагу населення, адже тенденція сліпого наслідування моди дуже поширена і в моїй роботі з'ясуються як негативні, так і позитивні наслідки цього процесу.

Перші косметичні засоби - справа рук єгиптян, які готували настоянки з цілющих рослин. Детальніше розглянемо окремі елементи косметичних засобів. В якості туші для вій використовували фарбу, зроблену з паленого мигдаля, сурми, графіту. Рум'яни для щік виготовляли з ягід шовковиці, які єгиптянки наносили на щоки в розтертому вигляді. Помадою для губ в ті часи називали суміш на основі морських водоростей, йоду і брому, що було небезпечно для здоров'я, ця мазь називалася "Поцілунком смерті». Щоб добитися яскравості очей, єгиптяни вигадали тіні для повік з сажі і сурми. Щоб досягти ефекту пудри, дівчата покривали своє обличчя білою глиною. У Древній Греції гігієни дотримувалися за допомогою дрібного піску, а в Стародавньому Єгипті за допомогою бджолиного воску – ці застосування використовувалися як мило.

Стародавній Єгипет можна по праву вважати батьківщиною косметики. В першу чергу, косметика служила їм для обрядів, ритуалів і священних обмивань. На відміну від єгиптян, тільки греки знали, як правильно знаходити «золоту середину» - вміло накладати макіяж, щоб

він підкреслював всі чесноти і приховував недоліки. В Стародавньому Римі косметикою користувалися як жінки, так і чоловіки. Коли ж в моду увійшло світле волосся, дами заходилися знебарвлювати їх сильними фарбами, через що залишалися зовсім без волосся і змушені були носити перуки. В Японії з малих років кожну дівчинку віддавали в навчання, де дитина пізнавала секрети нанесення макіяжу.

В Стародавній Індії жінки рясно фарбували очі і брови сурмою, і обов'язково ставили на лобі плямочку "тілака" з красивим камінчиком.

Звісно, в сучасному світі натуральна косметика також містить багато шкідливих ароматизаторів, барвників, але присутність їх зведено до мінімуму.

Аналізуючи те, як змінюється ідеал жіночої краси в різних країнах, можемо зрозуміти, що не буває нічого постійного. Ідеал може змінюватися не тільки з часом, але і в просторі.

Проте справжнім відкриттям є те, що мода і галузь медицини можуть бути пов’язані таким чином, що епідемії різних захворювань, викликаючи, перш за все, соціальні зміни в суспільстві, безпосередньо впливали на моду. Наведемо приклад з історії.

Чому антична життєрадісність Європи епохи Ренесансу, раптово перейшла в похмуру цнотливість 16-17 століть? Відповідь проста - епідемія сифілісу. На той момент у моді була античність, життя як свято і в цілому переважала відкрита сексуальність. Жінки сильно затягували свої талії корсетами, а під час танцю у неї могли оголитися груди. У чоловіків з'явився гульфик - це такий мішечок, який знаходився на причинному місці і показував розмір його гідності. Нормальними вважалися навіть оргії. Почалася пандемія в 1495 році. Лікарі нічого не могли зробити, так як на той момент сифіліс лікувати не вміли. Одні заражені покривалися коростою, у других провалювалися роти і носи, а інші втрачали зір. Люди розуміли, що основною причиною виникнення захворювання були нерозбірливі статеві зв'язки. Єдиний порятунок - не вступати в статеві зв'язки взагалі.

Отже, стандарти краси - вельми мінливі, це ми можемо побачити не тільки на прикладах косметичних засобів, але і в тому, як жінки знущалися над собою, щоб досягти «ідеальної зовнішності». Стандарти краси або мода, яка занапастила сотні життів**:** 1915р. – вісімка **(**мода на осину талію, саме тоді молоді дівчата масово непритомніли від нестачі кисню, адже намагалися досягти «ідеалу» шляхом застосування корсетів), 1925р. – хлопавка (крихітні груди, вузькі стегна і ніякої талії), 1935 – сирена (плавні лінії, ніякої геометрії), 1945р. – солдат (спортивні і підтягнуті дівчата, які одягнені на подобу військової форми), 1955р. – пісочний годинник (занадто тонка талія і повні стегна), 1965р. – твіггі (тендітна гілочка з великими очима і фігурою хлопчика-підлітка), 1980-ті (вперше з’являються моделі – вони худі, але не занадто), 1990-ті (прямі і високі дівчата с кістками, які стирчать назовні; велась активна пропаганда

анорексії, коли жінки в гонитві за модою втрачали не лише кілограми, але і власне життя), 2000 рік (атлетична стрункість, яка доповнювалася великими грудьми).

В 2010-му році відновлюється ера пампушок. Символ епохи – Kim Kardashian. Саме у цей момент пластичні операції набирають обертів і дуже популяризуються серед жінок. Жорстка конкуренція в світі пластичної хірургії призвела до збільшення випадків трагедій і всіляких ускладнень. Які з них вважаються найнебезпечнішими?

▪ Ліпосакція *:* небезпечним ускладненням є жирова емболія. Жінка ризикує загинути, якщо жир потрапить у кров через пошкоджені кровоносні судини і заблокує життєвоважливі артерії.

▪ Блефаропластика: найчастіше, жінки хочуть позбутися від «мішків» під очима. Наслідки можуть бути дуже сумними, наприклад, повіки можуть стати глибоко посадженими, а очі «провалитися» всередину.

▪ Підтяжка шкіри обличчя: якщо лікар зашкодить лицевий нерв, то можуть майже не відкриватися і не закриватися очі, брови - змінити своє місце розташування.

▪ Мамопластика: ризик розвитку наслідків неймовірно високий, тому що передбачити реакцію тканин на імплантат неможливо. При неправильно підібраних імплантатах, груди в подальшому можуть переміститися на живіт.

▪ Ринопластика: до найбільш частих наслідків відносять: внутрішні набряки і гематоми, перфорацію носової перегородки або її абсцес.

Таким чином, виникає проблема нанесення шкоди своєму здоров'ю.

Як від цього вберегтися? Перш за все, слід добре подумати про необхідність операції, зважити всі за і проти, знайти пораду у кваліфікованого косметолога, яких, на жаль, небагато в наші дні. Через розповсюдженість цієї професії ним може стати мало не кожен охочий - досить усього лише відвідати двомісячний курс навчання. Тому салони краси з'являються так само швидко, як гриби після дощу: не всі вони мають ліцензію, а персонал складається із «скоростиглих» фахівців.

З цього приводу цікаву думку висловила косметолог з Києва Світлана: «Косметологами зараз стають всі підряд. Наші жінки повинні звикнути питати дипломи, дозволи, звертати увагу на гігієну приміщення і стерильність інструменту. Такі процедури, як контурна пластика повинна робити людина, яка не тільки вивчала книги з анатомії, а й яка розуміє, що всі дії мають наслідки».

Крім того, що ми повинні оцінювати ризики хірургічного втручання, не варто забувати, що дівчата майже кожен день використовують всілякі види косметичних засобів, які також можуть викликати як негативну, так і позитивну дію. Ось на що варто звернути увагу при виборі косметики за думкою кваліфікованих косметологів: термін придатності (якщо фірма-виробник обіцяє термін придатності

товару до трьох років і більше, значить, в ньому закладені консерванти, тому що якісна косметика має термін придатності не більше 6 місяців)**;** склад; запах (натуральна косметика не повинна мати яскраво виражених ароматів); країна, яка випускає товар; ціна; тестування косметики (для цього потрібно використовувати тестери).

Пам'ятай: якщо до складу будь-якого косметичного засобу входять продукти хімічної промисловості, це може призвести до появи алергічних реакцій, лущення шкіри; яскраві аромати - причина порушень нервової системи, а деякі складові можуть змінювати обмін речовин. До позитивних моментів використання косметики відносять:

1. Підтримка гігієни;

2. Декоративна косметика здатна вмить покращити ваш зовнішній вигляд;

3. Останнім часом, вдалося вдосконалити деякі засоби, які тепер мають лікувальну дію;

4. Можливість приховати природні дефекти.

Напередодні було проведено анкетування серед молоді віком від 16 до 18 років, які навчаються в Бахмутському медичному коледжі з метою з'ясувати, чи дійсно модні напрямки здатні впливати на психіку підлітків. Анкета містила десять запитань з варіантами відповідей.

Результати:

- 10% - неухильно дотримуються модних тенденцій;
- 27% - час від часу намагаються слідкувати за модними напрямками;
- 50% - стурбовані думкою оточуючих про їх зовнішній вигляд;
- 70% - мають пірсинг/татуювання
- 30% - планують мати пірсинг/тату в найближчому майбутньому.

Отже, в ході опитування було з'ясовано, що молодь нашого міста не зовсім схильна до необачного слідування модним тенденціям, але їх справді бентежить думка оточуючих, це говорить про невпевненість сучасної молоді, яка повинна бути сміливіше і не лякатися негативних відгуків інших людей. Окрім того, ми маємо високий відсоток бажаючих зробити собі пірсинг чи татуювання, і 70% опитуваних, які вже зробили. Я вважаю, що для них це спосіб самовираження, таким чином вони намагаються заявити про себе світові. Але з часом, психіка людини змінюється і вона розуміє, що можна знайти інакший спосіб самовираження, наприклад, досягти високих показників в своїй професії чи займатися волонтерством.

Висновок: саме суспільство вирощує в дітях ці комплекси, тому що не розуміє, не підтримує і не приймає. Дуже добре, що в сучасному світі більшість людей розуміє, що толерантність повинна бути присутня, шо кожній людині і її вибору є місце в цьому світі. Більшість стереотипів руйнується, а це означає, що відтепер ніхто не має право вказувати людині, як вона повинна виглядати.

В 2019-му році відомі будинки моди і модельні агентства все частіше віддають перевагу не моделям з параметрами 90-60-90, а дівчатам, які мають звичайну фігуру і зовнішність. Сьогодні цінність представляють самі люди, їх спосіб життя і манера поведінки. Те, як вони виглядають в кожну епоху, відображає настрій і дух цієї епохи, а тому, спостерігаючи, як одягаються люди і на кого вони намагаються бути схожі, можна багато зрозуміти про той час, в якому ми живемо.

САМОГУБСТВО СЕРЕД ВІЙСЬКОВИХ ТА МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ ТА НАПРЯМКИ ВИРІШЕННЯ ЦІЄЇ ПРОБЛЕМИ

Соіна Катерина
Науковий керівник: Літвін Т.В., викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Самогубство, як наукова проблема, офіційно почала розроблятися в кінці XIXст. французьким соціологом Ємілем Дюркгеймом. В Україні, як і в інших пострадянських республіках, проблема самогубства, як напрямок соціальної політики на державному рівні, започаткована у період перебудови. Особливість розробки цієї теми у моїй роботі є дослідження цього питання в Україні в період з 2014-2018 роки.

Україна входить до європейської десятки лідерів за статистикою самогубств з показником 20 на 100 тисячнаселення, вона ділить 9-10 місця зРосією. Цеменше, ніж у таких європейськихкраїнах, як Польща, БельгіячиСловенія, і значноменше, ніж у Казахстані, де майже 28 самогубців на 100 тисячнаселення. Водночас, показники України значно перевищують статистичні дані більшості країн ЄС, і навіть багатьох пострадянських країн.

У порівняльному аналізі смертей в Україні ця причина є найпоширенішою після природної смерті та хвороб системи кровообігу і новоутворень та смерті від зовнішніх причин.Основними чинниками, які сприяють зростанню самогубств є: ослаблення соціальної інтеграції і соціальних зв'язків, зниження ролі традиційних релігій, зростанні побутових стресів, підвищення відсотка літніх людей в загальній чисельності населення, посилення урбанізації.

Кількість людей, які добровільно йдуть з життя (800 тисяч на рік) можна порівняти з тими, хто гине від рук вбивць – 475 тисяч (80% з яких – чоловіки) або загиблими внаслідок ДТП (в Україні в 2018 році в ДТП щодня гинули до 9 людей).Найбільший відсоток серед наклавших на себе руки становлять учасники АТО та люди, які знаходяться на території збройного конфлікту й мешканці прифронтової зони.

Суїциди - основна причина смерті українських військовослужбовців, на них припадає до 50% усіх летальних випадків. Причини цьогополягають в труднощахадаптації до суворихармійських умов життя та надмірнийстрес.Дослідження, проведене під контролем ВООЗ, виявило наступне: середній вік самогубців 19 років, 65% спроб вимагали подальшої госпіталізації.

Військовий прокурор А.Матіос написав на своїй сторінці в Facebook: "З початку проведення АТО статус учасника бойових дій отримали майже 326 тис. осіб, 8489 з них зазнали каліцтва та поранень, 3784 військовослужбовців загинули. При цьому, за час проведення АТО щонайменше 554 особи вчинили самогубство (офіційна статистика ЄРДР станом на 01.04.2018). Військовіпрокуроривстановили, щоцентралізовані заходи з психологічноїреабілітаціїучасників АТО в Україні у 2018 році не здійснюютьсявзагалі, оскількиМіністерствосоціальноїполітикиУкраїни до теперішнього часу чи то не спромоглося,чи то не захотілоприйняти ряд нормативнихдокументів, без якихукласти договори про наданняпослуг по реабілітаціїучасників АТО просто неможливо!", - додав військовий прокурор.Крім того, за його словами, заходи ізпсихологічноїреабілітації не проводилисяще й через брак спеціалістів. Їх, за даними прокурора, трохибільше 300, чого не вистачає для забезпечення допомогою всіх військових. От і маємо, що гроші на державних рахунках лежать, а послуги з психологічної реабілітації посттравматичного розладу військових та демобілізованих надаються виключно за ініціативиорганів місцевого самоврядування, волонтерських організацій або під час перебування військовослужбовців на стаціонарному лікуванні у шпиталях". Раніше нардеп голова комітетуВерховної Ради у справах ветеранів, учасниківбойовихдій і людей з інвалідністю О.Третьяков заявив, що більше ніж тисяча осіб, які брали участь в антитерористичнійоперації на сході України, наклали на себе руки.22 березня 2018 Кабінет міністрів повідомив, що почав роботу над створенням Міністерства у справах ветеранів, який став центральним органом виконавчої влади, утворений на підставі постанови Кабінету Міністрів України 28 листопада 2018 року, шляхом реорганізації Державної служби України у справах ветеранів. Великий вклад у боротьбу з самогубством зробили волонтерські організації та гарячі лінії допомоги такі як громадська організація «Поруч», християнська гаряча лінія «Добре слово», центр «OpenDoors» та інші.

Підлітки, які займали перше місце в самогубствах до 2014 року, зараз знаходяться на другому в Україні після військовослужбовці. Асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка О.Юрценюк зазначає, що основними мотивами суїцидальної поведінки серед молоді є переживання образи, самотності; неможливість бути зрозумілим; реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання, ревнощі; переживання, пов’язані із смертю одного з

батьків, розлучення батьків; почуття провини, сорому, образи, незадоволеності собою; страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням; страх перед покаранням; любовні невдачі, сексуальні ексцеси, небажана вагітність; почуття помсти, погроз, шантажу; бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття.

Самогубство в Україні є найбільш поширеною причиною смерті серед людей у віці 15-24 років. Хлопчиків серед загиблих вдвічі більше, ніж дівчат. Майже втричі зросла кількість самогубств серед підлітків за останнє десятиріччя.Згідно із результатами соціально-психологічних досліджень:27,2% дітей віком 10-17 років втрачають бажання жити; 17,8% – вважають, що нікому немає до них справ; 25,5% – не завжди можуть розраховувати на допомогу близької людини; 51,9% – не стримуються в ситуації конфлікту. Уповноважений президента у справах дитини М.Кулеба пов'язує зростання кількості самогубств серед дітей та підлітків також із розвитком "груп смерті" в соцмережах.

Варто відзначити, що в березні 2017 року слідче управління Національноїполіціївзвітувало про виявленняпонад 400 подібнихгруп, сотня з них булизаблоковані. В цілому в цихпаблікахбуломайже 35 тис. підписниківізУкраїни. Відповіддю на спонукання підлітків до самогубства через соцмережі стало внесення уточнення до статті 120 Кримінального кодексу "Доведення до самогубства", що набуло чинності 5 березня 2018 року.

Крім доведення до самогубства шляхом приниження, шантажу і жорстокого поводження, кримінальна відповідальність буде поширюватися на доведення до суїциду шляхом системного примусу до дій, що суперечать волі людини. Також, каратиметься спонукання до самогубства та інші дії, які сприяють вчиненню суїциду.

У пояснювальній записці до законопроекту йдеться, що новий закон дозволить притягати до відповідальності осіб, які спонукають до суїциду через Інтернет, зокрема користувачів соцмереж. Зловмисникам загрожуватиме до 3 років обмеження волі або її позбавлення. За останні роки в Україні посилили психологічну роботу не лише з дітьми та підлітками, а й з їхніми батьками. Дитячі та сімейні психологи, що знаходяться у кожному навчальному закладі, проводять моніторинги, виявляючи дітей, опинившихся в групі ризику та здійснюють сімейну терапію, таким чином вдається попередити великий відсоток замахів на своє життя. Громадські, волонтерські організації («UReportUkrein», «Червоний хрест», «Поруч» та інші), творчі гуртки, проекти , гуртки за інтересами – все це створено державою для соціалізації кожного підлітка, для розвитку та реалізації особистості в сфері зацікавленості.

Найбільш важкою групою схильної до суїциду, є люди похилого віку, але в Україні науковцями і дослідниками ця тема досліджена не достатньо. Зазвичай в їх житті відбуваються зміни, що торкаються усіх сфер: виробничої, сімейної, громадської, особистої. При цьому основними

потребами літніх людей, які в силу функціонального та психологічного стану мають повсякденні труднощі у самообслуговуванні та підтримці гідного рівня життя є: потреба у лікуванні чи реабілітації; у повному або частковому відновленні втрачених рухових функцій; у відновленні навичок підтримання особистої гігієни; потреба у спілкуванні та соціально-психологічної адаптації до оточуючого середовища; потреба у любові та впевненості в собі; у матеріальному забезпеченні; у догляді та в самореалізації; у безпеці житла, їжі та питної води;у догляді за одягом (прання, прасування, дрібний ремонт); потреба у допомозі щодо представництва інтересів у різних закладах і установах (оплата комунальних послуг, отримання фінансової та юридичної допомоги);потреба у консультаційній допомозі при виникненні конфліктних ситуацій та їх профілактиці.Кількість самогубств серед літніх людей з початком бойових дій, різко підвищилася. Цьому сприяло порушення психоемоційного стану, підвищення цін на комунальні послуги , продукти харчування, одяг та медикаменти, невпевненість у своєму майбутньому, окупація території їх проживання та біженство з зони ОРДЛО. Дуже принизливо для цієї категорії людей виглядає процес перетину лінії розмежування з метою отримання пенсій. Виник навіть глузливий термін «пенсійний туризм». Спроби влади України знизити рівень самогубств в цьому прошарку населення за допомогою субсидій, оформлення інвалідностей, надання коштів як переселенцям з зони ОРДЛО, впровадження медичної реформи, надання гуманітарної допомоги у вигляді провізії та гігієнічних наборів – не вирішує це питання.

Можна прогнозувати зменшення самогубств у результаті проведення ефективних реформ в Україні, що приведе до збільшення робочих місць, підвищення зарплат та пенсій, покращення умов життя, медичного обслуговування, а найголовніше – відчуття безпеки та впевненості в майбутньому. У цій роботі значне місце посідають як науковці так і практикуючі медпрацівники.

ГЕНДЕРНА ДИСКРИМІНАЦІЯ В УКРАЇНІ

Щербакова Ангеліна
Науковий керівник: Літвін Т.В., викладач суспільних дисциплін

КЗ «Бахмутський медичний коледж»

ГЕНДЕРНА ДИСКРИМІНАЦІЯ - дискримінація за статевою ознакою, практика, при якій одній статі віддається перевага в порівнянні з іншою. Розглядається як дискримінація, що сприяє чоловікам на шкоду жінкам. У патріархальних суспільствах жінки піддаються гендерній дискримінації в багатьох галузях, таких як: зайнятість, диференціація в

оплаті праці, політична і релігійна кар'єри, забезпечення житлом, соціальна політика, право на власність, сексуальні домагання на роботі й насильство в сім'ї.

На перший погляд здається, що це стосується тільки відсталих соціумів, проте не дивлячись на великі досягнення в таких галузях, як боротьба за права людини, фемінізм, у нашому XXI столітті навіть у розвинених країнах гендерні відносини привертають увагу через нерівність і несправедливість.

Мета роботи - виявити гендерну нерівність в Україні, у політиці і в проявах сексизму.

Гендер - це соціальні очікування щодо того, яку поведінку вважати прийнятою для представників кожної статі. Гендер – це не фізичні характеристики, якими відрізняються чоловіки і жінки, мова йде про неоднакове поводження з людьми, яке повністю або частково викликано гендером цих людей.

На законодавчому рівні гендерна дискримінація заборонена Конституцією і Законом "Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні". Крім того, в 1980 році в Україні була ратифікована Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок.

У 2005 році Верховна Рада прийняла Закон "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків". Навіть Угода про асоціацію між Україною та ЄС містить статтю про гендерну рівність в економічному житті, яка декларує забезпечення рівних можливостей для чоловіків і жінок у сфері зайнятості, економічної та суспільної діяльності, а також у процесі прийняття рішень.

На практиці в Україні дотепер зберігається досить консервативне і стереотипне сприйняття жінок і чоловіків, їх можливостей і ролей, які не дозволяють у повній мірі реалізувати ту гендерну рівність, яка прописана в усіх згаданих документах.

Жінки стикаються з численними бар'єрами на шляху до працевлаштування або кар'єрного росту, і це стосується також сфери політики. У парламенті всього 12% жінок депутатів, у той час як середньосвітовий показник становить 22%. Україна посідає 116 місце серед 144 держав за кількістю представлених жінок у парламенті. Викликане це тим опором, який чинять керівники партій, більшість із яких - це чоловіки.

Ситуацію вже намагалися виправити. У грудні 2014 року, коли в парламент був внесений законопроект "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у виборчому процесі)". Однак, законопроект досі не прийнятий.

В Україні щодо жінок ми маємо значні прояви сексизму.

Сексизм – ідеологія і практика дискримінації людей за ознаками статі.

Жінки, за даними Держстатуту, отримують на 22,5% нижчу заробітну плату, ніж чоловіки. 1,1 млн з них щорічно стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї. Жінок публічні особи і ЗМІ систематично принижують і ображають висловлюваннями на кшталт - «не дівка, щоб мене до чогось примушувати" (Назар Холодницький), "йди заміж і народжуй, а не займайся політикою" (Антон Геращенко), « Мовчи, жінка, твій день – восьме березня».

На жаль, сексизм на кожному білборді і в рекламі, де жіноче тіло є об'єктом для успішного продажу будь-якого товару і послуг.

Зміни, що відбулися в нашій державі після 2014 року, завдяки наполегливим вимогам європейської спільноти, змусили похитнути невизнання гендерної дискримінації в Україні. Як би не ці зміни, ми б і надалі заперечували наявність порушень прав жінок, виправдовуючи їх звичаями і цитатами з Біблії про жінку з Адамового ребра, яка вічно служить своєму чоловікові.

У 2017 році в Україні прийнятий закон про протидію насильству в сім'ї. В Україні маємо зміни - і чоловіки тепер змушені підбирати слова, жести і дії, щоб не опинитися під підозрою гендерної дискримінації, сексизму та сексуальних домагань.

Гендерна нерівність починається ще в школі, коли вчитель дійсно дозволяє собі зверхнє ставлення в оцінках і поведінці до дівчаток тільки тому, що вони дівчатка. Однолітки-хлопці починають ображати дівчаток і насміхатися над ними через фізіологічні зміни в їхніх тілах.

Але ці прояви гендерної дискримінації вже в шкільному віці необхідно припиняти і викорінювати, щоб у дорослому житті і хлопчики, і дівчатка не відчували себе нерівними і не порушували прав один одного.

На жаль, Україна входить у десятку країн, які мають безліч порносайтів. Потрібно суттєво змінити підходи у вихованні дітей, не нав'язувати їм традиційну нерівність, не вчити нехтувати і принижувати інших за ознаками статі.

Діти повинні вміти відрізняти добре, ввічливе ставлення від залицянь і сексуальних домагань, оскільки в майбутньому це допоможе запобігти будь-яким проявам насильства та дискримінації до них.

З 2000 року почалося поступове оформлення гендерної політики як самостійного напрямку державної політики. Істотні зрушення відбулися після Помаранчевої Революції, адже був прийнятий перший на пострадянському просторі окремий закон про рівні права і можливості жінок і чоловіків. 2007 рік був названий роком гендерної рівності.

Також була впроваджена окрема державна програма із забезпечення гендерної рівності в українському суспільстві до 2010 року, але серед пострадянських країн багато положень цього документа залишаються переважно «на папері». 2010 року в Дніпропетровську Микола Азаров

(прем'єр міністр) заявив, що «не жіноча це справа - проводити реформи в Україні».

Висновки:

1.Український менталітет у поглядах на публічне життя, політику відзначається негативною установою щодо участі в них жінок.

2. В Україні реклама, ЗМІ часто пропагують зневажливе ставлення до жінок, принижують їх і знецінюють як особистість, Це впливає на свідомість і дорослих, і дітей, формує стереотипи.

3. Гендерна політика не самодостатня. Вона повинна поєднуватися з соціальною та іншими видами політики. Прогресивний розвиток суспільства неможливий без вирішення гендерних проблем.

Медицина. Освіта. Сучасність та майбутнє: Матеріали VI Науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Том II. – Бахмут, 22 лютого 2019 р. // Бахмут: ГОАМУ, БМК, 2019 р. – 68 с.

Відповідальний за випуск: Говорун Р.А. - методист КЗ «Бахмутський медичний коледж»

Комп’ютерний набір та верстка: Санду Н.В.

Підписано до друку
Наклад 50