

Миколаївський ПВНЗ «Медико — Природничий Університет»  
Миколаївський Інститут Медико - Біологічних Досліджень  
Громадська Організація «Асоціація медичних сестер Одеської області»  
Херсонська обласна організація «Асоціація медичних сестер України»  
Миколаївська обласна організація «Асоціація медичних сестер України»  
Миколаївська обласна організація Товариства Червоного Хреста України

**Збірник матеріалів тез  
Collection of abstracts**

I МІЖРЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

FIRST INTER-REGIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE

«Actual issues of public health in modern conditions»

20 червня 2019  
June 20, 2019

Миколаїв, 2019  
Mykolayiv, 2019

Друкується за рішенням Вченої ради Миколаївського приватного вищого навчального закладу «Медико - Природничий Університет» (протокол № 10 від 27 червня 2019 р.).

**Члени редколегії:**

Волков М. А. – к.е.н., ректор ПВНЗ МПУ;

Габрель Р.Т. – кандидат медичних наук, доцент, завідувач групи забезпечення медсестринства ПВНЗ МПУ;

Базика Є. Л. – кандидат психологічних наук, доцент, завідувач групи забезпечення психології ПВНЗ МПУ;

Кіктенко А. І. - кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач групи забезпечення загальної підготовки ПВНЗ МПУ;

Володка Н.А. – старший викладач, заступник зав. групи забезпечення медсестринства ПВНЗ МПУ, керівник відділення ВБО "Турбота про літніх в Україні" у м. Миколаєві.

Фалько Л.І. – проректор з науково – методичної роботи, професор ПВНЗ МПУ;

Скороходов В.А. – професор, професор групи забезпечення загальної підготовки ПВНЗ МПУ.

**Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності: збірник матеріалів тез науково-практичної конференції / за ред. М.А. Волкова, Р. Т. Габрель, Є.Л. Базики, А.І. Кіктенко, Н.А.Володка та ін. Миколаїв: Вид-во ПВНЗ МПУ, 2019. - 125 с.**

У збірнику висвітлені актуальні проблеми, пошуки і знахідки в різних сферах теорії і практики громадського здоров'я. Зміст збірника торкається багатьох питань загального та спеціального характеру, промоції здоров'я, гігієна довкілля, менеджменту в охороні здоров'я, та окремих аспектів психічного здоров'я і психології здоров'я та ін. Рекомендовано науковцям, лікарям, психологам, викладачам, аспірантам, лаборантам, студентам та всім, хто зацікавлений у галузі громадського здоров'я.

**Редакція може не поділяти думку авторів і не несе відповідальність за достовірність інформації. Відповідальність за фактичні помилки, достовірність інформації та точність викладених фактів несуть автори.**

Адреса редакції: ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
Україна, 54018, Миколаївська обл., м. Миколаїв, пр-т.Богоявленський, 43-А.  
Тел. (0512) 58 71 56; (+38096) 305 05 96 e-mail: [info@vnz-mpu.com.ua](mailto:info@vnz-mpu.com.ua)

© Автори, 2019  
© Видавництво ПВНЗ МПУ  
2019

## ЗМІСТ

### Секційне засідання 1

*Теоретико-методологічні підходи до реформування інституту медсестринства, фундаментальні та прикладні дослідження у сфері громадського здоров'я*

<b>Фалько Л.І.</b> .....	6
РЕФОРМИ ОСВІТИ ТА НАУКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
<b>Бірюк В.В., Бірюк Т.О.</b> .....	9
ІНОВАЦІЙНІ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЇ В ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ ЗІ СТУДЕНТАМИ ВНЗ	
<b>Василевич А. В.</b> .....	10
НЕОБХІДНІСТЬ ВОЛОДІННЯ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ ДЛЯ МЕДПРАЦІВНИКІВ	
<b>Володка Н.А.</b> .....	14
КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
<b>Киктенко А.И.</b> .....	20
ФИЛОСОФИЯ МЕДСЕСТРИНСТВА	
<b>Підгорна О. М.</b> .....	26
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АНАЛІТИЧНИХ НАВИЧОК ТА ВМІНЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ СПІЛКУВАННІ ІЗ ПАЦІЄНТАМИ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ВЕРБАЛІЗАЦІЄЮ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВИ	
<b>Соколова М.А.</b> .....	34
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНОВЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА НА ПІВДНІ УКРАЇНИ	
<b>Ткаченко Ю.М.</b> .....	39
СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	
<b>Ярошенко В. М.</b> .....	45
ДІАЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	

## **Секційне засідання 2**

*Профілактика захворювань та промоція здоров'я, роль медичної сестри у збереженні здоров'я населення*

<b>Єрмоленко В.П.</b> .....	51
НАНОТЕХНОЛОГІЇ ТА БІОРЕГУЛЯТОРИ В	
ОЗДОРОВЛЕННІ І ПОДТРИМЦІ АКТИВНОГО ДОВГОЛІТТЯ	
<b>Доріна Ольга</b> .....	55
ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ – ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
<b>Можина Є.І.</b> .....	59
ЦІЛЮЩИЛА СИЛА СЛОВА ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ	
СЕСТРИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	
<b>Першин Олександр</b> .....	63
ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ	
САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ТА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ	
<b>Півінська Людмила</b> .....	65
ДЕМЕНЦІЯ, ОЗНАКИ. ПРОФІЛАКТИКА	
<b>Помазан Л.І.</b> .....	70
УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ ЧЕРЕЗ ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ	
<b>Троянова Юлія</b> .....	76
PRP- ТЕРАПІЯ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНІЙ	
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
<b>Юхимчук Олеся</b> .....	81
ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ –	
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	

### **Секційне засідання 3**

#### *Психічне здоров'я та роль психологів у збереженні здоров'я населення*

<b>Базика Є.Л.</b> .....	85
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ	
<b>Єрмакова Анна</b> .....	91
ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
<b>Качан О.А.</b> .....	97
РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В СОХРАНЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ	
<b>Колісніченко А.О.</b> .....	100
СПЕЦИФІКА СТАНУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ВИКЛАДАЧІВ ЗРІЛОГО ВІКУ	
<b>Погребська О.М.</b> .....	107
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ВИЗНАЧЕННЯ, ВЛАСТИВОСІТІ, ВІДМІННОСТІ	
<b>Сторчова М. О.</b> .....	112
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ З ЇХ СОЦІАЛЬНИМ СТАТУСОМ	
<b>Ткачук Р.Г.</b> .....	114
ГЕШТАЛЬТ-ПІДХІД ЯК СПОСІБ НАБУТТЯ І ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	
<b>Черно Я.Д.</b> .....	118
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМ СТРЕСУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ	
<b>НАШІ АВТОРИ</b> .....	122

**Секційне засідання 1**  
**Теоретико-методологічні підходи до реформування інституту**  
**медсестринства, фундаментальні та прикладні дослідження у сфері**  
**громадського здоров'я**

**Фалько Л.І.**

*Професор кафедри  
соціально – гуманітарних  
дисциплін*

*Миколаївський ПВНЗ  
«Медико-Природничий Університет»*

## **РЕФОРМИ ОСВІТИ ТА НАУКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Реформи освітньої галузі є надзвичайно важливими. Сьогодні українська освіта не відповідає ані сучасним запитам з боку особистості та суспільства, ані світовим тенденціям.

Саме тому необхідно розпочати трансформацію сфери, головна мета якої – нова, висока якість освіти на різних рівнях: від початкової школи – до закладів вищої освіти.

Реформування освіти в Україні стало можливим завдяки прийняттю Закону України « Про освіту» . Метою Закону є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства; її талантів інтелектуальних, творчих, фізичних здібностей, формування цінностей і необхідних для успішної самореалізації компетентностей, виховання відповідальних громадян, які здатні до свідомого суспільного вибору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству, збагачення на основі інтелектуального, економічного, творчого, культурного потенціалу українського народу, підвищення освітнього рівня громадян для забезпечення сталого розвитку

України та її Європейського вибору. У науковій сфері реформа має бути покликана зупинити ізоляцію у сфері досліджень, сформувавши запит на якісну підготовку дослідників та якісні розробки в галузі фундаментальних і прикладних наук, скоротити розрив лише дослідженням та впровадженням їх результатів, інтегрувати вищу освіту й науку в Україні в освітній та дослідницький простір Європейського Союзу.

Реформи здійснюються за чотирма напрямками: реформування середньої освіти, професійної, професійно - технічної освіти та створення нової системи управління і фінансування.

При реформуванні необхідно перш за все впровадити нові стандарти освіти, покращити матеріально – технічну базу освітніх та наукових закладів, залучити кращих педагогічних та наукових працівників, провести аудит закладів освіти, підвищити престиж педагогічної та наукової праці.

Ми живемо у XXI столітті.

Україна та світ змінилися, змінилось суспільство, потреби економіки, докорінно змінилися, а підходи до освіти залишаються далеко в минулому столітті.

В українських школах і вишах учні та студенти здебільшого здобувають сукупність знань без розуміння того, як це може допомогти їм реалізуватися в житті. Освітній процес у закладах професійно - технічної та вищої освіти відірваний від потреб ринку праці та економіки в цілому.

Освітні та наукові заклади потерпають від недостатнього матеріально-технічного забезпечення, неефективного управління та непрофесійності.

Сьогодні маємо шанс змінити освіту України.

Потужну державу і конкурентну економіку може забезпечити тільки згуртована спільнота творчих людей, відповідальних громадян. Саме таких має готувати середня та вища школа.

Освітня та наукова галузі мають перетворитися на важіль соціальної рівності та згуртованості економічного розвитку і конкурентоспроможності України.

Необхідно створити систему забезпечення та постійного поліпшення якості вищої освіти.

Міністерство освіти України має надавати методичну підтримку закладам вищої освіти створити систему внутрішнього забезпечення якості вищої освіти та зовнішнього контролю якості освіти.

Виші мають бути профільними, мають бути затверджені нові стандарти вищої освіти, які базуватимуться на компетентнісному підході.

Такі стандарти гарантуватимуть забезпечення внутрішньої якості вищої освіти.

Тому головною метою закладів вищої освіти, при реформуванні має бути забезпечення належної якості освіти.

Саме зростання якості освіти дасть зупинити відтік молоді за кордон.

На мою думку дійсна освіта в вищій школі буде на належному рівні тільки при:

1. розбудові внутрішньої системи забезпечення якості відповідно до вимог Європейських стандартів та рекомендацій.
2. модернізації змісту освіти та структури освітніх програм, приведення їх у відповідність до нових стандартів вищої освіти.
3. де бюрократизація на рівні закладу вищої освіти.
4. зрушення у підготовці наукових кадрів, зокрема у вимогах до дисертацій на здобуття наукових ступенів.

Необхідно також провести державну атестацію закладів вищої освіти частині впровадження ними наукової ( науково – технічної ) діяльності.

Тому метою реформування, як підсумок , є створення привабливої та конкурентноспроможної національної системи вищої освіти України, і інтегрованої у Європейський простір вищої освіти та Європейський дослідницький простір.



**Бірюк В.В.,**  
*старший викладач,*  
*Національний університет кораблебудування*  
*імені адмірала Макарова.*

**Бірюк Т.О.,**  
*старший викладач, Миколаївський ПВНЗ*  
*«Медико-Природничий Університет»*

## **ІНОВАЦІЙНІ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЇ В ФІЗКУЛЬТУРНО- ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ ЗІ СТУДЕНТАМИ ВНЗ**

В період модернізації освіти України необхідно застосовувати в навчальному процесі інноваційні технології фізичного виховання оздоровчого напрямку. У цій сфері актуальності набувають інноваційні фітнес-технології. Програма з використання фітнес-технологій в сучасному ВНЗ, спрямована на підвищення мотивації студентів до уроку фізичної культури, прилучення їх до систематичних занять фізичними вправами, оптимізації навчально-виховного процесу та підвищення рівня фізичної підготовленості.

Цінність використання фітнес-методик полягає в тому, що заняття комплексно впливають на організм: зміцнюють всі м'язові групи, розвивають рухливість суглобів, сприяють підвищенню еластичності зв'язок і сухожиль, рівню розвитку аеробних можливостей, кардіо-респіраторної функції організму; розвивають силу, гнучкість, координацію рухів; тренують загальну і силову витривалість; сприяють підвищенню рівня фізичної підготовленості; збагачують руховий арсенал.

Оздоровчий ефект занять фітнесу полягає в загально-фізіологічному впливі на організм, підвищенні обміну речовин, активації імунних сил організму, а також в профілактиці серцево-судинних захворювань та опорно-рухового апарату, корекції постави, підвищенні психоемоційного самопочуття дітей.

Навчальний процес із фізичного виховання у ВНЗ не сповна відповідає інтересам студентів.

Таким чином орієнтуючись на пріоритети студентської молоді, рішення даної проблеми стає актуальним і потребує розробки та впровадження інноваційних фітнес-програм, як форми рухової активності.

Структура занять з використанням фітнес-технологій складається з трьох загальноприйнятих частин: підготовчої, основної, заключної. Кожна з частин поділяється на блоки: підготовча – на інформаційний та розминочний, основна – на аеробний та варіативний, заключна містить відновлювальний блок. Підбір засобів та напрямків оздоровчого фітнесу здійснюється залежно від цільової спрямованості занять, статевих особливостей, фізичної підготовленості та мотиваційних пріоритетів тих, хто займається.

Впровадження фітнес-технологій в уроці з фізичної культури викликає позитивну мотивацію до уроку, велике інтерес і бажання займатися більшістю з них.

Фітнес-технології можуть сприяти зміні негативного ставлення до уроків фізичної культури, вони є дієвим засобом підвищення інтересу студентів до заняття фізичними вправами, сприяють підвищенню рівня здоров'я молоді.

***Василевич А. В.***

*Старший викладач гуманітарних дисциплін  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»*

*м. Миколаїв*

**НЕОБХІДНІСТЬ ВОЛОДІННЯ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ ДЛЯ**

## МЕДПРАЦІВНИКІВ

**Анотація.** Дана стаття присвячена значенню англійської мови в медицині. В статті зроблено висновки про те, що в даний час англійська мова є невід'ємним елементом кваліфікації кожного медичного працівника. Дана тематика особливо актуальна в наш час, коли людство розширяє свої інформаційні, освітні межі до масштабів цілої планети.

**Ключові слова:** англійська мова в медицині, англійська мова для медпрацівників, вивчення англійської мови, медична англійська мова

У сучасному світі, де кордони різних країн стає легше подолати, особливо фахівцям в області медицини, помітно збільшується **актуальність** знання англійської мови.

Глобалізація і прискорення обміну інформацією вимагає знання мови міжнародного спілкування і, зокрема, її особливостей та використання термінології медичних і суміжних спеціальностей.

Отже, володіння англійською мовою стає необхідним для набуття навичок читання і розуміння медичної літератури англійською мовою для досягнення достатнього рівня для спілкування з колегами з США, Великобританії, Австралії, Ізраїлю та інших країн, які відомі значними досягненнями в медицині.

Чому медпрацівник повинен знати англійську мову?

На перший погляд, може здатися, що знання медпрацівником англійської мови не є фактором професійного зростання.

Насправді ж, якщо ваша мета, це постійне вдосконалення навичок і співпраця зі своїми закордонними колегами, і навіть більше того, є можливість працювати в престижному медичному закладі, ви повинні знати англійську мову. Давайте проаналізуємо, як знання англійської мови допомагає медпрацівникові.

1. Медпрацівник, який говорить англійською, краще обізнаний про

поточні тенденції та найновіші досягнення в галузі медицини.

Завдяки знанню англійської мови, ви можете вільно читати іноземні медичні журнали, найсучасніші книги по медицині, маєте можливість ознайомитися з останніми публікаціями англійською мовою, можете відвідувати медичні англійськомовні сайти, вести дискусії на медичні теми, навіть мати свій блог і консультувати англійськомовних пацієнтів через мережу Інтернет.

Знання англійської мови дозволяє постійно вдосконалювати професійні вміння та навички і бути в курсі передових методів діагностики і лікування.

2. З англійською ви можете отримати або продовжити медичну освіту за кордоном.

Якщо ви тільки збираєтесь вчитися на медпрацівника, ви можете вступити до закордонного вузу, і знання англійської мови – одна з головних умов для реалізації ваших планів.

Вам не обов'язково потрібна велика сума грошей, щоб вчитися в іноземному університеті. Існує ціла система різноманітних грантів і програм. Але знову-таки, більшість з них англійською мовою.

Якщо ви вже є практикуючим медпрацівником і хотіли б рости професійно, можна пройти стажування в зарубіжній клініці, курси підвищення кваліфікації за кордоном або взяти участь в міжнародних дослідницьких проектах в області медицини. Але для цього вам необхідно буде також знання англійської мови.

3. Знання англійської мови дозволить вам взяти участь в медичних конференціях за кордоном. Престижні клініки зацікавлені в забезпеченні того, щоб їх працівники брали участь в різних заходах за кордоном, таких як конференції, семінари, круглі столи і симпозіуми з тих чи інших медичних питань. Тому, якщо ви працюєте в клініці або в науково-дослідному інституті, у вас є можливість поїхати у відрядження за кордон, але для цього вам необхідне добре знання англійської мови, тому що такі заходи, як правило, проводяться англійською мовою.

4. Знання англійської мови дозволить вам працювати в команді з

іноземними фахівцями. Багато вітчизняних клінік співпрацюють із зарубіжними медичними установами, запрошують іноземних експертів для роботи або консультуються з ними в складних випадках, щоб спільно поставити діагноз або визначити методи лікування хворих. Крім того, медпрацівники що вільно володіють англійською мовою, дуже часто запрошуються для прийняття участі у міжнародних клінічних випробуваннях або проектах.

5. Знання англійської мови дозволяє медпрацівникові проводити прийом іноземних пацієнтів в приватних клініках. Можливо, якщо ви працюєте в невеликій лікарні в маленькому містечку, до вас звертаються за медичною допомогою тільки ваші співвітчизники. Але, наприклад, в приватній клініці столиці або великого міста, яка взаємодіє зі страховими компаніями, з'являється можливість консультувати іноземних пацієнтів.

6. Знати англійську мову – завжди престижно. Незалежно від вашої спеціалізації, будь то медпрацівник або інший фахівець, якщо ви володієте іноземними мовами, в будь-якій компанії, незалежно від того співпрацює вона з іноземними партнерами чи ні, ви будете вважатися більш цінним співробітником. Знання англійської мови говорить про вашу освіту, підкреслює, що ви –сучасна, відкрита особистість, що прагне до самовдосконалення.

**Висновки:** Як ви можете помітити, у медпрацівників є багато причин, щоб вивчити англійську мову. Але при цьому рівень англійської мови повинен бути досить високими. Медпрацівник зобов'язаний володіти медичною термінологією, вміти читати і повністю розуміти навіть самі складні друковані матеріали на медичні теми. Крім того, необхідно розуміти англійську мову на слух для спілкування з колегами з інших країн. Медпрацівник повинен чітко і вільно володіти розмовною англійською, в тому числі важкими для вимови медичними термінами.

## Література:

1. Остін Д. Англійська мова для медсестер / Девід Остін, Тім Кросфілд. – К. : Медицина, 2011. – 176 с.
2. Аврахова Л.Я. Англійська мова для студентів-медиків. — К.: Атлант ЮЕМСі, 2018. – 180 с.
3. Вейхман Г.А. Нове в граматиці сучасної англійської мови. — К.: Астрель, АСТ, 2017. — 544с.
4. Evans V. Career Path. Nursing / Virginia Evans, Kori Salcido. – Newbury, Berkshire : Express Publishing, 2015. – 120 p.

***Володка Н.А.,***

*заступник зав. групи забезпечення медсестринства*

*ПВНЗ МПУ, старший викладач, керівник*

*відділення ВБО "Турбота про літніх в Україні",*

*м. Миколаїв*

## **КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Актуальність теми.** Реформування в системі охорони здоров'я створює нові вимоги у формуванні спеціалістів нового типу, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового спілкування, вміти адаптуватись до нових змін. В наш час змін та реформувань єдине, що не змінюється, це визнання, що здоров'я і життя людини – найвища цінність і в збереженні та відновленні здоров'я велика роль належить медичним працівникам. Структурною та найчисельнішою складовою системи охорони здоров'я є медсестринство, роль якого надзвичайно важлива. Проблемні питання медсестринської освіти та практики проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М.В. Банчук,

Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо, І.Я. Губенко, В.В. Лойко, І.А. Радзієвська, Ю.В. Поляченко, Т.І. Чернишенко, В.Й. Шатило, М.Б. Шегедин.

Метою розвитку медсестринства в Україні є зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та якості життя шляхом збільшення ефективності системи медичного обслуговування та збільшення охоплення послугами з охорони здоров'я та медичного догляду. Зазначена мета може бути досягнута шляхом залучення медичних сестер до розширення функції в охороні здоров'я. Під час реформ, що відбуваються в країні та у відповідності вимог часу, як в освіті, так у галузі охорони здоров'я дуже важлива підготовка майбутніх спеціалістів та забезпечення якісними фахівцями. Професійні знання і навички, які використовують у роботі медичні сестри, відрізняються залежно від напрямку або галузі охорони здоров'я, в якій вони працюють, але вони мають бути компетентними у виконанні своєї професійної діяльності і всі без винятку розуміти, що пацієнти – головна цінність медичної системи.

Досліджуючи роль медсестри, багато держав ширше дивляться на їх функціональні обов'язки та можливості. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як помічник лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого. Сучасне трактування Всесвітньої організації охорони здоров'я сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища». Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає медсестринський персонал як реальний потенціал для задоволення проблем населення в наданні медичної допомоги. Головною метою реформи підготовки медичних сестер, яка від медичної моделі вже перейшла до ступеневої медсестринської, є її приведення до рівня міжнародних стандартів.

З метою формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки необхідно акцентувати увагу на принципах взаємної співпраці, поєднанні професійних й особистісних рис, спрямуванні на фахову діяльність. Компетентність, є результатом набуття компетенцій, і тому за своєю суттю поняття «компетентність» є значно ширшим від поняття «компетенція». Компетенція, відповідно до європейського контексту, включає знання й розуміння, знання як діяти, знання як бути (цінності як невід'ємна частина способу сприйняття й життя з іншими в соціальному контексті). Компетентність - якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент за рахунок вміння знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, у прийнятті адекватних рішень нагальної проблеми. МОЗ України та медична спільнота працює над новою моделлю фахівця з напрямку медсестринства, зазначаючи, що в інституті медсестринства прихований великий потенціал для позитивних змін в медицині.

На думку М. Шегедин, медична сестра в новій моделі виступає не простим виконавцем волі лікаря, а партнером. Упровадження компетентнісного підходу як засобу модернізації змісту вищої медичної освіти зумовлює визначення конкретного переліку і змісту ключових компетенцій випускників вищих медичних навчальних закладів, які вказані в освітньо-кваліфікаційній характеристиці фахівця; встановлення відповідності базових компетенцій професійно-орієнтованим дисциплінам; відбір змісту дисциплін, що забезпечить їх формування та розвиток.

Професійні або спеціальні компетенції – це ті, які необхідні для здійснення професійної діяльності. На думку Ю. Кузнецова, професійна компетентність – властивість особистості, що дозволяє ефективно взаємодіяти з професійним середовищем. Компетентність – результат не тільки здобутої освіти, вона неможлива без поглиблення та власного досвіду на шляху до професіоналізму.



У сучасному світі саме професійна компетентність майбутнього фахівця розглядається як показник якості освіти. Тому вивчення та аналіз особливостей процесу її формування в усіх галузях, зокрема медичній, є пріоритетним завданням педагогічної науки. Для сучасної медичної сестри необхідні професійні знання та базові спеціальні професійно-медичні вміння. Компетентнісний підхід визнано одним із стратегічних напрямків реформування медичної освіти, визначальними складниками якого є «компетенції», «компетентності», «професійна компетентність». Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти, «компетентність» – це спроможність кваліфіковано здійснювати професійну діяльність. Компетентності передбачають наявність сукупності знань, навичок та ставлень, які надають особистості змогу ефективно здійснювати діяльність або виконувати певні функції, що відповідають визначеним стандартам у сфері певної професії.

Професія медичної сестри – найпоширеніша в системі охорони здоров'я, тому проблеми медсестринської освіти й діяльності є надзвичайно актуальними. Флоренс Найтінгейл називала сестринську справу мистецтвом, що потребує організації, практичної й наукової підготовки. Медична сестра сьогодні – це висококваліфікований фахівець, здатний виконувати лікувально-профілактичні завдання, розробляти план заходів із реалізації сестринської допомоги, оцінки ефективності надання допомоги, здатний організувати заходи з надання невідкладної долікарської допомоги, профілактики захворювань. Функціонування медичної освіти і тенденції її розвитку не можна розглядати відокремлено від світового контексту розвитку системи охорони здоров'я та системи загальної освіти, особливостей системи охорони здоров'я тієї чи іншої країни, а також специфіки самої медичної освіти. Застосування компетентнісного підходу до медичної освіти викликає необхідність змін освітньої парадигми та передбачає термінологічну уніфікацію у відповідності до європейських стандартів. Для впровадження компетентнісного підходу у навчальний процес вищої медичної школи важливим є обізнаність та вміння

педагогічних працівників ефективно застосовувати науково-педагогічні підходи до організації навчання, тобто бути професійно та педагогічно компетентним.

Підготовка медичної сестри нової формації — висококваліфікованого спеціаліста, що може приймати рішення в межах своєї компетенції самостійно, використовуючи свої знання та досвід є вимогою сьогодення. Ширший спектр повноважень (як це відбувається на Заході) зберігає лікарю дуже багато часу та дає можливість допомагати більшій кількості пацієнтів. Тому необхідно запровадити сучасні міжнародні стандарти та вчити наших медсестер сучасним практикам. Переважне число працівників охорони здоров'я представлені медичними сестрами. Саме вони перебувають з пацієнтом максимальну кількість часу, завдяки чому здатні краще зануритись у проблеми пацієнта, вивчити його хворобу, вчасно помітити найменші зміни в стані пацієнта та сприяти процесу одужання. Проте роль медсестер в сучасному медичному середовищі залишається другорядною.

Медична реформа ставить за мету змінити цю ситуацію через визначення такої ролі медсестринства, яка була б орієнтована передусім на задоволення потреб суспільства, а не на сталість наявної системи охорони здоров'я. Це означає фундаментальну перебудову концепції традиційної ролі медсестринства в Україні. За допомогою цієї категорії медпрацівників, при використанні ними сучасних технологій, можливо забезпечити якісний догляд за хворими в стаціонарі, вести санітарно-просвітню та профілактичну роботу серед населення в таких важливих напрямках, як формування мотивації до здорового способу життя. Особливо ця допомога важлива в первинній ланці сімейної медицини, бо вона малозатратна та ефективна. Зауважимо, що близько 80% успіху виживання людини після операції — це заслуга медсестри. Адже саме вона доглядає за хворим після операційного втручання та присутня під час операції. Однак таке вагоме значення та роль медичної сестри в житті кожної людини та в суспільстві в цілому розуміється тільки за кордоном.

**Висновок.** Розвиток медичної освіти - це спільна справа студентів, викладачів, науковців. Трансформація охорони здоров'я потребує нових принципів у медичній освіті й підвищення суспільного запиту на прогресивні зміни. Дуже важливо в умовах реформування охорони здоров'я впливати на формування позитивної суспільної думки про сестринську діяльність в системі охорони здоров'я України, інформування населення про важливість вкладу медичних сестер з бакалаврським освітнім ступенем, що здобувається на першому рівні вищої медичної освіти, в процес поліпшення громадського здоров'я та підвищення якості життя населення.

### **Література:**

1. Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності // Проблеми освіти: Наук-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. – Київ, 2015. – Вип. 85. – С. 9-14.
2. Губенко І., Радзієвська І., Бразалій М. Методика формування професійної компетентності медичних сестер у процесі їх практичної підготовки. – [Електронний ресурс]. FAMILY DOCTOR – Режим доступу : // <http://family-doctor.com.ua/metodikaformuvannya-profesiynoyi-kompetentnosti-medichnih-sester>
3. Закусилова Т. О. Концептуальні засади формування професіоналізму особистості майбутньої медичної сестри: компетентнісний підхід. V Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання. Додатковий 3-й том наукових публікацій. Київ, 2016. С. 188–194
4. Маркович О. В. Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації [Текст] : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / О. В. Маркович ; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих АПН України. - К., 2009. – 284с.

5. Мартиненко С.А. Фахова компетентність: психолого-педагогічний аспект [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna\\_osvita/vupysku/20/statti/martinenko.htm](http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna_osvita/vupysku/20/statti/martinenko.htm)

6. Нестеренко Сергій. Про українську медичну освіту. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sergiynesterenko.com/?p=699>

7. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін [Рукопис] : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / І. В. Радзієвська; К., 2011. – 285 с.

*Киктенко А.И.,*

*заведующая кафедрой дисциплин общегуманитарного цикла,*

*доктор философии в отрасли образования, доцент*

*ЧВУЗ «Медико – Природоведческий Университет*

*г. Николаев*

## **ФИЛОСОФИЯ МЕДСЕСТРИНСТВА**

**Актуальность темы.** На днях одна из моих студенток доказывала мне и всей аудитории на занятиях по теории вероятности, что уже создано «Видео» о возможности мгновенного установления контактов между Галактиками. Об этом и, быть может, межгалактических путешествиях, мечтают и размышляют некоторые наши студенты. Я же позволю предложить Вам совершить более скромное мысленное путешествие сквозь столетия из первобытного общества в современность с помощью жизнеутверждающего потока человеколюбия людей, которые по зову сердца и призванию души сначала обучались у природы ( целебных трав, удивительных исцеляющих сил водных источников,

термальных водоемов, некоторых минералов, а подчас и матушки-земли), оказывать помощь их соплеменникам в трудные минуты их существования (болезни, ранения, увечья, эпидемии), порой на грани жизни и смерти.

Это к ним страждущие обращались, как к самым близким людям, с призывом: «Сестра». «Сестричка», помоги!» Они же, зачастую на свой страх и риск, как могли, как умели приносили одноплеменникам облегчение, защищали их от болей и болезней утверждая своим трудом высочайшие ценности человечества.

Исцеление, как результат, – это восстановление утраченной целостности. С глубокой древности человек, способный оказать помощь в исцелении, рассматривался как посредник между миром людей и потусторонним миром – миром Богов, ибо он держал в руках самое главное – человеческую жизнь, здоровье и долголетие. Если зарождение понятия «Философия» относится к VII–VI в.в. до н.э., то понятие «Медсестринство», отражающее глубочайшее человеколюбие и исцеляющие умения чутких, самоотверженных целительниц, складывалось их трудом на протяжении истории. В статусе «Медсестры» их деятельность обрела уровень профессионализма и свое всемирное, свое вневременное величие.

Невозможно представить наш земной мир без душевного участия таких волшебниц. Среди них и замечательная женщина, – медсестра, которой благодарные англичане установили в Лондоне памятник, – Флоренс Найтингейл. Это памятник и тому, как она, будучи сестрой милосердия, подняла к подвигу медсестринства и сотни других женщин. Это, по существу, и памятник их великому труду по возвращению к активной жизни сотен солдат и мирных жителей, опаленных войнами, болезнями, эпидемиями и другими, подчас непредсказуемыми, жизненными опасностями.

Руки медсестер разных поколений приняли с любовью и нежностью в человеческое общество всех людей и среди них таких, дела, а поэтому и имена которых становились достоянием истории – перечислять можно бесконечно. Трудно переоценить подвиг медсестер разных стран, которые своим

исцеляющим искусством сохраняли в труднейшей истории землян жизнь различных племен и народов, а по существу - всего Человечества. Профессия медсестры сопровождает человека на протяжении всей жизни, начиная от его рождения. Представители самой гуманной на земле профессии - медицинские сестры - выполняют тяжелую и почетную профессиональную миссию, соблюдая высокие принципы милосердия и добра. От качества работы, профессионализма, морального облика специалистов сестринского дела нередко зависит ход, результат лечения больного, его жизнь.

**Определение медсестринства как профессиональной деятельности восходит к его пониманию как искусства ухода за больными и осознание необходимости специальной профессиональной подготовки.**

Наука же ухода за больными берет начало из учения Гиппократ (460-377 гг. до н. э.), которого человечество считает «отцом медицины». Именно он заложил основание для рационального подхода в медицине, для ее научного будущего. Его клятва - призыв «**Не навреди!**» стоит на страже каждого человека и человечества в целом и в современном мире. Проблема человека и всех землян, всегда стояла в центре философского, теоретического понимания жизни людей, будущего нашей планеты, поиска ответов на такие вопросы, как: «Кто такой Человек?», «В чем смысл его жизни?», «Какова роль самого человека в организации достойного жизненного пути?», «Что такое «Феномен смерти?». Медсестры же всех поколений своей любовью к человеку и жизнеутверждающим профессиональным трудом, отвечая на главный вопрос «Быть или не быть?, доказывали: «**Быть!**»

Осмысливая философию медсестринства, предлагаю вспомнить высказывание Гиппократ о том, что целитель - философ подобен Богу и прислушаться к нему. Древнегреческий философ Фома Аквинский соотносит человека с Богом, как его целью. Рассматривая «феномен человека», Демокрит и Тейяр де Шарден видели в нем отражение Вселенной, ее символ, ключ к пониманию ее эволюции. Иммануил Кант провозгласил человека и человеческое счастье самой высокой ценностью и высшей целью.

Профессиональный опыт медсестер прошлых поколений, их труд, наполненный светом жизни, добра, гуманизма и милосердия, утверждали Человека как высочайшую ценность мироздания.

Во время физических и душевных страданий человек придумывает множество различных обращений к Всевышним силам. И среди них обращение к Богородице: «Ум и руки врачующих нас благослови!» Н.Бердяев считал, что человек богоподобен как творец, он не может жить иначе, чем творя свою жизнь, свой мир, свою судьбу, самого себя. В последней четверти XX и начале XXI века резко ухудшилось состояние среды, окружающей человека. Радиационные, электромагнитные, тепловые, шумовые изменения ухудшают условия его жизни. Человечество ощущает угрозу изменения климата с нарушениями энергетического и кислородного баланса, разрушается озоновый экран в нижних слоях стратосферы (полетами сверхзвуковых самолетов), усилилось загрязнение мирового океана. К 2025 году население мира возрастет на 3 миллиарда человек, а в Латинской Америке - удвоится. Одна из особенностей современного мира состоит в том, что макромир человечества активно входит в микромир индивида (всемогущий Internet, возможности мобильной связи). инновационные технологии, Это меняет и самосознание людей.

Мысли выдающихся философов и память о подвижничестве во имя человека медсестер разных эпох очень хочется адресовать замечательным современным и будущим медсестрам. Именно от их ответственного, найгуманнейшего труда в современном мире напрямую зависят судьбы каждого человека и человечества в целом, выживания человека как вида. Для решения глобальных, взаимосвязанных и взаимозависимых проблем современности, необходимо объединение усилий людей всего мира. Исключительно важная роль на этом пути принадлежит. Институту медсестринства.

Философия медсестринства это система взглядов на взаимоотношения между сестрой и пациентом, обществом, окружающей средой Ф.М. имеет



несколько составляющих: В прошлом - это сострадание и поиск средств и методов помощи страждущему, становление исцеляющих умений. В современном мире - это:

1. Специальные знания и умения, мировоззрение и компетентная ответственность, которые формируют профессионализм медсестры.

2. Понимание и достойное материальное обеспечение государством миссии института медсестринства в охране здоровья и жизни каждого человека и общества.

3. Осознание пациентом значения труда медсестры и ее роли в укреплении его здоровья и сохранении долголетия.

Исключительную роль играет этический кодекс медсестер, который включает основные принципы поведения и оценки действий медсестры. Кодекс является основой мировоззрения медсестры, ее действий и поведения, обуславливает принятие ею профессиональных решений, их соответствие этическим нормам, выполнению ею обязанностей перед обществом и коллегами.

Медсестра нового поколения должна обеспечивать современный высококвалифицированный уход за больными, владеть методами реабилитационных мероприятий и паллиативной помощи, навыками обучения и компьютерными технологиями, принимать профессиональные решения, проводить первичную медико-санитарную работу, организовывать качественный сестринский процесс и т.д. «Концепция развития высшего медицинского образования» утверждает, что развитие и реформирование национальной системы здравоохранения требует подготовки нового поколения высококвалифицированных медицинских работников, внедрения инновационной деятельности в рыночных условиях. Поэтому так важно обогащение профессиональной подготовки будущих медсестер их пониманием выбранной профессии с философской позиции и на этой основе - формирование основ будущего профессионализма в соответствии с условиями современности.



Во многих странах мира медсестра-бакалавр может заниматься научными исследованиями в области медсестринства, продолжать обучение в магистратуре и даже докторантуре с целью получения соответствующей научной степени В Европе работает более 5 миллионов медицинских сестер, в Украине. – около 330 тысяч. Компетентностный подход в подготовке современных медсестер направлен не только на формирование комплекса специальных знаний, профессиональных умений и навыков, но и на поведение, на развитие личностных качеств, общение, на будущее медицинской сестры, на ее стремление к самосовершенствованию с целью достичь высокого уровня профессионализма. Медицинская сестра - не просто профессия, это - призвание души, способной искренне сочувствовать человеческой боли и страданию, высшее проявление толерантности и гуманизма, готовности к участию в исцелении и сохранении здоровья и обеспечении активного долголетия пациентов.

Развитие современной медицины и, в частности, медсестринства направлено и на решение проблемы достижения полного иммунитета человечества по отношению к инфекционным и вирусным заболеваниям, на коррекцию наследственных заболеваний на молекулярном уровне. Впервые в содержание профессионального образования медсестры были введены понятия «сохранение здоровья», «первичная медико-санитарная помощь» и принцип концепции стратегии ВОЗ «Достижение здоровья для всех». Новые стандарты направлены на раскрытие сущности новой роли и функций медсестер в условиях современности, на формирования в них профессиональных умений «оценить состояние больного» и навыков «сохранения здоровья» и «обучения здоровому образу жизни». На повестке дня стоит проблема поиска оптимальных решений, методов и моделей обеспечения «общественного здоровья».

**Вывод.** Медсестра XXI столетия, продолжая профессиональное подвижничество всех поколений медсестер прошлых эпох, призвана нести свет своей звезды людям лучами современных профессиональных знаний и

медсестринських уменій, любов'ю к пацієнтам, заботливим, грамотним, толерантним, чутким отношением к ним, своей медсестринской мудростью и ответственностью, во имя будущего землян, а может быть и не только. Тогда, быть может, Человечеству и откроется путь в иные Галактики. И Вы, возможно, в том будущем вспомните первый разговор об этом в нашем любимом университете, одухотворенном трудом, целенаправленным обучением, любовью студентов, преподавателей, администрации, всех сотрудников.

*Підгорна О. М. викладач основ загальної та  
медичної психології, практичний психолог  
Миколаївського базового медичного коледжу  
м. Миколаїв*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АНАЛІТИЧНИХ НАВИЧОК ТА ВМІНЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ СПІЛКУВАННІ ІЗ ПАЦІЄНТАМИ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ВЕРБАЛІЗАЦІЄЮ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВИ**

**Актуальність дослідження.** На етапі формування професійних компетентностей майбутнього фахівця-медичного працівника корисно визначити пропедевтичний зміст навчальних дисциплін усіх циклів навчального плану підготовки. Базуючись на власних педагогічних спостереженнях, стверджуємо, що варіант моделювання патологічного (тут – патохарактерологічного) матеріалу з використанням принципу клінічного

унаочнення шляхом інтегрування філологічної складової як випереджального засобу формування професійного аналітичного (клінічного) мислення та життєвих компетентностей студента-лікувальника, є дієвим методичним інструментом. Оскільки однією з форм опредмечення пізнавальних процесів є мовлення, то воно – мовлення – і способи його презентації є надійними маркерами діагностики нормативних станів, морбідності та преморбідного потенціалу умовних фізіологічних станів. Відповідно, на аналітичному матеріалі вербальної поведінки пацієнта з патологією невротичного генезу, зокрема, зручно формувати первинну анамнестичну компетентність фельдшера.

Також виробити професійну пильність до «мінімального діагностичного числа» тих ознак, що маркують конкретний або ряд споріднених, іноді – слабо диференційованих – станів, при цьому їх візуальна проекція є чи не єдиним засобом діагностики, натомість вербальний матеріал має виражені кількісні та якісні порушення. У випадку, коли стратегія зміненої вербалізації має об'єктивну фізичну причину – анатомічний дефіцит, що призводить до дисфункції артикуляції у формі дислексії, оліголексії, алексії, нечіткості звуковимови, запинання, виникає вторинний ефект психотравматизації. При цьому людина з певними анатоμο-фізіологічними особливостями схильна до реалістичного сприйняття себе та глибини дефекту, і тому відносно резистентна до видозмін соціально-комунікативних пропозицій, що їх адресують інші. Почасти реалістичність сприйняття змін власного фізичного тіла, та, відповідно, адекватність самосвідомості порушуються (зміна соматичного «Я», тобто психологічної проекції власного соматичного досвіду, схеми тіла, локалізації та інтенсивності різного типу соматичних переживань, соматичних страждань та психогенних соматизацій). Коли ж у преморбіді є надмірна вразливість індивіда з вираженою потребою у притлумленні зовнішніх маркерів гостроти переживань, що супроводжується контрольованою оліговербалізацією, інколи – суб'єктивно схваленою стратегією комунікативного мовчання, що підсилюється раціональною маячною ідеєю, що прямо виводиться із психотравматичного анамнезу такого пацієнта. У всіх

вказаних випадках треба бути однаково коректним, щоб не заподіяти шкоди під час первинної оцінки особливостей ВКХ, типу реагування на хворобу чи стан, що супроводжується соматичним стражданням, поза соматичною клінікою, у тому числі.

За такими характеристиками мовця, як:

- наявність усвідомленої комунікативної потреби;
- самостійне визначення доречних, визначених комунікативним контекстом, стратегій спілкування;
- готовність до діалогічного мовлення за суб'єктною парадигмою ( 1 особа-мовець «комунікативний донор-реціпієнт» - діалогічний партнер-мовець «комунікативний донор-реціпієнт»);
- сформованість екстеріоризованого (зовнішнього) мовлення відповідно до віку та соціальної ситуації розвитку індивіда;
- розвиненість словника, його основних лексико-граматичних форм та оволодіння необхідними синтаксичними конструкціями для здійснення тематично мотивованого говоріння/письма;
- семантична (змістова) адекватність мовленнєвої продукції;
- використання номінативної функції слова у властивому йому значенні/ях;
- зміна афектації в контексті певної вербальної/паравербальної (екстралінгвістичної)/невербальної комунікативної стратегії тощо

Майбутній фельдшер навчається визначати та диференціювати нозологічні форми станів, що мають різні клінічні та соціальні наслідки. Так, у пацієнтів із ознаками невротичного радикалу особистості ми будемо спостерігати варіанти нозологічних поведінкових та вербальних стереотипів, які майже не зустрічаються у клініці інших станів.

Зазвичай студенти МБМК насправді дізнаються про можливість клінічної ідентифікації таких паттернів під час вивчення шкільних курсів історії української та зарубіжної літератури. Опрацьовуючи зміст дисципліни

«Основи загальної та медичної психології», вони удосконалюють уміння та навички з визначення потенційних фізіологічних та клінічних паттернів поведінки умовного пацієнта за конкретними портретно-поведінковими стратегіями та вербальними презентаціями персонажа художнього тексту (до етапу загальної та спеціальної діагностики із використанням необхідного лабораторного та іншого інструментарію).

Отже, фактично формування анамнестичної компетентності фельдшера шляхом аналізу вербальних презентацій умовного пацієнта з ознаками «психотравматичного оніміння» – мутизму – починається на доклінічному етапі підготовки, і тому матеріал художніх текстів набуває ознак певних імітаційних моделей. Яскраво осмислений засобами художнього слова клінічний матеріал ми найчастіше бачимо у творчості митців імпресіоністичного та експресіоністичного спрямування. Найбільше художніх ілюстрацій автобіографічних або ж абсолютно фантомних образів-персонажів – зразків української та світових літератур – виконано на клінічній моделі «неврози, невротичні стани, неврозоподібні розлади». Логічно доведемо це на прикладі: найчастіше людина різко змінює реактивність, емоційний фон та соматизовані емоційні реакції під впливом надпорогового подразника. І саме таким стрес-фактором найчастіше є критична зміна середовища, що неминуче вимагає прискореної адаптації. Тоді адаптаційний стрес збігається із «синдромом втрати». А в генезі більшості невротичних дисфункцій лежить емоційна гіперчутливість («афективна гіперстезія») до суб'єктивно значимих подій (фіксація на травматичних переживаннях, або об'єкті психотравми). І в результаті емоційна неврівноваженість соматизується (системний збій в роботі морфосистем з послідовно наростаючою дисфункцією психіки і поведінки).

Вивершені уособлення «клінічних персонажів» ми бачимо у майстрів реалістичного письма (до прикладу, істероїдна Маруся Кайдашиха, ознаки алкогольної деменція Омелька Кайдаша, психопатія Нечипора Варениченка, шизоафективна зміна вищих емоцій і почуттів у Христі Притиківни, obsesивно-компульсивний синдром та маячна ідея Мартина Борулі, астеноневротичний

синдром у структурі посттравматичного стресового розладу у Миколи Задорожного, психопато-шизотимічні особистісні зміни у Родіона Раскольникова, патологічні форми переживання аномічної кризи Грегора Замзи).

З досвіду викладача Підгорної О.М., вдалою моделлю для визначення динаміки стрес-індукованого розладу психіки та поведінки є «життєва криза» Івана Палійчука.

Використовуючи принцип художньо-клінічного паралелізму, ми можемо побачити типовість поведінково-особистісних змін контингенту з високим ризиком невротизації у осіб з латентними ознаками «синдрому Вертера» (у нашому, адаптованому, випадку, - «синдрому Палійчука»). Вираженість невротичної продукції в поведінці та емоційному фоні такого контингенту більшою мірою залежить від їх внутрішнього стану та від ризику гострих пролонгованих переживань суб'єктивно значимих стресових епізодів, а не від вимог конкретної соціальної ситуації. При керуванні своєю поведінкою і вираженні емоцій пацієнти невротичного профілю враховують свій автономний внутрішній стан, власні установки і схильності, аніж спираються на інформацію про ситуаційну адекватність поведінки та стереотипу емоційної експресії. Таким чином, низький рівень соціального самоконтролю вказаної клінічної групи аргументовано свідчить про тенденцію до самоізоляції («інкапсуляції») їх у ситуаціях, які їм суб'єктивно «не підходять». Подібний стиль неадаптованої поведінки в соціальному плані робить таких людей нестресостійкими, утруднює або унеможлиблює вироблення адекватних механізмів психологічного захисту [5, 103].

За Е. Шостром, «невротичний радикал характеру» має «особистість, яке все ще смакує маленькими шматочками неперетравлювані згадки та образи минулого» [5, 103].

За нашою вихідною позицією, Іван Палійчук – художньо досконало зімітована модель пацієнта невротичного профілю, який так «рафіновано» смакує травматичний біографічний матеріал на цвинтарі особистого життя, яке

не склалось... Отож, «Великий жаль вхопив Івана за серце. Зразу його тягло скочити зі скелі у крутіж: «На, жери і мене!» Але потому щемлячий тусок погнав його в гори, далі од річки. Затуляв вуха, щоб не чути зрадливого шуму, що прийняв в себе останнє дихання його Марічки. Блукав по лісі, поміж камінням, в заломах, як ведмідь, що зализує рани, і навіть голод не міг прогнати його в село. Знаходив ожини, гогози, пив воду з потоків і тим живився. Потому щез. Люди гадали, що він загинув з великого жалю, а дівчата склали співанки про їхнє кохання та смерть, які розійшлися по горах. Шість літ не було чутки про нього, на сьомий раптом з'явився. Худий, зчорнілий, багато старший од своїх літ, але спокійний. Оповідав, що пастушив на угорському боці. Ще з рік так походив, а відтак оженився. Треба ж було газдувати...»[1, 37].

Отож, прикладом формування анамнестичної компетентності фельдшера шляхом аналізу вербальних презентацій пацієнта невротичного типу може бути такий аналіз (фрагмент): синдром втрати, що супроводжується соматизацією душевної травми, на фоні якої зростає ризик суїцидальності («Великий жаль вхопив Івана за серце», «Зразу його тягло скочити з скелі в крутіж: «На, жери і мене!»»). Суїцид компенсується у формі усамітнення та штучної посттравматичної амнезії (соціальна, емоційна, сенсорна депривація) і розрешується через катарсис (очищення та набування життєвою енергією на лоні природи): «Шість літ не було чутки про нього, на сьомий раптом з'явився...Худий, зчорнілий, багато старший од своїх літ, але спокійний»,«Оповідав, що пастушив на угорському боці», «Коли замовкли стріли пістолів і одспівали весілля, а жінка пригнала до загороди вівці й корови, Іван був задоволений навіть. Поглядаючи на овечки, що бляяли в загородах, на свій писаний ботей (стадо), на корови, що дзвонили та рули по випасах в лісі, - він не журився». Пролонгована часова та топографічна віддаленість від місця травматичних подій, а також створення нової соціальної – трудової – ситуації формально знижує чутливість до об'єкту травми. І в загальній структурі художньо змодельованого стресового епізоду саме трудотерапія заміщує ядро травми. У світ людей, тепер уже маргінал, Іван



Палійчук повертається «емоційним покручем» з очевидними ознаками клінічного емоційного зниження та змінами вольової регуляції поведінки (апато-абулічний синдром). І тільки з маржинкою він відчуває себе адекватно соціалізованою особистістю. «Тепер він мав коло чого ходити. Не був жадний багатства – не на те гуцул жиє на світі – саме плекання маржинки сповняло радістю серце. Як дитина для мами – такою була для нього худібка...».

**Узагальнимо** сумарний педагогічний ефект внаслідок використання художніх текстів як засобу формування клінічного мислення та анамнестичної компетентності майбутнього медичного працівника шляхом аналізу вербальних презентацій пацієнтів в умовах дефіциту ЗУН зі спеціальності:

1. Образність художньо-текстової імітації випереджально формує у студентів коректні уявлення про симптоми захворювань;
2. Розвиваються аналітико-синтетична та асоціативна функції мислення;
3. Удосконалюються професійно важливі навички активного слухання, співпереживання, вміння «емоційно резонувати» актуальний та потенційний стан пацієнта, техніки та технології досягнення комплайєнсу;
4. Використання художнього образу дає викладачеві вихідний афективний настрій і дозволяє виробити у студентів адекватну установку на сприйняття поточного навчального матеріалу курсів загальноосвітньої підготовки як необхідної складової змісту професійної освіти.

**Докладно досвід автора – Підгорної Оксани Михайлівни - описано у наступних джерелах:**

1. Підгорна О.М. Можливості інтегрування дисциплін професійної підготовки у структуру мовно-літературної освіти студентів медичних ВНЗ / Магістр медсестринства: Український науково-практичний журнал. – №1 (11). – 2014. – Житомир: Житомирський інститут медсестринства, 2014. – С. 36–53 Режим доступу: [URL:www.magistr.zhim.org.ua](http://www.magistr.zhim.org.ua)
2. Підгорна О.М. Можливості клінічної демонстрації на етапі інтерпретаційного аналізу художнього тексту в умовах медичного ВНЗ / Науковий вісник



Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Філологічні науки (літературознавство): збірник наукових праць / за редакцією О.С.Філатової. №2 (16), жовтень 2015. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2015. С. 212 – 217.

Режими доступу: [mdu.edu.ua/wp-content/uploads/Філологічні-науки-№216-жовтень-2015.pdf](http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/Філологічні-науки-№216-жовтень-2015.pdf)

[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmduf\\_2015\\_2\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmduf_2015_2_46) [www.irbis-nbuv.gov.ua](http://www.irbis-nbuv.gov.ua)

3. Підгорна О. Психоаналітичне моделювання мортальності у фемінному дискурсі Марії Матіос (на матеріалі психологічної розвідки «Щоденник страченої» / Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Філологічні науки (літературознавство): збірник наукових праць за ред. Оксани Філатової. №1 (19), квітень 2017. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2017. С. 162 – 169. Режим доступу: [litzbirnyk.com.ua/wp-content/uploads/2017/.../34.19.17.pdf](http://litzbirnyk.com.ua/wp-content/uploads/2017/.../34.19.17.pdf)

4. Підгорна О.М. Конструкт «перетворення» як засіб діагностики внутрішньої колізії героя з ознаками аномічної кризи / Shlossman L. (Ed.) (2017). The Fourteenth European Conference of Languages, Literature and Linguistics. Proceeding of the Conference (Vienna, February 10, 2017) / OR: Vienna: “East West” Association for Advansed Studies and Higher Education CmbH, 2017. Pp. 79 – 87. Режим доступу: [ppublishing.org/upload/iblock/114/Layout\\_Languages-14.pdf](http://ppublishing.org/upload/iblock/114/Layout_Languages-14.pdf).

5. Підгорна О. Концепти фрейдівської аналітики у прозописі Марії Матіос / Текст. Контекст. Інтертекст (Філологічні науки): Науковий електронний журнал. -№2 (листопад), 2017. Миколаїв: МНУ імені В.О.Сухомлинського, 2017 Режим доступу: <http://text-intertext.in.ua/index.php?id=150>

6. Оксана Підгорна. Особистісна тривожність як фонова ознака та предиктор невротизації акцентуанта: художньо-клінічні проєкції [Текст]. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Психологічні науки: збірник наукових праць за ред. Ірини Савенкової. - №1

(19), квітень 2018. – Миколаїв: МНУ імені В.О.Сухомлинського, 2018. 180 с. – С.116-120

Розроблено Авторську модель інтегрованого дослідження ризику емоційної дисфункції в стресі на матеріалі клінічного узгодження конфлікт-індукованих змін особистості та поведінки в стадії дистресу, інших невротичних змінах, при депресії шляхом наукового та художньо-клінічного аналізу (апробація: Підгорна О.М. Можливості інтегрування дисциплін професійної підготовки у структуру мовно-літературної освіти студентів медичних ВНЗ /Магістр медсестринства: Український науково-практичний журнал. №1 (11). 2014. С.36 – 53).

*Соколова М.А., студентка I курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»  
м. Миколаїв*

## **ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНОВЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА НА ПІВДНІ УКРАЇНИ**

Європейська конференція із сестринської справи (Відень, 1988) наголосила, що без медичних сестер немає майбутнього. І саме це одною із перших визначила Флоренс Найтінгейл.

*Флоренс Найтінгейл* - найзнаменітіша медсестра світу, «Янгол милосердя», «Леді з лампою» народилася 12 травня 1820 у Флоренції (Італія) і навіть ім'я отримала на честь цього старовинного міста.

З дитинства знала 5 мов, вивчала фізику, хімію, математику, філософію – і, по суті, не мала жодної потреби працювати. Ця мрія з'явилася під час

обов'язкового благодійного відвідування лікарні для бідних – і залишилася на все життя.

Флоренс Найтінгейл стала першою жінкою, яка отримала від короля Англії орден «За заслуги». Флоренс Найтінгейл зробила великий внесок в розвиток цієї найблагороднішої справи.

Тому не дивно, що в день народження Флоренс Найтінгейл весь світ відзначає Міжнародний день медсестри. І найвища нагорода за досягнення в медсестринстві названо на її честь.

Медаль імені Флоренс Найтінгейл — жіноча нагорода, заснована Лігою Міжнародного Червоного Хреста в 1912 р., призначена для дипломованих медичних сестер і добровільних санітарок, активних учасниць і регулярно співпрацюючих із товариствами Червоного Хреста й Червоного Півмісяця або з іншими організаціями, що надають медичну допомогу.

Цією медаллю нагороджуються жінки, що відзначилися під час війни і у мирний час хоробрістю й винятковою відданістю пораненим, хворим, людям з інвалідністю або тим, чиє здоров'я було під загрозою. Медаль може вручатися посмертно, якщо нагороджувана загинула при виконанні свого обов'язку.

Медаль присуджується в день народження Флоренс Найтінгейл — 12 травня, раз на два роки.

На медалі, якою Міжнародний Комітет Червоного Хреста нагороджує своїх героїнь, Флоренс Найтінгейл зображена зі світильником у руці, — визнаним символом милосердя.

*Данило Самойлович* набагато раніше Пирогова висуває ідею про створення військово-польових госпіталів поблизу театру військових дій. І створює перший такий госпіталь в селі Вітовка (Миколаїв) і призначається головним лікарем.

Видатний медик, основоположник російської епідеміології, член 12 західноєвропейських академій та наукових товариств Данило Самойлович був першим вченим з Російської імперії, чия докторська дисертація видала за кордоном і перевели на європейські мови. Створив перше медичне наукове

товариство в Україні, та й загалом у тодішній імперії (знаходилося у Херсоні). У 1817 році Вітовський морський госпіталь переведений до Миколаєва. Лікарями тут працювали послідовники Самойловича - Кібер Е.Е., Лаврентьєв А.А., Таубе Н.Ф., Федоров К.А. і Хомицький К.А., що прославили вітчизняну медицину.

"Св'ятячи іншим згораю сам" Цей девіз військових медиків усього світу записаний на прапорі Миколаївського військово-морського госпіталю, якому не так давно виповнилося 225 років. В кінці XVIII століття була організована підготовка фельдшерів. Самойлович запропонував готувати їх в місцевих шпиталях і давати їм чин капрала йди сержанта. Це було його останнє речення про поліпшення медичної освіти і організації медичної допомоги.

Сьогодні Миколаївський військово-морський госпіталь (в / ч А2428) приймає на лікування військовослужбовців Херсонського, Первомайського, Очаківського та місцевого гарнізонів, а також представників миротворчого контингенту. Щорічно тут проходять лікування близько 5000 чоловік, в тому числі і учасники АТО.

*Медицина у Херсоні.* До введення земських закладів на території Херсонської губернії медичну допомогу населенню надавали кілька організацій:

Приказ громадської опіки, лікарняна управа, Палата державного майна, Управління військових поселень та Опікунський комітет про іноземних поселенців південної Росії.

Крім того, піклування про народне здоров'я у м. Миколаєві покладалося на військово-морське відомство, а у м. Одесі – особливу лікарняну управу. Всі ці медичні організації не мали між собою будь-якого зв'язку і кожна з них діяла самостійно. В медичному відношенні Херсонська губернія підпорядковувалась Херсонській, а Одеське градоначальство – Одеській лікарняним управам.

На території Херсонської губернії земства було створено у 1865 році. Поступово, з року в рік територія земств поділялася на все більшу кількість дільниць, керівництвом запрошувалася все більша кількість лікарів,

фельдшерів, акушерок, будувалося все більше лікарень, амбулаторій, що є найголовнішим, зростала довіра населення до медичного персоналу.

*Одеса.* 1865 рік – створення земства на території Одеського повіту. На долю цієї організації випало нелегке завдання – створення санітарно-медичної організації, що треба було робити майже з нуля, так як до цього організована медицина у сільській місцевості була відсутньою.

У тому ж році було складено інструкції для лікарів і фельдшерів. 3 грудня 1865 року утворене Одеське земство отримало від Приказа громадської опіки у своє відання єдиний лікувальний заклад в повіті – Очаківську лікарню на 10 ліжок.

На Одеських земських зборах чергової сесії 1879 року було вирішено розділити повіт на 10 санітарних округів (замість попередніх чотирьох) та кожен округ наділити лікарем та фельдшером.

Починаючи медичний звіт за 1887 рік, лікар С.Н. Караманенко зазначив, що на початку 1886 року в Одеському повіті започатковано новий вид реєстрації хворих – карткова реєстрація. У 1900 році в Одеському повіті функціонувало 13 лікарняних дільниць зі стаціонарною допомогою і 9 фельдшерських пунктів, які були майже самостійними, так як знаходились на відстані 12-15 верст від лікарняних амбулаторій і лікарень.

По Одеському повіту за 1916 рік було зібрано наступні дані: одну медичну дільницю з 17 було закрито через відсутність медичного персоналу. 3 посади лікарів були незайнятими; не вистачало 10 осіб фельдшерського персоналу; були присутніми тимчасовий лікар, 3 фельдшера та сестра милосердя для боротьби з епідеміями.

*Миколаївський Обласний Клінічний Госпіталь Ветеранів.* Ми повертаємось до історії Миколаєва і особистостей, які зробили свій внесок служінням медицині, а саме медсестринству.

Створення військового шпиталю було викликане війною русько-турецькою, а після закінчення другої світової війни виникла необхідність у створенні госпіталю надання допомоги інвалідам війни. Днем

утворення на Миколаївщині госпіталю, призначеного надавати спеціалізовану медичну і реабілітаційну допомогу воїнам Червоної Армії, визнаними інвалідами Великої Вітчизняної війни, прийнято вважати 14 листопада 1945 року, який був створений на підставі наказу Народного Комісара охорони здоров'я УРСР № 45 від 9.10.1945р.

С початку госпіталь розміщувався в уцілілій будівлі середньої школи № 5 (1-а Українська гімназія), займав також одноповерхову будівлю (колишня музична школа), де були розташовані клуб і канцелярія. Поліклінічне відділення розміщувалося у пристосованому житловому приміщенні. У 1949 році Миколаївський госпіталь передав займане ним приміщення колишньому власникові – школі № 5 (з 1993р. – 1-я Українська гімназія) та перейшов у знов надане йому приміщення по вул. Радісна, 2, яке до війни було спеціально побудовано для ясел, а після звільнення Миколаєва від окупантів у будівлі було розміщено госпіталь для військовополонених.

На сьогодні Миколаївський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни розташовано за адресою Київська 1. З 2014 року госпіталь ветеранів війни являється центром медико – психологічної реабілітації учасників АТО. Для цього у лютому 2015 року створено медико – психологічний центр для реабілітації учасників АТО.

*Кочубей Світлана Олексіївна.* Більше 50 років пропрацювала в госпіталі ветеранів Великої Вітчизняної війни відмінник охорони здоров'я медсестра Світлана Олексіївна Кочубей, колишня випускниця Миколаївського медичного училища, нагороджена орденом Трудового Червоного Прапора за бездоганну роботу. Кочубей Світлана Олексіївна 1937 року народження, українка. Працює з 1956 року.

Почала свою роботу у військовій частині 39112 медичною сестрою, потім у військовій частині 10758 у тій же посаді. У 1956 році виїхала до Луганської області, селище Білявка, де працювала дитячою патронажною мед., сестрою.

У 1959 році в Луганську закінчила курси лаборантів, де працювала лаборантом до 1963 року. З 20 серпня 1963 працює в Госпіталі ІВВ . За час

роботи в Госпіталі працювала лаборантом. В клінічній лабораторії, старшою медичною сестрою поліклініки, старшою мед., сестрою приймального відділення, а з 1999 року працювала маніпуляційною мед., сестрою поліклініки.

В процесі роботи освоїла суміжні спеціальності: медичної сестри функціонального кабінету, медичної сестри фізіотерапевтичного кабінету, сестри - дієтолога, роботу медичної сестри з ЛОР лікарем, гінекологом акушерством, проявивши при цьому сумлінні і кваліфіковані вміння.

Кочубей Світлана Олексіївна брала активну участь у всіх конкурсах мед., сестер, завойовувала призові місця. Неодноразово відзначалася заохоченнями почесними грамотами, подяками начальником Госпіталю і профорганізацією. Передавала свій досвід молодим фахівцям, передаючи їм свій досвід, студентам медучилища і педінституту

Кочубей Світлана Олексіївна систематично підвищує свій професійний рівень. Роботу мед., сестри любить, чуйно і дбайливо ставитися до хворих, інвалідів Вітчизняної Війни, воїнам інтернаціоналістам.

За свою сумлінну працю Кочубей С. О. була відзначена урядовими нагородами і вище становими медичними організаціями. Стаж роботи 57 років.

І сьогодні продовжує свою благодійну справу на користь людям, але вже в якості волонтера.

*Ткаченко Ю.М.*

*Старший викладач правових дисциплін  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»*

*м. Миколаїв*

## **СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

**Актуальність.** Враховуючи важливість громадського здоров'я для



розвитку українського суспільства та держави, а також враховуючи європейські інтеграційні процеси та зростаючий вплив факторів глобалізації, виникає потреба у всебічному дослідженні сучасного стану та перспектив розвитку. розвиток правового регулювання охорони здоров'я в Україні.

За останні десятиліття поняття «здоров'я» набуло істотного політичного значення. Уряди, державні чи приватні організації через політичні заходи докладаються всі зусилля для пошуку ефективних важелів впливу на індивідуальне та громадське здоров'я в поліпшені її стану. Посилюється зміцнення участі урядів та груп інтересів у прийнятті політичних рішень, щодо охорони здоров'я.

Із входженням в активний науковий обіг в Україні концепту «громадське (суспільне) здоров'я» («Public Health») з'явилися роботи, в яких питання громадського здоров'я досліджувалися сам перед під кутом зору соціальної медицини та державного управління. Ці питання розглядалися у працях Ю. Вороненка, Т. Грузевої, Л. Жаліло, Д. Карамішева, Я. Радиш, В. Рудого, Н. Рингач, В. Москаленка, Г. Слабкий, І. Солоненко та других фахівців у сфері соціальної медицини, організації охорони здоров'я та державного управління. В. Рудий Досить докладно розглянув і правові аспекти організації охорони здоров'я, Які є дотичність до громадського здоров'я [7, с. 13].

Адже здорова людина (або його батьківство), в якому є доступ до пацієнта, здатності життя людей стосуються інтересів широкого кола людей. Групи населення, формують електоральні настрої, стають суб'єктом політичні дискусії. Дивіться всі новини про те, що є лікарі. Вбудована монополія на системи управління охороною здоров'я та політика здорового способу життя стали предметом поліклінічних досліджень.

З огляду на важливість громадського здоров'я для розвитку українського суспільства і держави, а також з урахуванням євроінтеграційних процесів і збільшення впливу глобалізаційних чинників існує потреба в комплексному дослідженні сучасного стану і перспектив розвитку правового регулювання охорони громадського здоров'я в Україні. У межах цієї роботи ми позначимо



деякі найбільш актуальні проблеми правового регулювання охорони громадського здоров'я.

Насамперед звернемося до поняття «громадське здоров'я» («Public Health»). Сучасне його визначення ґрунтується на дефініції Д. Ачесона (Acheson, 1988) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), згідно з якою громадське здоров'я – це «наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження тривалості життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства» [8]. На нашу думку, громадське здоров'я як мистецтво виявляється у практичній діяльності, зокрема в діяльності з надання допомоги та послуг у сфері громадського здоров'я.

ВООЗ відзначає, що громадське здоров'я фокусується на всьому населенні, а не на окремих пацієнтах і передбачає зацікавленість в усій системі, а не тільки у викоріненні певного захворювання [8]. Отже, у фокусі уваги громадського здоров'я перебуває не індивідуальне здоров'я (здоров'я особи, яким опікується медицина), а здоров'я населення.

Слід відзначити, що поняття «громадське здоров'я» не є тотожним за змістом поняттю «здоров'я населення». Згідно із сучасним розумінням цих понять «здоров'я населення» передбачає вивчення показників здоров'я та впливу на них не лише «охороноздоровчих» чинників, а й інших детермінант здоров'я населення (соціальних, культурних, економічних умов тощо), які «перебувають поза юрисдикцією громадського здоров'я» [6, с. 63], у той час як «громадське здоров'я» фокусується на профілактиці захворювань, травм, інвалідизації та поліпшенні здоров'я населення за допомогою сприяння здоровому способу життя, медико-профілактичних заходів, захисту здоров'я та оцінювання стану здоров'я населення [6, с.64]. Водночас дослідники звертають увагу на доцільність застосування громадським здоров'ям підходу, притаманного здоров'ю населення, який враховує широкий спектр умов, що визначають здоров'я населення, з метою їх поліпшення [6, с. 65].

Наведене вище дає можливість зробити висновок, що громадське здоров'я є галуззю науки і практичної діяльності, яка сфокусована на здоров'ї

населення, спрямована на профілактику захворювань, продовження тривалості життя та зміцнення здоров'я і втілює цю мету за допомогою організованих зусиль суспільства.

Але, чинне законодавство України наразі не містить визначення поняття «громадське здоров'я». Водночас воно закладає правові засади охорони тих цінностей, якими опікується громадське здоров'я, і так чи інакше регулює весь спектр відносин, що входять до предметної сфери громадського здоров'я.

Стаття 49 Конституції України передбачає право кожного на охорону здоров'я [1]. Право на здоров'я (охорону здоров'я) визнано й універсальними та регіональними міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких дана Верховною Радою України. У контексті громадського здоров'я велике значення має Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. [2]. Стаття 12 зазначеного Пакту передбачає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. У п. 4 Зауважень загального порядку № 14 (2000) щодо права на найвищий досяжний рівень здоров'я, прийнятому Комітетом з економічних, соціальних і культурних прав, вказується на те, що право на здоров'я поширюється на основоположні детермінанти здоров'я, до яких належать харчування, житлові умови, доступ до безпечної питної води та належних санітарних умов, безпечні та здорові умови праці і здорове навколишнє середовище [3].

Здоров'я – це біологічна, медична, філософська, економічна, соціальна, правова і політична категорія, що має індивідуальний та суспільний виміри. У науковій літературі розрізняють здоров'я індивідуума, тобто здоров'я окремої людини, та здоров'я населення (громадське здоров'я). Здоров'я людини – природний стан організму, якому притаманна врівноваженість з біосферою і відсутність будь яких виражених хворобливих змін. Здоров'я людини – результат комплексного впливу багатьох складових. У середньому здоров'я людини, зазначає О. Головінов, на 20 % залежить від екологічних умов (50 % – від способу життя, 20 % – від генетичних чинників; 8-10 % – від системи охорони здоров'я [3].

Здоров'я населення – це стан населення, який характеризується комплексом демографічних показників (народжуваність, смертність, смертність немовлят, рівень фізичного розвитку, захворюваність, середня очікувана тривалість життя) [4, с. 89]. Воно є системним явищем, що формується певним середовищем і перебуває у постійній взаємодії з ним. На стан здоров'я населення, відмічають сучасні дослідники, суттєво впливають: демографічна та медична ситуації, духовний та культурний рівні, матеріальний стан, соціальні відносини, конфлікти, засоби масової інформації, урбанізація, темпи індустріалізації тощо.

Відтак охорона здоров'я повинна мати комплексний характер, що слід враховувати в політиці охорони здоров'я [4]. Така політика є відносно самостійною сферою суспільних відносин, пов'язаною з реалізацією національних і глобальних цілей, соціально-економічним реформуванням суспільства; її результати слугують мірилом для оцінки рівня суспільного добробуту, розвитку суспільства та його безпеки.

Сучасна політика охорони здоров'я ґрунтується на тому, що уряди країн несуть відповідальність за стан здоров'я населення, а не лише за стан та фінансування системи надання медичної допомоги, яка працює в країні. Політика охорони здоров'я слугує одним із способів легітимації влади і оперує нормативними (ціннісними) уявленнями про здоров'я як бажаний рівень соціально-демографічних показників [7, с. 26].

Сутність сучасних реформаційних процесів охорони здоров'я в Україні, на наш погляд, перебуває перш за все в площині змін пов'язаних з розумінням його парадигми. Медико-біологічна парадигма охорони здоров'я поступилась місцем соціально-політичній і на зламі тисячоліть розуміння здоров'я має інше змістовне наповнення.

Воно розглядається не лише як біологічний стан людини, а значно ширше як соціальна цінність і складова добробуту, системний об'єкт, який може змінюватися, перебуває у взаємодії з певним середовищем.

Держава є відповідальною за охорону здоров'я, зокрема, збереження

здоров'я здорових людей, формування середовища, сприятливого для підтримання здоров'я, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я, мережі надання медичних послуг тощо.

Завданням соціальної, правової держави як ключового суб'єкта політики охорони громадського здоров'я в сучасних умовах, стає створення умов та подолання перешкод на шляху реалізації права людини на охорону здоров'я і формування безпечного для життя середовища, а також регулювання усіх зацікавлених суб'єктів політики охорони здоров'я між собою [5, с. 26-27]. Реалії засвідчують, що такі напрямки діяльності нашої держави перебувають на початковому етапі.

В останні роки в Україні до запровадження реформ в системі охорони здоров'я вдавалися неодноразово. Такими кроками можна вважати затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на 2008–2010 рр., підготовку і передачу до Верховної Ради України нової редакції Основ законодавства охорони здоров'я в Україні, затвердження Концепції розвитку первинної медикосанітарної допомоги на засадах сімейної медицини тощо.

Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні, галузеві та інші фундаментальні помилки не дозволяють Україні досягнути значного приросту людського капіталу, зазначено у проекті «Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025» [4].

**Підбиваючи підсумки**, слід відмітити, що зазначені проблеми внутрішньої політики охорони здоров'я в Україні, на жаль, не є вичерпними. Нині здійснені лише перші кроки до їх вирішення, але остаточно вони можуть бути подолані лише за умови нового розуміння парадигмальних понять здоров'я, громадське здоров'я та кардинальної, глибокої, але контрольованої зміни існуючої системи.

Отже, принципово важливим для розвитку охорони громадського здоров'я в Україні є законодавче закріплення вимоги щодо необхідності

врахування потреб охорони здоров'я в усіх політиках держави, у який слід внести відповідні зміни. Як уже зазначалося, потрібно створювати законодавче підґрунтя для координації міжсекторальної взаємодії, спрямованої на підвищення рівня громадського здоров'я. Не менш важливими є і зміни до законодавства, що відбиватимуть результати такої взаємодії.

### **Література:**

1. Конституція України: Закон від 28 червня 1996 р. №254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

3. Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI // Офіційний вісник України від 12 серпня 2011 р. – 2011. – № 59. – Ст. 70. – Ст. 2345.

4. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.Arteka.ua/artikel/315522](http://www.Arteka.ua/artikel/315522)

5. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. / З. С. Гладун. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.

6. Орленко В. В. Особливості адаптації українського законодавства до світових стандартів у сфері захисту від особливо небезпечних інфекційних хвороб / В. В. Орленко // Мат. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю «Розвиток медичного права України в контексті євро інтеграційних та глобалізаційних процесів» 31 жовтня 2014 р., м. Київ: Зб. матеріалів / ред. кол. Гриценко І. С., Гревцова Р. Ю., Лівак П.Є. та ін. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2014. – 108 с. – С. 63–66.

7. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального: монографія / Т. В. Семигіна. – К. : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.

8. «Public Health Services». World Health Organization, 2014 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>.

**Ярошенко В. М.**

*завідувач кафедри соціальної роботи МНУ  
ім. В. О. Сухомлинського, доктор філософії в  
галузі політичних наук,  
м. Миколаїв*

## **ДІАЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Актуальність проблеми.** Одним із актуальних питань удосконалення соціальної політики в сучасній Україні є збереження громадського здоров'я, тобто здоров'я населення. Адже головним капіталом, цінністю нації є населення, людські ресурси і тільки потім територія, надра, державні інститути, економічні ресурси. А в умовах складних процесів консолідації українського суспільства цінність «здоров'я» може стати однією із об'єднавчих національних цінностей на противагу поширення «роз'єднавчих» суспільство маніпулятивних технологій політичного, конфесійного, етнічного змісту.

У сучасній літературі існує понад 100 визначень поняття здоров'я; вихідним їм є визначення наведене в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного й соціального благополуччя. [4].

«Громадське здоров'я» - цей термін був визначений Всесвітньою організацією охорони здоров'я як наука і практика попередження захворювань, подовження життя і зміцнення психічного та фізичного здоров'я, працездатності шляхом організованих зусиль суспільства, що спрямовані на

оздоровлення докiлля, боротьбу з iнфекцiйними хворобами, навчання людей навичкам особистої гiгiєни, організацію медичних та медсестринських служб для ранньої діагностики i профiлактичного лiкування захворювань, а також на розвиток громадських iнститутiв для забезпечення кожній людині умов життя, якi необхіднi для укрiплення здоров'я, на таку організацію усiх цих переваг, щоб кожний громадянин мiг користуватись своїм правом на якiсне життя [4].

Розглянемо деякi з пiдходiв у дослідженні громадського здоров'я i довголiття.

Соцiальна геронтологія однією з глобальних проблем сучасного свiту визначає старiння населення. Вiдповiдно до класифiкацiї Всесвiтньої організації охорони здоров'я, до лiтнього вiку вiдноситься населення у вiцi вiд 60 до 74 р., до старого — вiд 75 до 89 рокiв, а до довгожителiв — 90 рокiв i бiльше. Соцiологи називають цi перiоди людського життя «третiм вiком», i демографи вводять поняття «третього» (60-75 рокiв) i «четвертого» (понад 75 рокiв) вiкiв. Вирiшення проблеми демографiчного старiння вимагає вiд суспiльства все бiльших фiнансових витрат й iнших матерiальних ресурсiв на обслуговування цiєї вiкової категорiї населення. Суспiльство повинно взяти на себе вирiшення всiх проблем, пов'язаних з комплексом захисту i соцiального обслуговування та забезпечення лiтнiх й старих людей. I при цьому, формування соцiальної полiтики має вiдповiдати принципу соцiальної справедливостi [1].

Отже, постає гостра потреба в теоретичній систематизацiї, яка б дозволила обгрунтувати феномен старiння у всiх його аспектах та навчанні професiоналiв, здатних розробляти i виконувати державнi програми стосовно населення лiтнього i старшого вiку, а також проводити полiтику соцiального захисту осiб цiєї вiкової категорiї. Саме цим i визначається **актуальнiсть** теми даного дослідження.

Серед науковцiв, працi яких присвяченi вiковим особливостям людини - вiдомий геронтолог В.В. Фролькiс. Вiн визначав, що кожна людина легко може визначити вiдмiннiсть мiж молодим i старим, але нiхто не може дати вичерпну



наукову характеристику суті старіння і механізмів її розвитку [5]. Англійський вчений А. Комфорт підкреслював, що ні одна із висунутих гіпотез не в змозі пояснити старіння [2].

У даний час існує більш як 200 різних теорій процесу старіння: теорія зношування, теорія витрачання “життєвої” енергії в клітинах (М. Бергер), математична модель старіння і старості, інтоксикаційні теорії старіння (Ч. Бухард), теорія дисгармонії, концепція впливу біофізичних факторів на генетичний апарат клітин і накопичення радіоактивних речовин. Окрім вище перелічених теорій виділяють ще молекулярні, клітинні та нейрогуморальні механізми старіння [3].

**Виклад основного матеріалу.** В сучасних умовах для підняття професійного статусу соціальна робота все далі відходить від своїх колишніх функцій, коли вона всього лише компенсувала, йшла слідом за проблемами. Для того, щоб зберегти віру в свою професію, її функціонування у світі, що змінюється, професія соціальний педагог і соціальний працівник повинна бути в авангарді соціального розвитку, акцентуючи свою діяльність на створенні оптимальних умов для самореалізації кожної людини. Для виконання цього завдання потрібна нова модель навчання соціальній роботі, а також удосконалення соціальної політики.

З боку державної соціальної політики в Україні протягом останніх років створена ефективна нормативно-правова база зі збереження громадського здоров'я. Це і ухвалена Урядом 30 листопада 2016 р. № 1002 Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні і Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" № 2168-VIII від 19.10.2017.

Ухвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні допоможе створити єдину систему громадського здоров'я. Це означає, що кожен керівник центрального та місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям



уникнути хвороб і травм.

Згідно Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" з січня 2018 року розпочалася реформа медицини. Міністерство охорони здоров'я ухвалило всі необхідні документи для впровадження медичної реформи й написало приблизний "план робіт". Так від квітня 2018 року запрацювала система "гроші ходять за пацієнтом".

Для успішної реалізації запланованих змін в гуманітарній сфері недостатньо тільки монологічна модель, тобто, ініціативи держави. Надзвичайно важлива партнерська співпраця громадянського суспільства, влади і закладів освіти у зміцненні громадського здоров'я і довголіття, тобто діалогічна модель партнерської співпраці. Позитивним прикладом такої співпраці є досвід Освітнього Центру «Університет третього віку» у місті Миколаєві зі збереження здорового способу життя і довголіття населення та спектра факторів, які їх обумовлюють.

Єдиний на півдні України Університет третього віку в місті Миколаєві, покровителем якого є Святий Миколай Чудотворець, був започаткований у 2011 році. Ініціатором створення Університету третього віку в Миколаївському національному університеті ім. В. О. Сухомлинського стала кафедра соціальної роботи.

Попередні наукові дослідження науковців кафедри соціальної роботи з теми методики підтримки активної життєвої позиції людей поважного віку та узагальнення сучасного позитивного досвіду адаптації старшого покоління до нинішніх викликів знайшли закономірне втілення у створенні Університету третього віку в місті Миколаєві.

**Висновки.** Розглянута в даному дослідженні практика впровадження наукових ідей – створення Освітнього центру «Університет третього віку» (ОЦ УТВ) можна вважати позитивним прикладом партнерської співпраці громадянського суспільства, влади і закладів освіти, тобто діалогічної моделі збереження і зміцненні громадського здоров'я і довголіття.

Також важливо усвідомлювати те, що у політичній сфері гуманізм має реальне втілення через визначення змісту соціальної політики. І соціальна робота як важливий компонент соціальної політики – це та практична діяльність соціальних працівників, яка відбувається у складному, змінному середовищі, саме вона покликана надавати людям можливість якомога повніше розвивати власний потенціал, попереджувати виникнення негараздів, збагачувати своє життя, зокрема, сприяти збереженню громадського здоров'я і довголіття.

Досвід Освітнього центру «Університет третього віку» (ОЦ УТВ) збереження громадського здоров'я є прикладом переходу монологічної до діалогічної моделі політики, коли учасники соціально-політичного процесу представляють інтереси певного кола людей та мають змогу обговорити потреби, труднощі, переваги та недоліки прийняття того чи іншого громадсько-політичного рішення у сфері соціальної політики.

### **Література:**

1. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение: 8 возможностей определения и пути коррекции. Руководство для врачей. М.: Издат. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2008, 976 с.
2. Комфорт А. Биология старения. М.: Мир, 9. 1967. 397 с.
3. Ріст і розвиток людини: підручник для студ.мед.вузів/В.С.Тарасюк, Н.В.Титаренко, І.Ю.Андрієвський та ін.: за ред.: В.С.Тарасюк, І.Ю. Андрієвський, - К.:Медицина, 2008, 399 с
4. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я/ - Режим доступу [pdfmedbib.in.ua/vsemirnaya-organizatsiya-zdravoohraneniya.ht](http://pdfmedbib.in.ua/vsemirnaya-organizatsiya-zdravoohraneniya.ht)
5. Фролькіс В.В(2017) Механізми старіння й продовження життя / В. В. Фролькіс // Практикуючий лікар. т. 6, № 2. 2017. С. 57-66. Режим доступу:[http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik\\_6\\_2\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik_6_2_14)

*Секційне засідання 2*  
**Профілактика захворювань та промоція здоров'я, роль медичної сестри у збереженні здоров'я населення**

*Єрмоленко В.П.*

*Науково-Виробничий Центр Ревіталізації та Здоров'я  
Миколаївський ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,  
м. Житомир*

**НАНОТЕХНОЛОГІЇ ТА БІОРЕГУЛЯТОРИ В ОЗДОРОВЛЕННІ І  
ПОДТРИМЦІ АКТИВНОГО ДОВГОЛІТТЯ**

Давня істина свідчить:

"Сильний не той, хто впорається з недугом,  
а той, хто мудро відноситься до свого здоров'я"

**Актуальність.** З давніх-давен вчені намагалися зрозуміти від чого старіє організм. Природою людині закладена тривалість життя 110-120 років. Старіння починається поволі: спочатку починається зниження темпів біохімічних реакцій, знижуються функції мозку, серця, печінки і так далі. А вже коли з'являються симптоми, тобто поява зморшок, посивіння, проблеми з суглобами, це вже наслідки.

Життя існує завдяки двом молекулам: ДНК, яка є матрицею і сама по собі не активна; і молекулам пептидів, які адресно активують потрібні ділянки ДНК. При з'єднанні пептидів з тією або іншою ділянкою ДНК, тобто з ділянкою гена, виникає синтез специфічних білків, виникає життя

Пептиди - це дуже короткі фрагменти білків. Вони мають розмір всього 1 нм, тому з повним правом зараховані до наносвіту. Як відомо, білки складаються з амінокислот, як ланцюжок з ланок і бувають різної довжини: довгі - в них десятки амінокислот і короткі - що мають від 2 до 20 ланок. Ось це і є пептиди. У організмі пептиди є "інформаційними" ключниками, вони розпаковують інформацію в строго відповідних клітинах для того, щоб все в організмі робилося вчасно і добре.

Клітини виробляють білки певних типів. Ряд з них бере участь у виробництві пептидів, які регулюють роботу клітки. Клітина працює добре, відповідно весь орган працює добре. Якщо ж відбувається збій, то порушується робота всього органу, це веде до хвороби. Звичайно, можна лікувати хвороби, вводити в організм бракуючі речовини, але тоді клітка зовсім розледачить і зовсім перестане працювати. Тому і треба посилати гінців з ключами – пептиди, вони змусять її працювати, організм лікуватиме себе сам. У кожному органі є запас резервних стовбурових клітин. На їх роботу також впливають пептиди. Якщо цей запас рівномірно реалізується, тоді людина доживає до 100-110 років.

Усі пептиди мають свою власну вузьку спеціалізацію. Для кожної тканини підходить тільки свої пептиди: для легенів - легеневі, для печінки - печінкові, для мозку - мозкові. Пептиди однакові в усіх ссавців. Тому, якщо взяти пептиди у теляти і ввести їх людині, наш організм прийме його як рідного. Головною проблемою було навчитися виділяти пептиди з органів тварин. І цю технологію ще в 1971 році у Військово-медичній академії винайшли Володимир Хавинсон і В'ячеслав Морозов.

Були створені лікарські препарати, потім на їх основі зробили БАДи, оскільки вони прості в застосуванні.

Вивчаючи процеси старіння і способи впливу на нього, співробітники Інституту геронтології м. Санкт-Петербурга пришли до висновків, що включаючи в раціон харчування пептиди, тривалість життя збільшується на 30-38. Пізніше дослідження пептидів були проведені на літніх людях в Київському інституті геронтології і в Санкт-Петербурзі. Це сприяло зниженню смертності майже в 2 рази, що свідчило про високу геропротективну активність пептидів.

Таким чином, в другій половині ХХ століття в СРСР була розроблена нова технологія біорегуляції. І ніхто у світі досі не має в розпорядженні аналогічних препаратів. Відкриття пептидних регуляторів прирівняне до запуску супутника. 40 разів підтверджувалися досліди, що в основі старіння і захворювань, у тому числі пухлин, лежить порушення регуляції синтезу білку.

В ході експериментів брали ікру жаб і крапали один з декількох препаратів і той, який крапали, викликав зростання відповідної тканини : крапали, наприклад, пептид печінки - починала рости печінкова тканина.

У експериментах було збільшено кількість ділень клітини (подолання ліміту Хейфлика - 47 ділень) - в культуру клітин додавали пептид епіфізу і клітина знову продовжувала ділитися до 64 разів, що складає перевищення ліміту Хейфлика на 42 .

В Женевському незалежному експерименті цей дослід був перевірений ще 5 разів. Щорічне курсове комплексне застосування препаратів епіфізу, тимусу, головного мозку, судин, печінки, хрящової тканини, щитовидної і

підшлункової залози, призвело до достовірного зниження смертності майже в 2 рази і більше, що було пов'язано з поліпшенням функції імунної, нейроендокринної, серцево-судинної систем, мозку, підвищенням щільності кісткової і хрящової тканини.

Багаторічне вивчення і застосування пептидних препаратів показало їх високу ефективність у пацієнтів різних вікових груп, але особлива ефективність була відмічена у осіб старшого віку (старше 50 років). Безумовною перевагою пептидних біорегуляторів є відсутність будь-яких побічних реакцій. Впродовж декількох десятиліть препарати отримали більше 15 млн. реципієнтів з різною патологією. Ефективність застосування складала в середньому 75-95%. Будь-якій людині у віці від 35 до 60 років досить двох-трьох курсів пептидів на рік, щоб підтримати життєво-важливі функції свого організму. Для того, щоб бути молодим і здоровим - як не банально це звучить, - потрібно вести здоровий спосіб життя. З віком навіть у здорової людини починається інволюція життєво важливих систем організму. Усі вони поступово старіють. Першими, як правило, під прессингуючу дію зовнішніх і внутрішніх чинників потрапляє імунна, нейроендокринна і центральна нервова системи.

Тому, після 35 років розумно замислитися про профілактику вікових змін у своєму організмі, правильно організувати свій режим і підібрати програму відновлення і омолодження організму на основі пептидів, тому що застосування пептидних біорегуляторів - це шлях до активного довголіття.

Сьогодні створено вже четверте покоління препаратів : Цитомаксы - 11 пептидних комплексних біорегуляторів. Це геропротекторы, які сприяють гальмуванню старіння. Починати їх застосування можна в 25-30 років, а в 40 - це вже просто необхідно.

Цитогени, Пептидні комплекси (ПК), Мезотелі, Лікувально-профілактичні препарати, Ревітолайзери, Сублінгвальні препарати, засоби по догляду за порожниною рота, фіто-чаї, косметологічні препарати, сироватки, декоративна косметика.

«Застосовувати пептидні біорегулятори слід (цитата Д.А. Горгиладзе - Віце-президента НВЦПІЗ по науці) тривало, щоб не було повернення до колишнього стану організму". А активне старіння організму починається вже в досить молодому віці. Стрес, надмірні навантаження на організм - усе це сприяє зниженню синтезу білку і старінню.

"Дефіцит пептидів, що розвивається з віком і при патології, істотно прискорює знос тканин і старіння організму. Річ у тому, що для адекватної роботи клітин і тканин треба адекватну кількість пептидів, які, у свою чергу, підтримують роботу генів в оптимальному режимі.

Час не стоїть на місці, все змінюється, все розвивається. І людина, що йде в ногу з часом, постійно прагне до досягнення нових і нових вершин. Передові технології і сучасні розробки антивікової медицини, які представляють провідні фахівці Peptides, потребують мільйони людей по всьому світу. На конференції будуть представлені унікальні розробки вчених пострадянських країн в сфері anti - age технологій. Ви почерпнете для себе багато нової, актуальної інформації у сфері пептидної біорегуляції. "Фізіологія старіння»

Будь-якій людині 35-60 років досить двох курсів пептидів в рік, щоб підтримати життєво-важливі функції свого організму. Для того, щоб бути молодим і здоровим - як не банально це звучить, - потрібно вести здоровий спосіб життя. З віком навіть у здорової людини починається інволюція життєво важливих систем організму. Усі вони поступово старіють. Першими, як правило, під пресинуючу дію зовнішніх і внутрішніх чинників потрапляє імунна, нейроендокринна і центральна нервова системи.

**Висновок.** На сьогодні застосування пептидів є кращим і безкомпромісним рішенням в галузі ревіталізації (омолодження організму) і профілактики онкологічних захворювань, оскільки дозволяє проводити оновлення клітин і тканин не лише за рахунок регуляції і синхронізації усіх циклічних процесів, але також і за рахунок розширення можливостей ділення клітини без мутації.

Тому, після 35 років розумно замислитися про профілактику вікових змін у своєму організмі, правильно організувати свій режим і підібрати програму відновлення і омолодження організму на основі пептидів. Сьогодні можна з упевненістю сказати, що застосування пептидних біорегуляторів - це шлях до активного довголіття.

*Доріна Ольга, студентка III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
м. Миколаїв*

## **ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ – ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Актуальність.** Інфекційний контроль — це система організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, скерованих на попередження і розповсюдження інфекційних захворювань в стаціонарі, яка базується на результатах епідемічної діагностики.

Метою інфекційного контролю є зниження захворюваності та зменшення економічних збитків від внутрішньо лікарняних хвороб (ВЛІ). Для досягнення цієї мети розроблено конкретні комплексні заходи для ЛПЗ різної спеціалізації.

Система інфекційного контролю включає вісім аспектів.

1. Структура управління та розподілення обов'язків по інфекційному контролю.

Кожен ЛПЗ повинен мати комітет інфекційного контролю, повноваження якого розповсюджуються на всі його підрозділи і служби. До складу комітету входять: голова (замісник головного лікаря з лікувальної роботи), лікар-епідеміолог або помічник епідеміолога, головна медична сестра та лікарі-спеціалісти (хірург, терапевт, інфекціоніст и т.п.). Склад комітету може бути розширено за рахунок залучення інших спеціалістів, виходячи з профілю



ЛПЗ. Комітет інфекційного контролю вирішує питання розподілення обов'язків та забезпечення заходів з інфекційного контролю, узгоджує заходи, що плануються проводити з адміністрацією ЛПЗ и координує їх.

## 2. Система обліку та реєстрації ВЛІ.

Принципове положення цього напрямку — наявність у стаціонарі системи активного виявлення лікарняних інфекцій. Перелік ВЛІ, що підлягають реєстрації та обліку, визначено наказом МОЗ України від 04.04.2012р №236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів»; наказ МОЗ України від 10.05.2007р №234 «Інструкція з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах»

## 3. Мікробіологічне забезпечення інфекційного контролю.

Необхідні мікробіологічні дослідження своєчасно і повністю виконуються на базі клініко-діагностичної лабораторії закладу чи на договірних заставах з зовнішньою лабораторією.

Об'єм та якість мікробіологічних аналізів мають відповідати мікробіологічним умовам даного ЛПЗ. За результатами дослідів спеціалісти аналізують и оцінюють чутливість виявлених штамів мікроорганізмів к антибіотикам, дезінфектантам, антисептикам і фізичним факторам дії. Створення бази даних штамів, отриманих в мікробіологічній лабораторії, забезпечує проведення повноцінного епідемічного аналізу.

## 4. Епідеміологічний аналіз ВЛІ.

Епідеміологічний аналіз проводиться у відповідності з чітко сформульованою метою і завданнями, виходячи з потреб та особливостей даного ЛПЗ. Він неможливий без інформаційного забезпечення. Для цього використовують стандартні та спеціально розроблені облікові форми, і також комп'ютерні бази даних. Обробка отриманої інформації проводиться загальноприйнятими методами епідеміологічного аналізу:

- ретроспективним — на його основі формуються гіпотези о ведучих факторах, причинах та умовах виникнення ВЛІ в даному ЛПЗ;

- оперативним — базується на діагностиці фазового стану епідемічного процесу ВЛІ, слідкуванню за формуванням госпітальних штамів та прогнозуванні епідемічного стану.

Результати епідемічного аналізу своєчасно і регулярно повідомляють адміністрації та комітету інфекційного контролю ЛПЗ.

5. Профілактичні і протиепідемічні заходи в системі інфекційного контролю.

Реалізація даного напрямку передбачає розробку інструкцій, вказівок, алгоритмів епідемічно безпечних діагностичних та лікувальних процедур, а також проведення ефективних процедур стерилізації, дезінфекції та обробки рук персоналу. В ЛПЗ повинна бути розроблена і використана адекватна технологія використання антибіотиків, антисептиків та інших засобів лікування та профілактики ВЛІ з урахуванням мікробіологічних даних про резистентність циркулюючих штамів.

6. Навчання персоналу.

Пріоритетним напрямком даного аспекту є розробка диференційованих програм для навчання спеціалістів різного профілю з питань інфекційного контролю з урахуванням специфічних особливостей ЛПЗ. Потрібно обов'язково проводити навчання персоналу з питань інфекційного контролю при прийманні на роботу та в подальшому регулярно продовжувати його.

7. Охорона здоров'я персоналу.

Основу цього напрямку складають:

- виявлення та оцінка професійних факторів ризику в даному ЛПЗ;
- підготовка та аналіз відповідної інформації;
- розробка та впровадження програм профілактики професійної захворюваності.

8. Охорона здоров'я пацієнтів.

Напрямок полягає у виконанні медичною сестрою вимог дотримання санітарно-проти-епідемічного режиму:

- дотримання чистоти самого пацієнта, білизни, посуду, предметів особистої гігієни, предметів догляду, приміщення;
- запобігання розповсюдженню інфекції.

Доглядаючи хворого, медична сестра повинна пам'ятати, що при недотриманні санітарно-протиепідемічного режиму можна заразитися від нього інфекційними захворюваннями або заразити іншого хворого.

Система інфекційного контролю (далі - ІК) включає:

- організаційну структуру управління системою ІК;
- епідеміологічне спостереження за внутрішньо лікарняними інфекціями (далі - ВЛІ);
- мікробіологічний моніторинг;
- розробку та впровадження комплексу профілактичних та протиепідемічних заходів на підставі епідеміологічного аналізу епідситуації в стаціонарі;
- заходи, спрямовані на охорону здоров'я медичного персоналу;
- систему навчання медичного персоналу.

*Можина Є.І. заступник зав. групи  
забезпечення загальної підготовки,  
старший викладач, ПВНЗ  
«Медико-Природничий Університет»  
м. Миколаїв*

## **ЦІЛЮЩИЛА СИЛА СЛОВА ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**

*«У медика є три знаряддя: слово, рослина, рука»*

Слова відомого перського вченого-енциклопедиста, філософа, лікаря Ібн Сіни Авіценни, напевно, чули всі. Але в різних джерелах переклад звучить по-різному. В більшості випадків останнє слово цього виразу перекладають як «ніж»... Хоча з латинської мови і «manus», і «churg» з грецької (хірургія - діяльність рукою,) перекладається як рука, а не ніж.

Мовленнєвий етикет медика, медичної сестри, як соціально-лінгвістичне явище детерміноване з функціонального боку, тобто в основі його виділення лежать спеціалізовані функції. Перша з них контактна (фатична) функція — встановлення, збереження чи закріплення, підтримуваних зв'язків і стосунків, індивідуальних чи соціально-масових. Поняття „контактна функція” однаково стосується усіх тематичних груп одиниць мовленнєвого етикету. Функція ввічливості (конотативна) — пов'язана з проявами ввічливого поведіння медика, медичної сестри з пацієнтом. Регулююча функція (регулятивна) — теж стосується усіх проявів мовленнєвого етикету, бо вибір певної форми при встановленні контакту регулює характер стосунків медика, медичної сестри і пацієнта. Функція впливу (імперативна, волюнтативна) — передбачає співбесідника — вербальну, жестову, діяльнісну. Функція звертальна (апелятивна) — тісно пов'язана з імперативною, бо привернути увагу, означає здійснити вплив на співбесідника. Емоційно-експресивна (емотивна) функція — є факультативною функцією, оскільки вона особлива властива професії медичного працівника. Від того, які слова, тон, форму обере лікар при звертанні до пацієнта, залежить подальший контакт між ними і довіра.

Отже, суть рольової діяльності загалом визначається соціальними нормами, орієнтованими на особистість медика, медичної сестри як виконавця конкретної ролі. Саме це і накладає відбиток на його мовну поведінку, що знаходить відображення у стильовому розмаїтті лексики та особливостях його усної і писемної форм, які мають досить тісний зв'язок.

У повсякденному спілкуванні з пацієнтами, колегами лікар використовує лексичні засоби, характерні для офіційно-ділового, публіцистичного і навіть художнього стилів мовлення. Розмовний і науковий стилі разом з офіційно-діловим є характерними для фахового мовлення медика, медичної сестри.

Висловитися, порозумітися, поспілкуватися ми можемо повною мірою лише завдяки мові, тобто вона задовольняє одну з найважливіших життєвих потреб людини. Мова — засіб спілкування і джерело інформації про світ, про народ, якому вона належить. Наше слово до того ж і розповідь про себе. Слово — форма, одяг наших думок, почуттів, переживань. Що кому болить, той про те й говорить.

Ятропатогенія (ятропсихогенія негативного знаку) – це не короткочасна реакція хворого на неправильний, некоректний вислів або дію медика, а зафіксований невротичний розлад, який має зазвичай реальні причини в особистості пацієнта і характері стосунків з лікарем. Негативні впливи медика на хворого можуть мати широкий патогенетичний діапазон: від явних ятрогеній (ефект, зумовлений в основному неправильною поведінкою медика) до псевдоятрогеній (ефект, зумовлений головним чином неправильним суб'єктивним сприйняттям хворим поведінки медика).

Здається доцільним звернутися до роботи з етики британського теолога Д. Принса «Чи потребує наша мова зцілення». Справді: «Смерть та життя – у владі язика» (Пр. 18:21). Вадами мови Д. Принс вважає багатослівність, непотрібну балаканину. До хвороб мови автор відносить пусті слова, а також плітки й неправду. До антиподів моральної мовної поведінки, за Д. Принсом, належить і нерозважлива, покvapна мова. Запобігати такій «мовній аномалії» потрібно й у медицині. Справді, медику надто потрібна досконала розумова й мовна орієнтація, бо слова й думки, до речі, звернені навіть до самого себе, можуть визначати долю.

Лікування – це мистецтво використання слова. У ятросаногенії важливою є культура спілкування; вміння встановити контакт із співрозмовником. Має значення міміка, інтонація, «розмова очей» (це дуже важливий міжемоційний

канал!), але насамперед – мова. Щирість мови відчують не лише діти, але й дорослі, зокрема старі, хворі, які потребують особливого терпіння, делікатності, бо саме ці якості медика, медичної сестри стають чи не єдиною розрадою, яка залишилася їм.

Культура мовлення лікаря – успіх у лікуванні. Ятросаногенія, яка постала на рівні мистецтва, – неодмінна ознака української народної медицини. На цьому, зокрема, наголошує відомий фітотерапевт і письменник лікар Євген Степанович Товстуха в книзі «Раджу ліки, перевірені тисячоліттями» (Товстуха Є.С., 1993).

Найпершим у контексті значного арсеналу засобів народної медицини, – пише він, – українці ставлять слово, лікування словом. Слово як чинник формування світогляду й характеру дитини. Слово як засіб і метод спілкування, сугестії, слово як значущий лікувальний важіль у поєднанні з іншими засобами народної медицини. Народивши дитину, мати співає їй колискових пісень. Цьому факторові годиться надати особливого значення У дитини формується медитативність, позитивні емоції, закладається мова, позитивне ставлення до людей і природи.

Протягом певного історичного періоду, зауважує автор, українці розробили окрему форму мовного навіювання – замовляння. Специфікою замовлянь та нашіптувань є те, що у процесі їхнього застосування забороняється додавати довільні слова, змінювати зміст. Такі непорушні вимоги підвищують сугестію замовлянь.

Стародавні замовляння різноманітні, зокрема замовляння про здоров'я взагалі, для немовляти, від нудьги, кольок, безсоння, переполоху, запою; від кровотечі, нічного жаху, від зубного болю, шалу (Істерії); є навіть від опіків, інфекційних хвороб, захворювань серця, легенів, рук і ніг тощо.

Навіть у тридцятих роках ХХ ст. майже у кожному селі можна було зустріти шептух, які зцілювали словом: заклинаннями, замовляннями, таємничим шепотінням. Це були не шарлатани, як то переконували безвірники. Народні традиції, звичаєве право вимагали від цих жінок дотримання

обов'язкових чеснот. Вони повинні бути у літньому віці, мати приємну зовнішність, значний життєвий досвід, добру вдачу: не сваритися, щиро співчувати людям, не чинити перелюбства. Не мати «чорної» заздрості до людей, брехливої вдачі, нещирих прагнень. Усі ритуали виконувати безпосередньо біля хворого, а не з гуртом чи юрбою різних за характером, вдачею та здоров'ям людей. Сугестивні замовляння проводять тихо, проте розбірливо, лагідно, тактовно, з великою витримкою й терпінням.

Отже, **слово** у замовляннях діє на почуття людини. І ці слова утворюють специфічну мову, яка стає магією, мистецтвом. Зрештою, як медичне сугестивне означення спрямованої дії проти певної недуги, дисгармонійного стану, вад характеру тощо. Як бачимо, це зовсім сучасні психотерапевтичні постулати.

**Підсумовуючи сказане**, хочеться наголосити, що вислів Авіценни про три знаряддя, які є у медика, дає можливість сучасній медичній сестрі стати самій здоровою, щасливою, багатою і навчити своїх близьких бути такими. Це наше право на щастя, здоров'я, достаток і наш вибір.

*Першин Олександр студент III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»  
м. Миколаїв*

**ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ САНАТОРНО-  
КУРОРТНОГО ТА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ**

Перша сходинка до щастя – здоров'я.

*Сократ (469 – 399 до н.е.), давньогрецький філософ*

**Актуальність теми.** Діяльність медичної сестри в умовах санаторно-курортного та відновного лікування - надзвичайно актуальна для сьогодення. Адже всі знають, що набагато простіше зберегти, попередити, запобігти та зробити профілактику тому ресурсу з яким людина прийшла в життя. Сама назва «Санаторно- курортне лікування» за походженням від латини означає - *sanare*- оздоровлення, *curare* – піклування - вказує на природні, консервативні методи оздоровлення.

*Natura sanat, medicus curat morbus* – Природа оздоровлює , лікар лікує хворобу - підтверджує давнє латинське прислів'я. Неодноразово на загальних, міжнародних і всесвітніх конгресах кардіологів, геронтологів і спеціалістів по спортивній медицині і лікувальній фізкультурі підкреслювалося, що поряд з нераціональною організацією режиму харчування однією з важливих причин передчасного старіння і порушення нормальної функціональної діяльності організму є недостатня рухова активність. Малорухливий спосіб життя, в першу чергу призводить до зміни стану серцево-судинної системи, яка в похилому віці стає одним з найбільш слабких ланок організму.

Об'єктом дослідження є процес організації, надання, роль, місце та характеристика лікувально-профілактичних і спортивно-оздоровчих рекреаційних послуг медичної сестри. Санаторно-курортне лікування є важливою складовою системи соціальної політики та відіграє провідну роль у побудові та збереженні здоров'я нації. Роль і значення санаторно-курортної системи в соціально-економічному розвитку України полягає як у величезних її можливостях у справі підтримання, зміцнення та відновлення здоров'я нації, так і у визнанні особливого значення України у світовому рекреаційному процесі, культурно-історичному становленні та розвитку світового суспільства.



Розвиток санаторно-курортної справи в Україні, у структурі туристично-рекреаційної галузі, має бути спрямований на реалізацію положень Конституції України, закону України «Про курорти», та законів України щодо забезпечення доступної та кваліфікованої медичної допомоги громадянам України.

Санаторно-курортне лікування - це медична допомога, що здійснюється з профілактичною, лікувальною або реабілітаційною метою із застосуванням природних лікувальних факторів в умовах перебування на курорті або лікувально-оздоровчій місцевості та в санаторно-курортних закладах. Санаторно-курортна справа в Україні є традиційно невід'ємною частиною національної системи охорони здоров'я, що дозволяє ефективно здійснювати профілактику захворювань.

Головними завданнями санаторно-курортного лікування є:

- ліквідація або зменшення проявів патологічного процесу;
- відновлення або покращення порушених функцій;
- підвищення загальної реактивності;
- тренування адаптаційних механізмів;
- попередження інвалідизації та сприяння соціальній реабілітації.

Існуюча мережа спеціалізованих санаторіїв є надзвичайно цінним національним надбанням і має бути збережена та доведена до рівня міжнародних стандартів.

Основними напрямками роботи є: розроблення правових та організаційних механізмів щодо стимулювання ефективної діяльності санаторно-курортних закладів, які належать до сфери управління Мінсоцполітики;

- впровадження і застосування у системі Мінсоцполітики новітніх інформаційних технологій щодо вдосконалення системи обліку, звітності та державної статистики з питань організації забезпечення санаторно-курортним лікуванням пільгової категорії громадян;

- розроблення проектів нормативно-правових актів з питань організації санаторно-курортного лікування ветеранів війни, учасників АТО, осіб, на яких поширюється чинність Законів України „Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, „Про жертви нацистських переслідувань”, інвалідів та громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

- Популяризація ЗСЖ.

- З власного досвіду роботи в Академії довголіття М.С. Норбекова.

*Півінська Людмила, студентка III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
м. Миколаїв*

## **ДЕМЕНЦІЯ, ОЗНАКИ. ПРОФІЛАКТИКА**

Майже в кожній країні світу частка людей віком старше 60 років зростає швидше порівняно з будь-якою іншою віковою групою як у результаті підвищення очікуваної тривалості життя, так і через зниження коефіцієнтів народжуваності. З одного боку, старіння населення можна вважати успіхом політики охорони здоров'я і соціально-економічного розвитку, а з іншого — перед суспільством постають складні завдання адаптації, щоб максимально зміцнити здоров'я і розширити функціональні можливості літніх людей, а також їхнє соціальне функціонування та безпеку. Деменція (синдром стійкого порушення когнітивних функцій через органічне ураження мозку) чинить серйозний інвалідизуючий вплив на осіб, які потерпають від цього захворювання, і нерідко має руйнівні наслідки для тих, хто здійснює їх догляд, а також членів їхніх родин.

**Деменція** - важке захворювання, що вражає людей переважно похилого віку. Це не стільки проблема самого пацієнта, який практично не усвідомлює, що з ним відбувається, скільки його близьких. Виникає необхідність у постійному догляді та нагляді. Родичам хворого доводиться мати справу не тільки з медичними, а й з економічними, соціальними та психологічними труднощами. Як розпізнати початок деменції, чи можна її вилікувати і як профілакувати?

У перекладі з латинської мови це слово означає «слабоумство». Захворювання характеризується важким розладом вищої нервової діяльності, причиною якого є органічне ураження головного мозку. Проявляється воно в різкому зниженні розумових здібностей, у втраті наявних знань, практичних навичок і в неможливості засвоювання нових.

Основні ознаки деменції - незалежно від типу деменції, її симптоми і ознаки схожі. Перші ознаки деменції, на які повинні звернути увагу родичі і сам хворий: порушення пам'яті (в першу чергу короткочасної). Людина не може згадати недавні події, відчуває труднощі із запам'ятовуванням нової інформації. Порушується орієнтація в просторі і часі. Наприклад, хворий може заблукати у власному районі. Втрачається бажання дізнаватися щось нове, оскільки мозок стає нездатним обробляти і засвоювати нову інформацію. Знижується критичність власного сприйняття. Надалі відзначається посилення проявів цих ознак і поява нових, ще більш руйнівних. При підозрі на деменцію необхідно звернутися до спеціаліста - психіатра.

Для постановки діагнозу «деменція» на початковій стадії лікар зазвичай проводить цілий ряд досліджень і опитувань. При цьому опитують не тільки хворого, але і його близьких родичів. Обов'язково уточнюють характер початкової стадії захворювання і призначають комплексне обстеження для визначення вогнищевих неврологічних симптомів деменції. Остаточна постановка діагнозу можлива тільки в тому випадку, якщо порушення спостерігаються не менше 6-ти місяців. При своєчасному зверненні до лікаря є

можливість скорегувати перебіг захворювання, відтермінувавши наступ його важкої стадії.

Причинами виникнення деменції є ураження центральної нервової системи, що викликаються захворюваннями, здатними привести до дегенерації і загибелі клітин головного мозку. При хворобі Альцгеймера, Піка, деменції з тільцями Леві руйнування кори головного мозку є самостійним механізмом захворювання. Однак існують хвороби, на тлі яких деменція є ускладненням: атеросклероз судин головного мозку; інсульт; гіпертонія; алкоголізм; пухлини головного мозку; черепно-мозкові травми; інфекції (СНІД, вірусний енцефаліт, менінгіт). Крім того, причинами деменції в старечому віці можуть бути ускладнення при проведенні гемодіалізу, наявність важкої печінкової або ниркової недостатності, ендокринні патології і важкі ауто імунні захворювання, такі як розсіяний склероз або системний червоний вовчак. Для розвитку деменції додатковими факторами ризику можуть бути: наявність родичів, які страждають цим захворюванням, особливо в разі розвитку у них патології у віці до 65-ти років; цукровий діабет; ожиріння; відсутність активної інтелектуальної діяльності протягом життя.

Оскільки деменція поступово прогресує, розрізняють три її стадії, або ступені вираженості захворювання:

- Перша характеризується легким ступенем прояву симптомів, незважаючи на значні порушення інтелектуальної сфери. У хворого зберігається критичне ставлення до свого стану, він усвідомлює необхідність лікування. Такі хворі здатні обслуговувати себе самі, оскільки їм доступні звичні види побутової діяльності, такі як приготування їжі, прибирання, особиста гігієна.

- Друга. При розвитку захворювання до помірного ступеня у хворого починають виявлятися більш грубі порушення інтелекту і спостерігається зниження критичного сприйняття свого захворювання. Виникають труднощі з користуванням побутовою технікою, телефоном, людина забуває закривати

двері, вимикати електрику і газ. Хворі потребують постійного нагляду, оскільки здатні заподіяти шкоду собі і оточуючим.

- Третя. Важка деменція призводить до повного розпаду особистості. Хворі на останній стадії не здатні самостійно приймати їжу, дотримуватися правил гігієни, перестають впізнавати рідних і близьких. Нерідко у них згасає здатність до мислення і мовного спілкування. Хворий поринає в повну апатію, не відчуває почуття голоду і спраги. Поступово розвиваються рухові розлади, людина стає нездатною ходити і пережовувати їжу. За такими хворими необхідно повсякчасне спостереження і догляд.

Основне завдання лікування - це уповільнення процесу, зняття симптомів, особистісна та соціальна адаптація хворого, покращення якості та продовження терміну його життя. Медикаментозна терапія є найголовнішим методом при лікуванні деменції, оскільки в деяких випадках вона дозволяє скорегувати розвиток симптомів захворювання. Вкрай важливими при лікуванні деменції на ранній стадії є такі чинники:

- Правильний спосіб життя хворого. Необхідно створити затишну домашню обстановку з незмінною кількістю осіб, які спілкуються з хворим. Це допоможе усунути почуття тривоги, неспокою і збудження. Нові ситуації можуть негативно впливати на стан пацієнта і спровокувати прискорений розвиток захворювання. Рекомендується скласти чіткий розпорядок дня з обов'язковим виділенням достатнього часу для нічного відпочинку.

- Рухова активність. На ранніх стадіях захворювання дуже важливо забезпечити хворому необхідний рівень рухової активності. Це можуть бути прогулянки по улюблених місцях, нескладна робота в саду або на присадибній ділянці, лікувальна фізкультура.

- Харчування. У раціон хворого необхідно ввести продукти, що знижують рівень холестерину, такі як мигдаль, авокадо, ячмінь, бобові, чорниця, рослинне масло. Дозволені кисломолочні продукти, пісні сорти м'яса і птиці, нежирна риба, морепродукти, квашена капуста. Готувати краще на пару, можна запікати або варити. Сіль слід вживати в мінімальній кількості.

Обов'язково пити чисту воду з розрахунку 30 мл на 1 кг ваги на добу. За деякими даними, позитивний вплив на стан хворих надає середземноморська дієта, що включає оливкову олію, багато овочів, фруктів, горіхів та морепродукти.

При дотриманні всіх призначень лікаря можна сповільнити прогресування захворювання і суттєво поліпшити якість життя хворого. При цьому людям, які мають спадкову схильність до розвитку деменції, слід звертати особливу увагу на профілактику хвороби: вести здоровий спосіб життя, щодня проводити розумову зарядку, регулярно контролювати рівень холестерину в крові. Знання етіології та основних симптомів цього захворювання безумовно необхідно спеціальним психологам, дефектологам, психіатрам, медичним психологам тобто людям, які професійно займаються порушеннями інтелекту. Виявлення деменції на ранніх стадіях дозволяє сповільнити процес розвитку деменції, затримати погіршення інтелектуальних функцій і втрату особистісних рис. У деяких випадках своєчасна постановка діагнозу і лікування дозволяють продовжити щодо прийнятний стан психіки людини на багато років. Педагогам, соціальним працівникам та психологам важливо своєчасно направляти підопічних до клінічних фахівців, в разі підозр виникнення у них деменції і вміти відрізнити її від інших видів порушень інтелекту. Останнє необхідно всім працівникам психолого-педагогічної сфери.

Однак, і людям, чия професійна діяльність ніяк не пов'язаним з порушеннями психіки, знання симптомів деменції і її можливих причин, не буде зайвим - ніхто з нас і наших родичів не застрахований від розвитку подібного захворювання і, отже, кожна людина повинна бути готова до надання допомоги і психологічної підтримки, якщо захворювання виникне у кого-небудь з них.

*Помазан Л.І. директор ТОВ Джемдані,  
член Міжнародної Академії Наук екології*

## **УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ ЧЕРЕЗ ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ**

**Актуальність.** Питання здоров'я якнайтісніше пов'язане з питанням харчування. Ще Сократ наголошував: « Ми їмо, для *того щоб* жити, а не для *того, щоб їсти* - Edimus, ut vivamus; non vivimus, ut edamus» . сучасне харчування -це результат тисячолітнього спілкування жителів різних континентів. Я присвячую свій виступ смаковим гармонікам, здоровому харчуванню і свободі від рутини на кухні.

Хтось хоче готувати швидко, хтось не хоче, але усі хочуть, щоб це було смачно і здорово. Уявіть, що ми могли б житися енергією сонячного світла - наскільки б це спростило наше життя. Не треба було б готувати, купувати продукти, витратити на них грошові кошти. Але по чиємусь дивовижному задуму ми маємо можливість отримувати задоволення від різноманітної їжі . Але хороший обід впливає не лише на настрій, від нього залежить і наше здоров'я. Який же вплив способу харчування на здоров'я людини?

Виявляється, всеїдних істот на землі не так вже і багато. І одна з цих істот - людина. Наш організм здатний ефективно засвоювати майже усі види продуктів, але чи усе засвоєне принесе тільки користь і заряд бадьорості?

Що ж треба їсти, щоб вміст тарілки подовжував наше життя і зміцнював здоров'я? Перш ніж відповісти на це питання, згадаємо елементарну інформацію з шкільного курсу біології і анатомії.

Життєдіяльність людини вимагає постійних витрат енергії і речовин : будуються нові клітини, оновлюються тканини, працюють м'язи - для усього цього потрібні наступні поживні речовини:

- Білки - служать джерелом амінокислот - будівельних матеріалів клітин;
- Вуглеводи - джерело легкодоступної енергії, яку можна витратити або запасати;
- Жири - акумулятори енергії, розчинники деяких вітамінів, учасники гормональних процесів.

Систематична нестача одного з цих складових може завдати шкоди здоров'ю і поставити під сумнів можливість подальшого життя. Але і тільки на них далеко не поїдеш - без мінералів, мікроелементів наш організм теж довго не проживе. Тому їжа людини має бути різноманітною і в достатку. Чому ж тоді не можна їсти все і якомога більше?

"Відкриття нової страви важливіше для щастя людства, чим відкриття нової зірки" так говорив французький кулінар і філософ Жан Антельм Брийя-Саварен.

Можливо саме сьогодні це і станеться, тому що ми разом творитимемо кулінарні шедеври і говоритимемо про смаки, рецепти, здоров'я. Дізнаємося, що таке смакові гармоніки і за якими законами у сучасному світі будується висока кулінарія. Чи чули ви таку думку? Немає поганих продуктів, є погані кухарі. Цей шеф кухар геніальний, він готує смачно, а цей ні. Як ви думаєте, від чого залежить смак блюда?

Від поєднання продуктів, підбору спецій і душі того, хто готує. Чи може кожен навчитися готувати.

Але спершу давайте розберемося, що таке смак і що взагалі ми робимо на кухні. Готуючи більшість страв, ми подрібнюємо, перемішуємо і нагріваємо продукти. Тільки цих 3 дії. І наш апарат для високої кулінарії і повсякденних блюд.

Це модна сучасна машина Майкук Преміум. Він подрібнює, перемішує і гріє одночасно, звільняючи нас від трудомістких процесів на кухні. Наш майстер клас про смакові гармоніки ніяк не зміг би відбутися за 1 годину, а затягнувся б на 4-5 годин, коли б не Майкук.



Майкук Преміум виконує роботу 30-40 кухонних приладів, замінює посуд, включає круглу індукційну варильну поверхню і вбудовані електронні ваги.

МК - це маленька і розумна машина. Мозком машини є комп'ютерний процесор. За температурою, часом, швидкістю і безпекою стежить сам апарат. Режим нагріву - 40-120°С, крок 10°С., які забезпечують гранично точні свідчення і, відповідно, абсолютну гарантію правильного **приготування корисних блюд.**

Контроль часу і температури гарантують відсутність канцерогенних і інших шкідливих властивостей їжі, які виникають при високотемпературній обробці. Зберігають смак продукту.

Ніж не гострий, має особливу форму, створює ефект подовжнього ошадливого, ніжного розривання продуктів по сполучних тканинах, волокнах, максимально можливо зберігаючи внутрішньоклітинну рідину, не порушуючи клітинні структури продуктів. Тому салат залишиться в первозданному вигляді, зберігатиметься годинну без стікання соку внутрішньоклітинної рідини. Це ж стосується м'ясного фаршу, маси для картопляників. Подрібнені таким ножом продукти зберігають першосмак продукту.

Глек - основний робочий інструмент. Уся внутрішня поверхня глека виготовлена з нержавіючої сталі з товщиною стінок - 1 мм і більше. Конструкція апарату дозволяє зберегти натуральний смак продуктів і їх вітамінно-мінеральний склад, а значить ми точно можемо говорити про поєднання смакових пар, які ідеально підходять один до одного, тобто про смакові гармоніки.

Режим "ТУРБО" - це 10 000 об/хв, використовується для дуже дрібного і швидкого подрібнення, цукру в цукрову пудру, спецій, зелені і тому подібне. Турбо - кнопка, яку необхідно утримувати після натиснення. Насадка "метелик", єдина насадка в апараті! Її головне завдання - емульгувати - готувати майонези і соуси. Кільце ущільнювача в кришці дуже хорошої якості і щільно прилягає до глека, забезпечуючи абсолютну герметичність.

Напевно, кожен з вас знає, що дуже корисно пити свіжі соки. Ніж в Майкуці може обертатися з різними швидкостями від найменших до максимально допустимих. Різні швидкості в апараті - це можливості повільного помішування, блендера, міксера, терки, пристосувань для різної за розміром нарізки.

Кнопка "Качалка" - спеціальний імпульсний режим для замісу тіста. Для кожної хазяйки не секрет, що тісто міситься довго (до 40хв.) для надання однорідної маси і насичення киснем. На поз. "качалка" МК робить все дуже швидко. Для дріжджового тіста дуже важливо тепло при вимішуванні (імітація теплих рук). Натиснувши кнопку "качалка", автоматично встановлюється  $t = 40^{\circ}\text{C}$ , цим самим ми створюємо ідеальні умови для підготовки тіста.

S - функція «Софритто» використовується для приготування м'яса для макаронів по-флотски (шматочки м'яса розриваються по волокнах і обсмажуються), начинки для млинчиків і пирогів, піци, рибних і м'ясних рулетів; - для картопляного пюре за 12 хв. у власному соку, майже без додавання води; - паштетів з курячої, індичої печінки, грибів, варених овочів; - для кабачкової і баклажанової ікри, соусів; - для вибивання м'ясного фаршу, котлети будуть "повітряними", соковитими; - щоб відокремити кісточки від м'якуша у вишні, обліпихи, винограду;

S - використовується в процесі приготування м'ясного гуляшу для того, щоб шматки м'яса стали м'якшими за дуже короткий час приготування, всього 20-30 хвилин. Зазвичай м'ясний гуляш готується більше години.

«Софритто» S в поєднанні з нагрівом глека - це фантастичні можливості приготування в автоматичному режимі овочевих рагу : продукти одночасно підсмажуються в олії, підкидаючись охолоджуються (імітація приготування в китайському посуді WOK) і поступово подрібнюються до розміру великих шматків. Итак: - З « Софритто» готовим в 2-3 рази швидше. – «Софритто» це комбінація жаріння і тушкування для приготування блюд справжньої дієтичної кухні. – «Софритто» -це обсмажування овочів без перегрівання олії і продуктів.

"Індукція. Інтелектуальний 3d нагрівач для високотехнологічних цілей". Родзинкою Майкук є індукційний 3d нагрів глека, що не має аналогів. Такі високоінтелектуальні технології реалізовані тільки в Майкук.

Загалом, фізика нагріву вмісту в Мусоок така ж, як на електро або газовій плиті. Продукти нагріваються від гарячого глека. Але є і істотна відмінність. Найголовніше це безпека і екологічність такого нагріву глека. Річ у тому, що нагрів за допомогою звичайної нагрівальної спіралі має на увазі наявність електричних контактів, стежити за якими доводиться з особливою ретельністю. Індукційний – це безконтактний нагрів глека, а значить в разі безпечніший.

Технологічна досконалість Майкук незаперечна, адже в нім використовується не просто індукція, а індукційний нагрів в об'ємі (ПАТЕТ ВИРОБНИКА).

А це: - розігрівання відбувається в 2-3 рази швидше порівняно з будь-ким іншим способом нагріву, а значить у вас більше вільного часу для себе;

- немає передавальної нагрівальної поверхні, нагрівається відразу сам глек, а це додаткова безпека використання;

- швидкість приготування і точність регулювання, а значить вам легко приготувати складне блюдо і точно за рецептом.

- економія електроенергії, а значить ваш сімейний бюджет ви зберігаєте;

- особливий спосіб об'ємного приготування їжі при ощадливих температурах (як в печі), а значить їжа завжди буде корисною;

- місце розташування індукційного нагрівача не вимагає особливого відходу, легко протерти вологою серветкою;

- при порівняно невеликій максимальній температурі в 120°С, маємо можливість швидко готувати навіть м'ясні страви, що традиційно вимагають тривалої термічної обробки при високих температурах.

Майкук - це і плита теж. Повітря наших кухонь можна порівняти з повітрям самого загазованого перехрестя мегаполісу. При згоранні газу в побутових газових плитах він згорає не повністю. При цьому утворюються

шкідливі речовини: чадний газ, окиси і двоокис азоту. Крім того, будь-який процес горіння супроводжується поглинанням кисню. Цим ми дихаємо у власному будинку. Індукційний нагрів в МК забезпечує миттєвий і рівномірний нагрів глека і чисте повітря на кухні.

Подивіться, як надійно кріпиться парокукер до глека за допомогою спеціального надійного механізму. Така конструкція запатентована виробником. Найздоровіший спосіб приготування продуктів, дієтичний принцип - це варіння на пару. Оскільки площа випару води і температура достатні, а парокукер металевий і добре прогрівається, то процес варіння на пару в МК вигідно відрізняється від інших пароварок. Відмінності - смак, швидкість приготування, структура продукту, колір, натуральний запах. Запахи різних інгредієнтів не змішуються. Пару також можна використати для розігрівання, бланширування, стерилізації і розморожування продуктів. Зручно використати в якості кошику для миття овочів і фруктів. Температура 120 градусів - золотиста зажарка, але без перегрівання, збереження овочів, овочевого рагу, домашня томатна паста, бефстроганів, підсмажені курячі ніжки, шашлички. При цьому важливо, що канцерогени не утворюються, оскільки температура все одно залишається усього лише 120 градусів.

Ще один приклад безпеки роботи з МК: Якщо глек ще гарячий, то на моніторі також видно відповідний значок (градусник і поруч знак оклику). При цьому максимальна робоча швидкість буде 5, кнопка Турбо працює 5 секунд і потім сама відключається. МК піклується про Вашу безпеку. Він найбезпечніший апарат у світі! Усі страви в МК готуються дуже просто, - згідно спеціальних "МК рецептів", в яких вказані "продукт - вага, - час - температура - режим роботи ножа". Виробництво МК сертифіковане згідно ISO 9001, ISO 14001 - це світові стандарти високої якості продукції, організації виробництва, менеджменту, екологічної безпеки виробу.

**Висновки.** Технологічна досконалість Майкук незаперечна, адже в ній використовується не просто індукція, а індукційний нагрів в об'ємі.

Важливо, що канцерогени не утворюються, оскільки температура все одно залишається усього лише 120 градусів.

Компанія «Джедані» є колективним членом Міжнародної Академії Наук Екології і Безпеки Життєдіяльності, асоційованою Департаментом суспільної Інформації ООН та ЕКОСОС.

Майкук – це світові стандарти високої якості продукції, організації, виробництва, екологічної безпеки, здоров'язберігаючих технологій. Приготовлена в Майкук їжа швидко забезпечить приготування страв будь – якої дієти.

*Троянова Юлія, студентка III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ЧВУЗ «Медико – Природоведческий Университет  
г. Николаев*

## **PRP- ТЕРАПИЯ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Актуальность.** Современная медицина развивается очень стремительно, в том числе одна из ее отраслей - регенеративная медицина. Одно из направлений регенеративной медицины связано с ремоделированием тканей, путем использования клеток, стимулирующих регенерацию. Существование факторов, которые стимулируют рост нервных клеток, клеток кожи, хрящей, костей и так далее, было отмечено еще в 30 – е года прошлого столетия.

Исследования последующих десятилетий привели к идентификации значительного количества полипептидов (полимеры ,состоящие из аминокислот или простые белки) , которые имеют выраженное действие на деление клеток, синтез внеклеточного матрикса и множество других базовых клеточных функций. Свои названия полипептиды получили благодаря источнику их получения, что привело к большому количеству наименований факторов роста.

Например, обогащенная тромбоцитами плазма, тромбоцитарный концентрат, тромбоцитарный гель, костные морфогенетические белки, фактор роста Бета и прочее. За последние годы исследований было решено объединить терминологию данных факторов под общее название – **Плазма Богатая Факторами Роста (ПБФР)** или, как сейчас используется название PRP (Platelet-Rich-Plasma).

Первая информация об уникальном действии крови на рану поступило еще в 1876 г. Из города Шеде , Германия. Врач отметил, что заживление раны ускоряется, когда в ней находится кровь, известная сегодня как фибриновый сгусток. Этот сгусток мы можем наблюдать при удалении зубов.

В 1905 году, немецким хирургом Августом Биром было замечено, что при введении пациенту собственной крови в бедро, ускорялся процесс заживления перелома, т. е. кровь являлась как-бы раздражителем внутренних процессов тканей и способствовала регенерации. Скорость заживления увеличивалась на 30% в сравнении со стандартными методами лечения.

Известный военный хирург Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий в своей книге «Очерки гнойной хирургии» проводит примеры действия цельной аутокрови на очаги воспалительных процессов мягких тканей, путем их инфильтрации(1934г.)

Особый вклад в развитие темы плазмы крови внес Александр Александрович Богомолец. Под его руководством в институте была разработана уникальная методика сохранения (консервации) донорской крови, которая широко применялась в годы Второй Мировой Войны. Она получила название «Сыворотка Богомольца», которая до сих пор применяется.

Все эти годы большое количество специалистов работали над темой Плазмы. Метод ПРП - терапии запатентовали в Испании два доктора Эдуардо Анито и Мигель Санчес в 2000-х годах. Они начали применение ПРП-терапии на лошадях, участвующих в скачках, в дальнейшем, этот метод стал применяться для лечения и восстановления опорно- двигательного аппарата спортсменов мирового класса.

Профессор Ренат Рашидович Ахмеров запатентовал метод Plasmolifting, который применяется в косметологии, стоматологии, гинекологии, травматологии и т.д.

Сегодня, в Киеве, в Клинике Европейской Ортопедии, под руководством Доктора медицинских наук, Профессора Романа Ивановича Блонского, активно проводятся исследования и лечение пациентов методом ПРП-терапии.

### **ОСНОВА МЕТОДА ПРП-ТЕРАПИИ**

Каждая клетка крови несет в себе определённую функцию.

-Лейкоциты защищают организм от инфекций, чужеродных белков и инородных тел, способных нанести ему вред – поддержание гомеостаза.

-Эритроциты переносят кислород из легких к тканям тела и транспортируют диоксид углерода (СО<sub>2</sub>) в обратном направлении.

-Тромбоциты выполняют две основные функции:

1. Формирование тромбоцитного агрегата, первичной пробки, закрывающей место повреждения сосуда;

2. Предоставление своей поверхности для ускорения ключевых реакций плазменного свертывания.

Иными словами, тромбоциты являются «ремонтниками» нашего организма.

Именно эти клетки выделяют из себя факторы роста, которые стимулируют деление и рост клеток.

Метод ПРП-терапии основан именно на работе тромбоцитов.

Известно, что конечным этапом жизнедеятельности клетки является гипоксия. Исходя из этого, регенерация (возрождение) строится по принципу оксигенации клетки. Оксигенация тканей остается фундаментальным фактором, поскольку она улучшает фагоцитарную и бактерицидную способность иммунных клеток организма, а также поддерживает синтез коллагена и других белков.

В настоящее время основной целью исследований процессов регенерации является необходимость идентификации Факторов Роста (ФР), понимание



принципа и механизма их действия и возможностей использования для улучшения заживления ран. Переходом от одной эры к другой, послужило открытие того факта, что влияние на макрофаги кислорода и напряжение кислорода в частности реализуется именно через факторы ангиогенеза и другие ФР, которые способствуют заживлению и противостоят инфицированию.

И вот сейчас вступают в роль тромбоциты, которые, как говорилось выше, выделяют из себя факторы роста.

Плазма Богатая Факторами Роста (ПБФР) может угнетать или усиливать клеточную миграцию, деление, синтез и деградацию внеклеточного матрикса, ангиогенез, минерализацию и множество других процессов. Использование ПБФР (тромбоцитарной аутоплазмы) представляет одну из немногих возможностей запускать и ускорять естественные механизмы регенерации.

ПБФР является удобным и безопасным биологическим «инструментом» в процессах регенерации. Он не вызывает аллергических и других негативных реакций, так как является производной собственной крови пациента. Плазмотерапия применяется в косметологии, дерматологии, травматологии, гнойной хирургии, стоматологии и т. д.

#### **Применение плазмы в дермато-косметологии**

- Старческая атрофия (вялость) кожи;
- дерматиты и экземы;
- угревая болезнь, акне, постакне;
- Алопеция гнездная (облысение) и прочее.

#### **Применение плазмы в стоматологии:**

- гингивит;
- локализованный пародонтит
- все формы генерализованного пародонтита;
- операции по удалению зубов;
- операции имплантации
- профилактика заболеваний пародонта.

#### **Применение плазмы в подологии:**



- Растяжения мышц и связок стопы;
- Hallux Valgus; Hallux rigidus;
- Восстановления ногтевых пластин после травм и хирургических удалений;

- Местное повышение иммунитета ткани при грибковых инфекциях ногтей и кожи.

- Лечение трофических язв диабетической стопы
- Любого раневого процесса кожи.

#### **Применение плазмы в травматологии, ортопедии:**

- Синдром хронического перенапряжения сухожилий;
- Растяжения мышц и связок;
- Hallux Valgus; Hallux rigidus;
- Остеоартрит
- Дегенеративные разрывы сухожилий и мышц;
- Острые полные (в сочетании с оперативным лечение) и частичные разрывы мышц, связок и сухожилий

- Переломы костей разной локализации;
- Псевдоартрозы костей разной локализации в сочетании с оперативным лечением

- Травматические повреждения суставного хряща в сочетании с оперативным лечение и так далее.

#### **Противопоказания к применению ПБРФ:**

- Онкология;
- Системные заболевания крови;
- Психические заболевания;
- Венерические болезни, гепатит, Вич инфекция.

#### **Механизм получения ПБРФ:**

Идет забор крови пациента в специальные пробирки с антикоагулянтом, центрифугируется, отбирается полученная плазма крови и вводится в проблемную зону путем инъекций или в виде повязок.

В зависимости от тех целей, которых мы хотим добиться по конкретном заболеванию, используются пробирки с разными антикоагулянтами, что позволяет получить определенную концентрацию тромбоцитов.

В Центре «CLOVER» , руководителем которого я являюсь, ведется активное применение ППП – терапии в лечении травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата, лечения грибковой инфекции ногтей и кожи, работа с диабетической стопой и трофическими язвами, плазмотерапия по лицу.

**Подводя итоги**, мы можем сказать, что ППП-терапия – это направление с огромным потенциалом и большими перспективами!

*Юхимчук Олеся, студентка III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
м. Миколаїв*

## **ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ - ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Цукровий діабет** –це захворювання ,яке впливає на здатність організму реагувати на інсулін і призводить до підвищення рівню цукру у крові. Причинами розвитку ЦД є розвиток метаболічного синдрому із-за якого виникає інсулінорезистентність, та при деструкції клітин острівців підшлункової залози Лангер-Ганса, що викликають зниження вироблення інсуліну. Інсулінорезистентність це коли клітина не реагує на наявність гормону і канал для глюкози не відчиняється. Таким чином, інсулін і цукор

залишаються в крові. Інсулінорезистентність буває спадковою ,але найчастіше виникає із з-за, відсутності фізичної активності ,переїдання, куріння.

Перші сигнали цукрового діабету можуть бути настільки непомітними ,що деякі люди одразу можуть їх відкинути ,як не суттєві. Якщо його не лікувати, може не тільки знизити якість життя, але і забрати саме життя, ось чому так важливо вчасно діагностувати захворювання.

Кожні 7 секунд діагностують у світі два нові випадки цукрового діабету, одна людина помирає від ускладнення. Змлн помирає від ускладнень цієї хвороби (інфаркт ,інсульт, ниркова недостатність).

9-ть найбільш поширених ознак раннього діабету для вчасного попередження хвороби:

1)Сильна спрага та сечовиділення. Велике бажання пити (полідипсія) та надмірне сечовипускання (поліурія) –це 2 найбільших сигнали цукрового діабету. Коли у вас діабет ,то ваші нирки не можуть всмоктати надмірну кількість цукру. Замість цього він потрапляє у вашу сечу, витягуючи рідину із тканин. Ви все частіше хочете в туалет і ваш організм втрачає водний баланс. Ви починаєте пити частіше що і призводить до надмірного сечовиділення.

2)Сильне відчуття голоду. Надмірне бажання поїсти (поліфагія),разом із частими сечовипусканнями та спрагою- три невід’ємні супутники. .Якщо ваш організм не здатен виробляти достатньо або взагалі не виробляє інсуліну, він не може переробити їжу в глюкозу, якої потребують клітини як енергетичного елемента. Саме тому ви постійно відчуваєте голод навіть після їжі. Нас правді, прийоми їжі лише підвищують рівень цукру в крові. Якщо відчуття голоду лише посилюються після їжі-відвідайте лікаря, навіть якщо у вас немає інших ознак цукрового діабету.

3) Втома. Постійна втома інший вірний показник підвищеного рівня цукру. При діабеті ви постійно втомлені, вам хочеться спати, так само як і їсти, клітинам не вистачає глюкози для роботи. Зневоднення організму через часті сечовипускання також спричиняє відчуття спустошеності. Втомлюваність може

свідчити і про інші проблеми, але разом з іншими симптомами про яких я уже розповіла, може бути ознакою діабету.

4) Нечіткий зір. Якщо неясність зору не є ознакою іншого офтальмологічного захворювання, вона може бути раннім передвісником діабету. Це стається тому що радужна оболонка очей підпухає та змінює форму при переміщенні рідини в організмі. Це впливає на можливість сконцентруватися на предметі і він стає розмитим і не чітким. Такі зміни лікуються, Але якщо не лікувати то такий стан може прогресувати та призведе до сліпоти.

5) Різка втрата ваги. Невпорядкована втрата ваги ,яка відбувається внаслідок невідомих причин, коли людина не худнула навмисне, не сиділа на дієті. При діабеті коли організм не може використовувати глюкозу, як джерело енергії, він починає спалювати жири та м'язову тканину замість цього-так ви втрачаєте вагу. Зневоднення тіла може призвести до різкого схуднення, адже організм використовує усі наявні йому рідини, щоб утворити сечу. Невпорядкована втрата ваги це загальна ознака людей хворих на цукровий діабет 1 типу,але може зустрічатися і у хворих на 2 тип.

6) Шкіра ,що свербить. Коли надмірна кількість цукру потрапляє до сечі, організм мобілізує усі наявні в собі рідини, і із шкіри також. Суха шкіра свербить, її сухі частинки можуть спричиняти зараження та запалення. Дріжджові інфекції теж призводять до свербіння, вони дуже часто бувають у хворих на діабет.

7) Повільне загоєння. Порізи та рани, що повільно затягуються теж можуть бути ознакою цукрового діабету. Високий рівень цукру не лише підвищує запалення поранень та ран, але і веде до поганої циркуляції – кров погано потрапляє до уражених та пошкоджених ділянок шкіри. Особливо стосується ніг.

8) Темні плями на шкірі. Чорний акантоз – це такий феномен пігментації шкіри ,коли вона вкривається чорними плямами із відчутною на дотик

жорсткуватою поверхнею. Виникає на шиї в пахах, ліктювих згинах, фалангах пальців.

9) Поколювання в руках або в ногах. Це ще один загальний компаньйон діабету. Високий рівень цукру спричиняє погану циркуляцію крові ,а це веде до руйнування нервових закінчень. Руки та ноги найвіддаленіші від серця частини тіла, тому відчувають це першими.

**Профілактика:** Перше: це дієта. У людини з підвищеною масою тіла раціон має включати страви із овочів і фруктів з низьким вмістом глюкози. Виключити м'ясо жирних сортів, шкіру і жир м'яса птахів, смажені страви. Вживати рибу, нежирні сорти м'яса у вареному або тушкованому вигляді. обмежувати споживання білого хліба, макаронних виробів, круп, картоплі, солодошів , копченосте та гострих, пряних страв.

Друге: помірні фізичні навантаження. людині середнього та старшого віку достатньо щоденної пішої прогулянки або плавання в своє задоволення.

Третє: відмова від шкودливих звичок.

Четверте: Нормалізація психоемоційного стану. Рекомендовано регулярно відпочивати, не хвилюватися та свідомо контролювати свої емоції.

**Висновки.** Цукровий діабет - хронічне захворювання , яке має погані наслідки, якщо його не лікувати. Чим швидше його діагностують, тим швидше його можливо буде призупинити, чим продовжити своє життя. Якщо ви виявили один із цих симптомів, а особливо кілька з них-запишіться на прийом до свого лікаря.

### *Секційне засідання 3*

## **Психічне здоров'я та роль психологів у збереженні здоров'я населення**

*Базика Є.Л., завідувач кафедри психології  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
доктор філософії в галузі психологічних наук, доцент  
м. Миколаїв*

### **ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ**

Здоров'я визначається однією з базових цінностей XXI століття. Це один з головних компонентів людського капіталу і, в сукупності з рядом інших факторів, визначає не лише можливості окремого індивіда, але й потенціал країни, становить основу її економічного та духовного розвитку. Протягом останніх десятиріч в Україні фіксується значне погіршення стану здоров'я (у тому числі і психічного) населення, що відображається у зростанні рівня захворюваності, смертності та скороченні тривалості життя. Негативні тенденції щодо погіршення стану здоров'я фіксуються як серед молоді, так і в зрілому віці. У сучасному українському суспільстві людина працює не на попередження та профілактику різного роду захворювань, а, скоріш за все, на їх лікування. Різнобічна й перманентна дія несприятливих соціальних, психологічних, економічних та інших чинників зумовлює виникнення в людини високої нервово-психічної напруги.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає **психічне здоров'я** як стан благополуччя, за якого людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок в життя своєї спільноти [1]. У більш широкому розумінні психічне здоров'я особистості розглядається як стан інтелектуально-емоційної сфери, основу якого становить відчуття душевного

комфорту, котрий забезпечує адекватну поведінкову реакцію індивіда, тобто як динамічний процес психічної діяльності, якому властива детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності і ставленням індивіда до неї, адекватність реакцій на навколишні, соціальні, біологічні, психічні і фізичні умови, завдяки здатності людини контролювати свою поведінку, планувати і здійснювати свій шлях у мікро- та макросередовищі [2, с. 25]. Антиподом такого стану будуть психічні відхилення і психічні захворювання. Тут варто зазначити, що психічне здоров'я людини - не гарантія його душевного здоров'я. І навпаки, маючи душевне здоров'я, можна бути з деякими психічними відхиленнями.

Відмінність психологічного здоров'я від психічного полягає в тому, що психічне здоров'я має відношення до окремих психічних процесів і механізмів, а психологічне - відноситься до особистості в цілому і дозволяє виділити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичного аспекту. Психологічне здоров'я передбачає душевний і особистісний здоров'я.

Психологічно здорова людина пізнає себе і навколишній світ як розумом, так і почуттями, інтуїцією. Він приймає самого себе і визнає важливість і унікальність оточуючих його людей. Він розвивається і бере участь в розвитку інших людей. Така людина бере відповідальність за своє життя перш за все на себе і вчить уроки з несприятливих ситуацій. Його життя наповнене сенсом. Це людина, що знаходиться в гармонії з самим собою і навколишнім світом. Тобто психологічне здоров'я людини - це комплекс емоційних, інтелектуальних, тілесних і психічних аспектів.

До критеріїв психічного здоров'я, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, належать:

– усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»;

– відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; – критичність до себе та своєї власної психічної діяльності й її результатів;

– відповідність психічних реакцій (адекватність) силі та частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;

– здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів; – здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати заплановане;

– здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин [1].

Дані численних наукових досліджень доводять, що лише впродовж двох останніх десятиліть рівень поширення психічних захворювань різного генезу в Україні збільшився майже в 30 разів [3]. Більше того, люди, котрі пізнали безробіття, зубожіння й розпад сім'ї, вікову кризу (особливо підліткову та передпенсійного і пенсійного віку) піддаються значно вищому ризику розвитку таких психічних розладів, як депресія, алкоголізм і потяг до самогубства.

Суїцидів більше там, де високий рівень соціально-економічного неблагополуччя та соціального розшарування [4, с.27]. Психічне здоров'я пов'язане з переважанням позитивних за своєю суттю рис характеру особистості, її моральністю, наявністю в неї стійкої ціннісної сфери тощо. На загальне здоров'я та психічне зокрема впливає низка **науково обґрунтованих чинників**: спосіб життя (50%), навколишнє середовище (20%), генетичні особливості (20%) та медичні показники (10%) [5, с.15-16]. З огляду на те слід детально зупинитись на кожному з них. Так, рівень здоров'я людини визначається умовами життєдіяльності: навчанням, працею та побутом, добробутом та гігієнічною культурою, а найбільше – способом життя людини. Здоровий спосіб життя – це не тільки матеріальна, практична, але й духовна діяльність людини. Від взаємодії цих сторін способу життя залежить стан здоров'я людини, зокрема й психічного. Варто вказати, що ХХ ст. відзначилось як століття науково-технічного прогресу, що різко змінило спосіб життя



людини, його побутові умови. Проте поліпшення якості життя, полегшення праці та побуту людей, пов'язані з його досягненнями, не зробили здоров'я покоління наших сучасників краще. Багато наслідків науково-технічного прогресу є факторами ризику, а часом і причиною розвитку багатьох хвороб. Нераціональне харчування, шкідливі звички, тривалі негативні стресові ситуації, невміння підтримувати адекватні відносини з оточуючими, конфлікти, недостатній відпочинок, малорухливий спосіб життя, зовнішні подразники негативно впливають на людину, зокрема на її психіку. Збереження психічного здоров'я несумісне з вживанням будь-яких психоактивних речовин, які лише підвищують рівень стресу, а відтак сприяють розвитку важких нервових і психічних розладів.

Наступним чинником, який впливає на стан психічного здоров'я людини є навколишнє середовище. Власне, ще з початку зародження людства і дотепер людина піддавалася впливу таких його чинників, як землетруси, урагани, пожежі, потопи, сонячні затемнення, епідемії, техногенні катастрофи, атомна зброя, війни тощо. Проте на сьогодні їх вплив значно посилюється та урізноманітнюється. Серед найпоширеніших чинників середовища життєдіяльності людини, які негативно впливають на життя і здоров'я, є забруднення атмосферного повітря, що викликає онкологічні та хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів, алергії; забруднення питної води, що веде до виникнення епідемій та хімічних отруєнь; забруднення поверхневих водойм, ґрунту та харчових продуктів, що призводить до алергії, масових отруєнь; вплив неіонізуючого випромінювання (комп'ютерна техніка, мобільні телефони, базові станції тощо) тощо. У науковій літературі справедливо зауважується, що пряму дію радіації на психічний стан людини виміряти досить складно, крім того, лише високі дози випромінювання можуть значно вплинути на психічний стан людини [6, с.51]. Так, у перші години ліквідації аварії на ЧАЕС у людей, що отримали дозу 50 Бер, простежувалося нервове збудження, страх, а потім – депресія. Вивчення розумового розвитку в дітей, які зазнали внутрішньоутробного опромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС, показало,

що інтелектуальний індекс нижче 70 визначається у майже 6% дітей з уражених районів та у 2% дітей із контрольних, не уражених районів [7, с.151]. Слід зазначити, що психічний розвиток людини опосередковується суспільними впливами, а відтак навчання й виховання є формою розвитку особистості. Водночас не можна заперечувати той факт, що на психічні особливості людини впливають також генетичні особливості. Йдеться, насамперед, про біологічні (анатоμο-фізіологічні) чинники розвитку організму та вищої нервової системи людини, її мозку. Врешті-решт на загальне здоров'я та психічне зокрема впливають медичні показники. Відомо, що з кожним днем під час одужання від важкої недуги відбувається покращення психічного стану хворого, поліпшується його настрій, з'являється бадьорість і оптимізм. Натомість фізично нездорова людина завжди важче переносить життєві негаразди. Безпосередній вплив на центральну нервову систему здійснюють больові відчуття та вплив різного роду лікарських засобів. Так інтенсивний біль, що накопичується в крові, шкідливі речовини або киснева недостатність, безпосередньо впливаючи на головний мозок, викликають порушення в нервово-психічній сфері. Таким чином проблема саме психічного здоров'я в сучасному суспільстві постає вкрай актуальною, оскільки важливим завданням залишається пошук ефективних методів та засобів профілактики психічних і психологічних розладів, поширення інформації про здоров'я і здоровий спосіб життя, підвищення мотивації всіх і кожного до збереження здоров'я загалом та психічного зокрема. Межі цієї проблеми сягають стану навколишнього середовища, соціально-економічного статусу, умов праці, побутових умов та способу життя особистості.

Ми вбачаємо, що все це можливо при розповсюдженні та впровадженні у «побутовий обіг», в свідомість громадян використання послуг психолога, особливо медичного психолога, який як ніхто зможе врахувати вплив на психічне здоров'я людини усіх вищеперерахованих факторів, і не тільки надати кваліфіковану допомогу, а і запобігти, прийняти превентивні заходи для оптимального психічного стану громадян.

Тому у **найближчих перспективах** наш університет ставить перед собою завдання з підготовки кваліфікованих психологів, що спеціалізуються у клінічній психології, як найактуальніших та затребуваних фахівців сьогодення, для усіх прошарків населення.

### Література:

1. Что такое психическое здоровье / Всемирная Организация Здравоохранения // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html>
2. Психолгічна енциклопедія / за заг. ред. О. М. Степанова – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.
3. Устінов О. В. Психічне здоров'я як складова національної безпеки [Електронний ресурс] / О. В. Устінов // Український медичний часопис. – І/ІІ 2013 – № 1 (93). – Режим доступу до статті : <http://www.umj.com.ua/article/52851/psixichne-zdorov-ya-yak-skladova-nacionalnoi-bezpeki>
4. Волошина В. В. Загальна психологія: практикум: навч. посібник / Л. В. Долинська, С. О. Ставицька, О. В. Темрук. – К.: Каравела, 2007. – 280 с.
5. Андрушко Я. Загальнопсихологічний дискурс: проблеми психологічного здоров'я особистості / Я. Андрушко // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві / Збірник тез ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року) / упор. Н. М. Бамбурак. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2017. – С.14-17.
6. Гушук І.В. Вплив екологічних чинників на психічне здоров'я особистості / І.В. Гушук, А.Є. Нижник, М.А. Шугай // Наукові записки національного університету «Острозька академія». Випуск 26. – 2014 р. – С.48-52.
7. Козлова І. А. Внутрішньоутробне пошкодження головного мозку (наслідок Чорнобильської катастрофи) / І. Козлова І. А. Внутрішньоутробне пошкодження головного мозку (наслідок Чорнобильської катастрофи) / І. А. Козлова, А. А. Пухівська, В. Ю. Рябухін // Матеріали ХІІ з'їзду психіатрів Росії. – М. : Знание, 1995. – С. 151–152.

*Єрмакова Анна, студентка III курсу,  
спеціальності 223 – медсестринства  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»  
м. Миколаїв*

## **ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

**Актуальність теми.** Синдром вигорання (burnout syndrome) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це явище, а не хвороба (згідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) Всесвітньої організації охорони здоров'я-World Health Organisation (WHO))

Емоційне вигорання є своєрідним механізмом психологічного захисту у відповідь на специфічний психотравмуючий вплив. Феномен «емоційного вигорання» медичних працівників небезпечний у двох площинах. З одного боку, це - фактор зниження якості медичного обслуговування і порушення інтересів пацієнта. З іншого боку, медико-соціальна проблема руйнування особистості фахівців високого класу в одній з масових професій гуманістичного ряду.

Синдром вигорання включає в себе три основні складові: емоційну виснаженість; деперсоналізацію (цинізм) ; редукцію професійних досягнень.

Симптомами емоційного вигорання є психофізичні, соціально-психологічні, поведінкові.

Серед медичних працівників на фоні синдрому емоційного вигорання часто з'являються психосоматичні порушення, відзначається підвищений рівень психіатричної захворюваності, часто зустрічаються тривожні та депресивні розлади, суїцидальні спроби, зловживання алкоголем, наркотиками тощо. Сприяють розвитку емоційного вигорання ті професійні ситуації, при яких спільні зусилля не узгоджені, немає інтеграції дій, є висока конкуренція, в той час як успішний результат залежить від злагодженої взаємодії.

Основними причинами, що призводять до формування синдрому «емоційного вигорання» є дисгармонія в міжособистісних і статусно-рольових взаєминах.

Основні ознаки СЕВ:

- втрачається енергійність, з'являється відчуття виснаження
- підвищується психологічне дистанціювання від роботи, негативні і песимістичні думки про роботу
- знижується професійна ефективність

А саме, синдром професійного вигорання розвивається поступово і проходить три стадії (К. Маслач) :

Перша – всі ознаки та симптоми проявляються в легкій формі через турботу про себе, наприклад, шляхом організації частіших перерв у роботі. Починається забування якихось робочих моментів. В залежності від характеру діяльності, сили нервово-психологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста, перша стадія може тривати 3-5 років.

Друга стадія – зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні, прогресування апатії до кінця тижня, поява стійких негативних симптомів, головні болі по вечорах, підвищена дратівливість. Симптоми проявляються регулярніше, мають затяжний характер і важко піддаються корекції. Тривалість даної стадії, в середньому, від п'яти до п'ятнадцяти років.

Третя стадія. Ознаки та симптоми третьої стадії вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні і психологічні проблеми типу виразки шлунку і депресій. Людина може почати сумніватись в цінності своєї роботи, професії та

самого життя. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Спостерігаються порушення пам'яті та уваги, порушення сну, особистісні зміни. Людина прагне до усамітнення. На цій стадії приємнішими є контакти з тваринами і природою, ніж з людьми. Заключна стадія – повне згорання, яке часто переростає в повну відразу до всього на світі. Стадія може тривати від десяти до двадцяти років.

**Значна роль приділяється зараз і емоційному інтелекту (EQ).** Поняття емоційного інтелекту стало відомим в усіх кутках планети.

**Емоційний інтелект (EI)** (англ. *Emotional intelligence*) — група ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій і емоцій оточуючих. Люди з високим рівнем емоційного інтелекту добре розуміють свої емоції і почуття інших людей, можуть ефективно керувати своєю емоційною сферою, і тому в суспільстві їхня поведінка більш адаптивна і вони легше досягають своїх цілей у взаємодії з оточуючими.

Ті, хто може керувати своїм емоційним життям з більшим самоусвідомленням і самовладанням, мають досить помітну перевагу, коли йдеться про здоров'я – нині існує багато досліджень, які це підтверджують.

Основи EQ складають:

- самосвідомість
- самоконтроль
- соціальна свідомість
- вміння налагоджувати стосунки
- емпатія
- вміння керувати деструктивними емоціями

З цього використовується поняття компетенція – термін, який запропонував психолог Гарвардського університету.

У той час як емоційний інтелект визначає потенційну здатність людини опанувати основи самовладання тощо, емоційна компетенція показує, яку частину своїх можливостей людині вдалось опанувати на такому рівні, щоб

розширити вміння, необхідні для виконання своєї роботи. Щоб досконало опанувати такі емоційні компетенції, як обслуговування клієнтів(пацієнтів) або командна робота, потрібно засвоїти основи EQ, зокрема розвинути соціальну свідомість та вміння регулювати стосунки.

Отже, емоційні компетенції – це набуті вміння.

Психолог Роберт Адер виявив, що імунна система, як і головний мозок, може вчитися. Нервова та імунна система комунікують – біологічно провідні шляхи, які пов'язують розум, емоції та тіло. Вивчення цих зв'язків займається психонейроімунологія. Це наука, яка сьогодні перебуває в медицині на першому плані.

Емоції впливають на нервову систему. Імунні клітини можуть приймати інформацію, яка надходить від нервових клітин. Один з таких провідних шляхів – катехоламіни(епінефрин та норепінефрин), кортизол і пролактин, натуральні опіати. Кожен з них має вплив на імуніцити. Поки ці гормони хвилиною накривають організм, функція імуніцитів знижується: стрес пригнічує імунітет, тимчасово. Якщо стрес діє постійно, таке придушення імунітету може стати довгостроковим. Такі сильні почуття як гнів, тривога і депресія стають важливими для медицини. Гнів – єдина емоція, яка завдає роботі серцю найбільшої шкоди. Кожен епізод надмірного роздратування- це додатковий стрес для серця, який виявляється у збільшенні частоти серцевих скорочень і підвищенні кров'яного тиску. Виявилось, що гнів більш ніж у двічі збільшує небезпеку зупинки серця в тих, хто вже потерпає від серцевих хвороб, причому небезпека зберігається протягом приблизно 2-х годин після того, як спалахнув гнів.

Які поради можна надати?

- Планомірний розподіл праці і відпочинку
- Релаксація
- На раб.місці:5-10 хв. перерви для розслаблення, розминка або кава-брейк
- Прослуховування класичної музики (негучно)
- Техніка дихальної релаксації 1хв.(швидкий ефект)



- Використання емоційного інтелекту(керування почуттями, думками, поведінкою)
- Техніки та прийоми психологічної саморегуляції
- Позбутись душевних тривог (розмова про те, що турбує)
- Впровадження емоційного інтелекту у сферу медичного обслуговування
- Попередження СЕВ містить багато напрямів роботи, враховуючи особистісні особливості медпрацівників, тривалість роботи з пацієнтами, певні нюанси роботи і стадію синдрому, на якій знаходиться медичний працівник.
- Одним з напрямків запобігання СЕВ і виходу із стану емоційного вигорання є психологічна саморегуляція. Саморегуляція є системно організованим процесом ініціації, побудови, підтримки та управління всіма видами і формами зовнішньої та внутрішньої активності людини, рівноваги в системі організму. Психологічна саморегуляція містить такі етапи: мету, модель, програма виконавчих дій, система суб'єктивних критеріїв успішності, контроль та оцінка результатів, рішення про корекцію.
- Для попередження СЕВ необхідно структурувати робочий час і навести лад в особистому житті, тобто важливо планувати роботу і розібратись із власними психологічними проблемами (самооцінкою, мотивацією тощо). Основою працездатності та збереження власного здоров'я під час професійної активності є планомірний розподіл праці та відпочинку.
- Основним компонентом відпочинку у напруженій трудовій діяльності медпрацівників виступає розслаблення або релаксація – глибоке м'язове розслаблення, що супроводжується зняттям психологічного напруження. В нормальних умовах як тривалий, так і короткочасний відпочинок супроводжується релаксацією, що власне і визначає його якість. На рівні свідомої активності релаксації сприяє повне мисленнєве відволікання від роботи. На фізіологічному рівні процеси, що відповідають за релаксацію, не є підконтрольними волі та бажанням людини, але це не означає, що



людина не може керувати цими процесами.

- Доведено, що при прослуховуванні класичної музики покращується робота мозку, особливо якщо вона звучить негучно. В неробочий час різноманітні водні процедури також можна широко використовувати для сприяння загальній релаксації. Техніка дихальної релаксації є засобом, призначеним для екстреного та експрес-застосування, тому дає швидкий ефект.
- Особисте душевне благополуччя медпрацівника значною мірою залежить від того, як він керує своїми почуттями, думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не змінює навколишній світ людини, але змінює та організовує саму людину в потрібному їй напрямку. Адже відомо, що вплив будь-якої події на людину залежить не стільки від характеру самої події, скільки від глибини її переживання. Сильний інтелект, толерантність, духовна витривалість у досконалому володінні своїми емоціями, настроями та вчинками – всі ці якості не допускають схильності до синдрому вигорання.
- Сучасними психологами розроблено чимало технік, прийомів та програм психологічної саморегуляції, більш детальне та обширно описання яких неможливе у межах однієї роботи. До них належать техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи (арт-терапія, музикотерапія тощо) та безліч іншого. Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.
- Вчені виокремлюють дві форми таких програм для профілактики та подолання синдрому вигорання: індивідуальні, що реалізуються на рівні однієї особистості, включаючи психологічні методики, та групові, що використовуються на рівні колективу.
- До числа популярних психологічних підходів, які рекомендують використовувати дослідники синдрому професійного вигорання,

належать такі: система принципів «вісім сходинок», аутотренінги, техніка боротьби з негативними думками, вправи на регуляцію емоційного стану, способи зняття стресу. На рівні групи кращий результат дають обговорення з колегами емоційно-складних дзвінків, індивідуальні консультації з постійним супервізором, робота у парі з психологічно-сумісним колегою, підтримка та участь у спільній справі. Отже, важливо системно проводити профілактичні заходи щодо синдрому емоційного вигорання у працівників.

*Качан О.А. студентка II курсу,  
спеціальності 053 – психологія  
ЧВУЗ «Медико – Природоведческий Университет  
г. Николаев*

## **РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В СОХРАНЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность темы.** Кинезиология – наука-искусство. Прикладная кинезиология – раздел неврологии. Дает возможность реализовать холистический подход в сохранении и восстановлении здоровья. Диагностические методы помогают найти основную причину проблемы со здоровьем и причину жалобы, подобрать оптимальные методы коррекции.

Кинезиология развивается уже более ста лет: с тех пор, как профессор И. П. Павлов открыл пищеварительные рефлексy у собак и были выявлены рефлекторные взаимосвязи между мышцами и внутренними органами — висцеромоторные рефлексy.

Его ученик, проф. М. Р. Могендович разработал уникальные методики восстановления функции внутренних органов через активацию мышц, рефлекторно с ними связанных.

Далее кинезиология развивалась в США. Джорж Гудхарт (1918 - 2008 г.) обнаружил, что реакция мышц изменяется при случайном расположении руки над какими-либо участками тела пациента. Этот феномен получил название терапевтическая локализация. Далее он заметил, что при смещении тканей в определенном направлении тонус мышцы тоже менялся. Это получило название провокация – поразительная способность мышц изменять рефлекторную реакцию (тонус) на различные воздействия.

Теперь кинезиология входит в состав утвержденной медицинской специальности «мануальная терапия». С 1995 года имеет официальный статус (который подтвержден методическими рекомендациями от Министерства здравоохранения). Преподается в медицинских ВУЗах некоторых стран.

В чем особенность кинезиологии? В неврологии оценивается миотатический рефлекс в расслабленном состоянии мышцы (рефлекс покоя). Таким образом оценивается иннервация и определяется уровень поражения.

В прикладной кинезиологии миотатический рефлекс оценивается в состоянии изометрического напряжения мышцы (рефлекс напряжения). То есть прикладная кинезиология смотрит на реакцию мышцы, которая подконтрольна еще и сознанию.

Если прикасаемся к горячему предмету, благодаря рефлекторной дуге, руку отдергиваем. Поскольку кора головного мозга контролирует это движение, мы можем терпеть. Это дает колоссальные возможности для диагностики. Провоцируя нагрузки различных систем, органов, получаем изменение тонуса мышцы.

Есть мышечная сила, а есть мышечный тонус. Сила – количество нанометров, которые мышца может осилить. Зависит от толщины мышечного брюшка и площади крепления мышцы. Это параметры анатомические. А тонус – это параметр неврологический. Тонус показывает насколько хорошо мозг видит мышцу. Скорость реакции – не зависит от силы мышцы.

Для определения тонуса мышцы используется мануально мышечное тестирование. Методы мануального мышечного тестирования разработаны (а точнее доработаны) Кендалл (Kendall F.P.).

При реализации холистического подхода в кинезиологии используются различные виды тестирования:

- Мануально мышечное тестирование.
- В том числе миофасциальные цепи.
- Паттерн шага.
- Толкание (организм падает в тех зонах и в те стороны, где есть проблема).
- Тестирование по боли.
- Изменения осанки, асимметрии лица и тела.
- Снимок стоп с помощью плантоскопа.
- С помощью перцепции
- Тестирования по дыханию.

Функциональное нарушение органа легко выявляется и корректируется методами прикладной кинезиологии (а в клинической медицине очень сложно диагностируется).

- Так же голографические нарушения. Голографический принцип является основной функцией мозга. Мозг работает по принципу голограммы – 3D.

- Диагностика необычных состояний: когда патогена еще нет, но может вот-вот появиться (организм не справится с ним); патоген есть, но он нужен организму, патоген в ДНК или пост вирус; патоген замаскировался под хозяина и так далее.

- Позволяет определить предраковые состояния и прочие.
- Нужен ли переезд, смена работы (если именно это разрушает здоровье).
- Определить в чем причина жалобы пациента – что и как нужно лечить.

Организм - целостная самовосстанавливающаяся умная система. В каждой системе организма (с проблемой/ дисфункцией) есть «контрфорс» – это подпорка в виде какой-либо структуры/органа/ железы или эмоции. Контрфорс

лечить, корректировать нельзя никаким образом – пока не устранены причины дисфункции данной системы организма.

Известные взаимосвязи: Орган –Мышца – Позвонок – Зуб - Эмоция – Мимика - Кора мозга... То есть мышца может быть ингибированной из-за органа, зуба... и/или эмоции, связанной с ней (о чем я писала в одной из своих научных статей).

Какой смысл, например, при мышечной блокаде диска, вправлять позвонок, расслаблять укороченные мышцы, если причина в ингибированной мышце, а не в укороченной! Нужно найти и устранить причины, по которым мышца перестала удерживать позвонок. В виду того, что все системы связаны между собой, найти в какой именно системе проблема поможет определить прикладной кинезиолог.

**Вывод.** Прикладная кинезиология обладает методами быстрой и довольно эффективной диагностики для всех систем организма. Позволяет обнаружить где основная проблема и каким методом лучше лечить. Это позволяет не тратить время, силы и деньги на заранее неэффективные методы и лекарства для конкретного пациента и его проблемы.

*Колісніченко А.О., студентка I курсу,  
спеціальності 053 – психологія  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет  
м. Миколаїв*

## **СПЕЦИФІКА СТАНУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ВИКЛАДАЧІВ ЗРІЛОГО ВІКУ**

**Актуальність.** Становлення наук про людину і розвиток практики професійної дії на її свідомість зробило актуальним і питання про зрілість. У ньому потенційно міститься необхідність розуміння (і дослідження) відношення людини до життя в цілому, у всіх його проявах.

Сучасні психологи описують ці переживання дорослої людини як кризу ідентичності, що виявляється у відчутті «відставання від життя», у втраті інтересу до життя, в переживаннях втоми і життєвої нудьги, у відсутності відчуття повноти життя. Особливо ці відчуття загострюються коли, відбуваються стрімкі соціально-політичні зміни в суспільстві.

Небувалий розмах соціальних змін в країні, стрімка економічна, політична, соціальна і ідеологічна переорієнтація України привели не тільки до матеріальної і соціальної, але і до духовної кризи в суспільстві, яка відображається на психологічному здоров'ї людей. До того ж жінки важче адаптуються до нових політичних, соціальних, духовних умов, що склалися в суспільстві, при цьому видозмінюючи не тільки загальну спрямованість своєї соціальної поведінки, але і конкретні вчинки в конкретних сферах діяльності. Девальвація вищих цінностей, втрата сенсу життя, швидко розширюють групу ризику, обумовлюючи розвиток психічних розладів, порушення адаптації, дифузність ідентичності. Особливо це властиво зрілому віку, коли у людини вже склалися свої стереотипи мислення, ціннісні установки. [3, с.6-7].

Зрілість — найтриваліший і самий значущий період у житті людини, (за різними джерелами до періоду зрілості відносять вік від 23-25 до 55-60 років; 40-65 років та ін.) [2; 9], коли вона повинна розкрити свій потенціал, реалізувати себе у всіх сферах, виконати своє призначення. У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження і ухвалення собі (тобто об'єктивізація особистості). У зв'язку з цим залишається відкритим питання, як же відбувається трансформація жіночої ідентичності у зрілому віці?

В даний час, так само як і раніше, викладацький склад в школах формується, в основному, представницями жіночої статі. Разом з цим, в процесі професійної діяльності педагогів, питання про особливості динаміки перетворення їх ідентичності практично не зачіпається. Таким чином, **проблематика нашої роботи** стосується перш за все того, як

відбувається трансформація жіночої ідентичності в зрілому віці, що найбільше заважає формуванню позитивної жіночої самоідентичності.

З різних джерел [6; 7; 8] відомо, що викладацька діяльність це одна із стресових професій на якій більш працюючих – жінки (82 відсотка від загальної кількості). На нашу думку, особливо це позначається на віковій групі жінок 45-55 років, які переживають найвідповідальніший етап в своєму житті - підбиття підсумків, переосмислення життєвих цілей, цінностей, тобто перетворення самоідентичності.

Проблема самоідентичності розв'язувалася в західній психології А. Адлером, У. Джеймсом, Д. Парфітом, З. Фрейдом, А. Фрейд, Ю. Хабермасом, М. Хайдеггером, К. Хорні, К. Юнгом, Е. Еріксоном, у вітчизняній – В.В. Абраменковою, М. М. Бахтіним, І. С. Коном, В. С. Мухіною, Л. М. Поповою, В. А. Ядовим, професійною самоідентичністю, із сучасних дослідників, займалася Л.М.Мітіна, Л.Б.Шнейдер. Кризи дорослих мають ряд відмінних особливостей, які розглядали - Р.Асаджіолі, Б.С. Братусь, С.Грофф, Е.Еріксон, Б.В.Зейгарник, Е.Йоманс, В.В.Козлов, Д.Левінсон, А. Маслоу, Е.Т.Соколова, В.Шутс, К.Юнг.

Ми виходимо з положення Е.Еріксона про те, що кожна стадія розвитку визначається тією кризовою ситуацією, яка повинна бути вирішена з метою подальшого безперешкодного процесу розвитку особистості та за для благополуччя розв'язання кризи ідентичності що допоможе, на наш погляд, зрілої особі конструктивніше підійти до наступного етапу в своєму житті – старості. **Постановка проблеми** перетворення жіночої ідентичності в зрілому віці, психологічне розуміння генезису і умов становлення позитивної жіночої ідентичності має теоретичне і практичне значення в плані досягнення цілісної самоідентичності, особового зростання, самопізнання і духовності.

Але для безперешкодного досягнення всього вищевикладеного, перш за все, необхідно бути психологічно здоровою, соціально адаптованою людиною. Відомо, що без соматичного, психологічного здоров'я неможливе повноцінне прийняття себе та як наслідок - гармонійна самоідентифікація. Тому **мета цієї статті** дослідити, на основі аналізу наукової літератури,

стан психологічного здоров'я жінок-викладачів який не може не впливати на рівень самоприйняття, зрілості, соціальної адаптації, реалізації своєї жіночої суті – тобто на повноцінну самоідентичність.

Професія педагога є широко поширеною. Це професія сфери «людина — людина», що відрізняється високими відповідальністю і напруженістю. У порівнянні з іншими професійними групами серед педагогів найбільш високий ризик виникнення невротичних розладів, а також соматичних захворювань. Поширеним є синдром професійного згорання, емоційна нестійкість, дисгармонічність особи. Соціальними дезадаптуючими чинниками є низька соціальна захищеність і престиж професії, необхідність професійної міжособової взаємодії в конфліктних ситуаціях, інформаційні перевантаження, багатофункціональність соціально відповідальної діяльності [8, с.208-222].

Як професійна група учительство відрізняється украй низькими показниками фізичного і психічного здоров'я. І ці показники знижуються у міру збільшення стажу роботи. Для тих, хто пропрацював в школі 15—20 років характерні «педагогічні кризи», «виснаження», «згорання», а у третини вчителів показник ступеня соціальної адаптації нижче, ніж у хворих невротиками [6].

У сучасній освітній системі переважну більшість педагогів складають жінки, у зв'язку з цим важливі наступні аспекти проблематики жіночого здоров'я у зрілому віці.

**Перший аспект розглядає здоров'я як специфічна жіночу проблему.**

І жінки і чоловіки, ми живемо в одному і тому ж світі і дія несприятливих чинників на психічне і соматичне здоров'я жінок така ж, як і на чоловіків. Проте ендокринні функції у жінок відрізняються біохімічними і психологічними характеристиками. Відповідну інформацію накопичили медичні дослідження. Зокрема, від 70 до 90% жінок зрілого віку відчувають в тому або іншому ступені певні симптоми розладу, кваліфікованого в психіатрії як клімактеричний синдром. Виявляється він в суб'єктивних змінах в настрої і загальному відчутті фізичного і психологічного благополуччя, пов'язаних з гормональною перебудовою [4;5]. У жінок старше 45 років часто



спостерігаються важчі клінічні прояви, що характеризуються емоційними і поведінковими порушеннями, які впливають на соціальну і професійну діяльність і також обумовлені ендокринною організацією. Щонайменше п'ять з наступних симптомів спостерігаються під час цього «дисфорічного розладу»:

1. Виражена афективна лабільність, наприклад, відчуття раптової печалі, плаксивості, дратівливості або гніву;
2. Наполегливий, сильний гнів або дратівливість;
3. Сильна тривога, напруга, відчуття «взвинченности» або знаходження «на грані»;
4. Значне зниження настрою, відчуття безнадійності або самозвинувачення;
5. Зниження інтересу до звичайної діяльності, наприклад, до роботи, друзям, улюбленим заняттям;
6. Легко виникаюча стомлюваність або значне зниження енергії;
7. Суб'єктивне відчуття труднощі в зосередженні уваги;
8. Виражені зміни апетиту, переїдання або спрага;
9. Гиперсомнія або безсоння;
10. Інші фізичні симптоми, наприклад, головні болі, запаморочення, болі в суглобах і м'язах, приливи, гіпергідроз і ін.

Безумовно, що дані розлади значно заважають роботі або звичайній соціальній діяльності і взаєминам з іншими людьми. Подібні симптоми часто зустрічаються в період природної перебудови жіночого організму — в період менопаузи. Майже універсальним, незалежним від соціальних і культурних умов є і той факт, що депресія спостерігається у жінок в два рази частіше, ніж у чоловіків. Серед причин можуть бути різні стреси, стан безпорадності і гормональні впливи.

Специфіка жіночого здоров'я розглядається і у психологічній літературі. Поняття «стрес» придбало не стільки наукове значення, скільки стало справді глобальним зловісним явищем, що лякає все людство. Сьогодні стрес випробовує не тільки все людське співтовариство, але і оточуюча нас природа. Проте жінки випробовують і деякі специфічні стреси:

- стреси, пов'язані з жіночою фізіологією відмінної від чоловічої, а саме: небезпеками передменструальної напруги, вагітністю, родами, менопаузою;
- пов'язані з соціальними змінами в житті — заміжжям, материнством, розлученнями, відходом з сім'ї дітей, що виростили;
  - психічні стреси, які переживаються незамужніми жінками, що відчувають себе самотніми; домогосподарками, яким необхідно відірватися від рутинної домашньої роботи; діловими жінками, на яких тисне необхідність більше приділяти уваги будинку;
  - стреси криз в житті, які, як правило, є чисто жіночими (догляд за хворими і немолодими батьками і т.п.).

Крім того існують форми чоловічої поведінки або чоловічих реакцій (агресивність в сексі, поблажливе відношення до жіночих думок і досягнень, невірність, байдужість до службових проблем, кар'єри), сприяючі жіночим стресам і жіночі реакції (холодність в сексі, скачки в настрої, постійний неспокій про свій зовнішній вигляд – що характерно для жінок зрілого віку у зв'язку з інволюційними процесами), що викликають або підсилюють стресовий стан. У наш час до цього ще приєднуються і нові стреси — стреси ділових жінок. Ділова жінка випробовує тиск чоловічого шовінізму, необхідності доводити оточуючим свою компетентність, своє право займати дане місце. Крім того, громадськість як і раніше вважає, що жінка повинна з повною віддачою грати свої ролі: керівника, матері, господині, дружини. Тяжкість перемикання з однієї ролі на іншу психологічно не вимірювана ні з одним чоловічим стресом.

І ще один момент: стреси можуть бути викликані зміненням понять для жінки — залишатися жіночною, але не стати пасивною, безпорадною, бути наполегливою, але не агресивною, працюючою з віддачою, захопленою, але не нехтувати будинком... І тут ми підійшли до наступного аспекту психічного здоров'я - аспекту проблематики **психічного здоров'я — психічне здоров'я працюючої жінки**, у тому числі і жінки-педагога. Дослідження Л.М. Мітіної свідчать про тривожно низький показник ступеня соціальної адаптації

педагогів в порівнянні з представниками інших професій. Це означає, що педагоги недостатньо адаптовані до свого соціального оточення, у них частіше виникають конфлікти. Дослідження життєвого шляху педагогів показують, що практикуючі вчителі менше спрямовані в майбутнє і відчують себе психологічно старше в порівнянні з ІТР, а також відрізняються меншою увагою до себе як персонам. Кількість подій своєї життєдіяльності, що відображають продуктивність, знижується пропорційно збільшенню стажу роботи педагога. Найменше - як загальна кількість подій, так і кількість радісних подій і майбутніх - назвали педагоги із стажем 20 років і більше. Педагоги-майстри в своїх відповідях надмірно "узагальнювали" свій життєвий шлях, як минулий, так і майбутній, продемонстрували більший неспокій за своє майбутнє і вплив психотравмуючих подій минулого [8].

Огляд наукової літератури дозволяє зробити **наступні висновки:**

- Жінки які досягли зрілого віку та зайняти викладацькою діяльністю потребують більшої уваги – психологічної підтримки, інформування про психофізіологічні особливості цього вікового періоду, психопрофілактики стресових станів. Тому як саме професійна група - учительство відрізняється вкрай низькими показниками фізичного і психічного здоров'я ( які знижуються у міру збільшення стажу роботи). Все це може негативно вплинути на становлення позитивної жіночої ідентичності на яку ще додаються кризи: зовнішні – соціальні, та внутрішні – клімактерій, криза пізнього віку.

- Якщо психічне здоров'я це – стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, то виходячи з вищевикладених аспектів проблематики жіночого психологічного здоров'я викладачів, які впливають на подальше перетворення їх ідентичності в зрілому віці - вона залишається все ще не вивченою, не розроблені засоби психопрофілактики, психокорекції для жінок, що зіткнулися з цією проблемою.

- У сучасну епоху швидких соціальних змін, що примушують особу постійно перебудовувати свої життєві відносини, що склалися, і перетворювати себе, проблема позитивного перетворення ідентичності людини встає якісно

новим чином. Особливо актуальним стає питання про необхідність створення умов для самоактуалізації, розвитку творчого потенціалу, мотивації до особового зростання психологів, педагогів, вихователів, соціальних працівників, в сферу професійної діяльності яких входить виховання, навчання і надання допомоги іншим людям. Для людей цих спеціальностей високий рівень особової зрілості, психічного здоров'я і позитивної самоідентичності, тобто прийняття себе, задоволеність собою - є не тільки професійно значущими характеристиками, але і основними чинниками, що визначають ефективність роботи.

### Література

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология. - М.: «Академия», 1999. - 672 с.
2. Карсаевская Т.В. Этапы жизненного цикла человека; зрелость и старость // Психология зрелости и старения. - М.: 1997. Осень.
3. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью: Методическое пособие. – М.: Психотерапия, 2017. – 336с.
4. Крымская М.Л. Климактерический период. – М.: Медицина, 1989. - 270 с.
5. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. – Казань, 1992. – 168 с.
6. Профессиональное здоровье учителя – стратегическая проблема современной школы // Материалы Московской городской научно-практической конференции / Под ред. А.М. Митиной, А.К. Осницкого. – М.: 1999.
7. Статистичний щорічник України за 2017 рік за ред., О.Г. Осауленко – К.: «Консультант». 2018 – с. 367-390.
8. Чекалина А.А. Гендерная психология. - М.: «Ось-89», 2016. – 256с.
9. Хухлаева О.В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: учеб. пособие. – М.: «Академия». 2016. – с. 98-139.

*Погребська О.М., студентка I курсу,*

## **ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ВИЗНАЧЕННЯ, ВЛАСТИВОСТІ, ВІДМІННОСТІ**

**Психічне здоров'я** — це рівень [психологічного благополуччя](#), який визначається не тільки відсутністю [психічних захворювань](#), а й рядом соціально-економічних, біологічних і тих, що відносяться до навколишнього середовища факторів. Розглядається як широке міждисциплінарне поняття, характеризується центральною властивістю індивіда до усвідомлення себе як суб'єкта, взаємодіючого з навколишнім світом. У [психології](#) розуміння психічного здоров'я тісно пов'язано із загальним уявленням про особистість і механізми її розвитку. Різні моделі звернені або до підструктур особистості, або до рівнів, що регулюють активність суб'єкта, сферам його [буття](#). За даними [Всесвітньої організації охорони здоров'я](#) (ВООЗ), психічне здоров'я включає «суб'єктивне благополуччя, — стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, сприйняту самореалізацію, автономію, компетенцію, залежність між поколіннями та самореалізацію інтелектуального та емоційного потенціалу та ін.» Крім того, ВООЗ стверджує, що благополуччя особистості охоплюється реалізацією її здібностей, подоланням нормальних життєвих напружень, можливостями протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок в свою громаду.

Психічне та фізичне [здоров'я](#) — це два життєво важливих напрямки життя, які тісно переплітаються та глибоко взаємозалежні. Психічне здоров'я знехтуване занадто довго має вирішальне значення для загального благополуччя людей, суспільства та країни. Психічне здоров'я має найважливіше значення для нашої колективної та індивідуальної здатності як розумних істот мислити, проявляти емоції, спілкуватися один з одним, заробляти собі на прожиток і отримувати задоволення від життя.

Психічні процеси здорової людини характеризуються максимальним наближенням суб'єктивних образів до відображення об'єктів дійсності, адекватним самосприйманням, розвиненими здібностями концентрувати [увагу](#), утримувати в пам'яті інформацію, здатністю до логічної обробки інформації, критичністю мислення, [креативністю](#).

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад, збудженість, емоційність, чутливість; властивості, пов'язані з особливостями мислення, характеру, здібностей Психічне життя індивіда складається з [потреб](#), [інтересів](#), [мотивів](#), [стимулів](#), установок, [цілей](#), образів уяви, [почуттів](#) тощо. Усі складові й чинники психічного здоров'я зумовлюють особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації, вірогідність [стресів](#), афектів.

Рівень психічного здоров'я людини в кожен даний момент часу визначається численними соціальними, психологічними і біологічними факторами.

Погане психічне здоров'я пов'язане також з швидкими соціальними змінами, стресовими умовами на роботі, гендерною дискримінацією, соціальним відчуженням, нездоровим способом життя, фізичною хворобою, а також з порушеннями прав людини.

Існують також особливі психологічні та особистісні чинники, через які люди стають уразливими перед проблемами з психічним здоров'ям. Біологічні ризики включають генетичні чинники.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає 7 компонентів психічного здоров'я:

- ❖ усвідомлення постійності та ідентичності свого фізичного і психічного Я;
- ❖ постійність і однаковість переживань в однотипних ситуаціях;
- ❖ критичне ставлення до себе і своєї діяльності;
- ❖ адекватність психічних реакцій впливу середовища;

❖ здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм;

❖ планування власної життєдіяльності і реалізація її;

❖ здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих обставин.

Термін «психічні розлади», (також називається «психічні захворювання») застаріле *Душевні хвороби*) — це діагностовані за допомогою фахівця в галузі психічного здоров'я більш стійкі, стабільні психопатологічні стани, в основі яких лежать складні патологічні функціонально-структурні (нейрообмінні, нейромедіаторні, дистрофічні, деструктивні) процеси як в центральної нервовій системі так і в усьому організмі, характеризуються порушенням психічної діяльності людини і призводять до страждань або порушення здатності функціонувати в житті, і являють інтерес для клінічної психіатрії, в тому числі її відділів, таких як діагностика, лікування, профілактика, дослідження етіології і патогенезу.

Також, психічне здоров'я — це «психологічний стан когось, хто працює на задовільному рівні емоційної та поведінкової адаптації».

До найзвичайніших критеріїв психічного здоров'я відносять:

— відсутність або наявність виражених форм психічних захворювань та пограничних нервово-психічних розладів;

— гармонійність психічного розвитку та його відповідність віку;

— рівень розвитку показників стану провідних соціально- професійно- значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, які зумовлюють ефективне виконання різноманітних навчальних, професійних або побутових завдань у повсякденній діяльності.

Зміцнення психічного здоров'я включає дії, які зміцнюють психологічне здоров'я. Вони можуть включати створення навколишнього середовища, підтримуючого психічне здоров'я. Атмосфера, в якій забезпечені повага і захист основних громадянських, політичних, соціально-економічних і культурних прав, є основою психічного здоров'я. При відсутності безпеки і свободи, які



забезпечуються цими правами, підтримувати високий рівень психічного здоров'я складно.

Конкретні шляхи зміцнення психічного здоров'я включають це:

- ❖ заходи в ранньому дитинстві (наприклад, створення стабільної обстановки, що відповідає потребам дітей в плані здоров'я і харчування, що забезпечує захист від небезпечних факторів і можливості для раннього навчання та спілкування з іншими на принципах чуйності, емоційної підтримки і стимулюючого впливу на розвиток);
- ❖ підтримка дітей (наприклад, програми з придбання навичок, програми з розвитку дітей і молодих людей);
- ❖ надання соціально-економічних можливостей жінкам (наприклад, поліпшення доступу до [освіти](#) і схеми мікрокредитування);
- ❖ соціальна підтримка літніх людей (наприклад, ініціатива з організації знайомств, місцеві денні центри для людей похилого віку);
- ❖ програми, націлені на вразливих людей, включаючи меншини, корінні народи, мігрантів і людей, які постраждали від конфліктів і стихійних лих (наприклад, психосоціальні заходи після стихійних лих);
- ❖ заходи щодо зміцнення психічного здоров'я в школах (наприклад, програми, що підтримують екологічні зміни в школах);
- ❖ заходи щодо зміцнення психічного здоров'я на робочих місцях (наприклад, програми з профілактики стресу);
- ❖ стратегії в області житлових умов (наприклад, поліпшення житлових умов);
- ❖ програми щодо запобігання [насильства](#) (наприклад, обмеження доступу до алкоголю і зброї);
- ❖ програми розвитку окремих спільнот (наприклад, ініціативи "Товариства, які піклуються", комплексний сільський розвиток);
- ❖ зменшення масштабів убогості і соціальний захист незаможних;



- ❖ антидискримінаційні закони і кампанії;
- ❖ зміцнення прав і можливостей осіб з психічними розладами та турботи про них.

**Висновок.** Існує ряд ефективних заходів для запобігання [самогубствам](#), запобігання і лікування психічних розладів у дітей, запобігання і лікування [деменції](#), а також лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин. В рамках Програми дій ВООЗ з ліквідації прогалин в області психічного здоров'я (mhGAP) розроблені засновані на фактичних даних керівні принципи для неспеціалістів, за допомогою яких вони зможуть виявляти і вести ряд пріоритетних розладів психічного здоров'я.

[ВООЗ](#) підтримує уряди в їх прагненнях зміцнити психічне здоров'я. ВООЗ аналізує фактичні дані по зміцненню психічного здоров'я і працює з урядами з метою поширення цієї інформації і включення ефективних стратегій в політику і плани.

*Сторчова М. О., студентка II курсу,  
спеціальності 053 – психологія  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет  
м. Миколаїв*

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ З ЇХ СОЦІАЛЬНИМ СТАТУСОМ**

**Актуальність дослідження.** Розвиток особистості у період пізньої зрілості (45 – 55 років) як і раніше залишається однією з найскладніших і недостатньо досліджених проблем психології. У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження і прийняття себе (тобто об'єктивізація особистості). Частіше за все ідентифікація зрілого віку ґрунтується на ідентифікації у області професійної діяльності, досягнень і статусу, а трудова діяльність виступає як умова і форма прояву зрілості. На жаль, саме в

цей духовно і соціально продуктивний період на жіночі плечі лягає «вантаж перешкод» - зміни на фізіологічному, соматичному рівні, екзистенціальні, гендерні конфлікти. Тому багато сучасних вчених характеризують цей період як «потрійної кризи» яка співпадає з професійною, віковою – екзистенційною та фізіологічною перебудовою.

Для розв'язання проблематики трансформацій жіночої ідентичності в зрілому віці нами спочатку здійснювалося пілотажне дослідження, серед жінок з різним соціальним статусом, **основною метою якого** було визначення соціально-демографічного статусу жінок, узгодження пакету взаємодоповнюючих методик і окреслення параметрів вибірки, яке проводилося у вигляді авторської анкети.

У пілотажному дослідженні приймали участь 200 жінок (середній вік респондентів склав 49,9 р.), з котрих 100 жінок (50%) безробітних (37 з вищою освітою, 63 - з середньою спеціальною), 30 (15%) - домогосподарок з вищою освітою, 30 викладачів Вузів та 40 жінок інших, різних, спеціальностей, взагалі 35%, з яких 55 жінок з вищою та 15 з середньою спеціальною освітою. До того ж з осіб котрі не працюють (130) – 83 жінки (63,8%) перебувають у шлюбі; з працюючих (70 жінок) в шлюбі 52 (67,5%). Всі жінки мають одного - трьох дітей.

Вже, на даному, попередньому етапі дослідження можна побачити, суттєву різницю між працюючими та безробітними жінками в структурі жіночої еґо-ідентичності, задоволеності особою собою, життям. Так позитивні відповіді на анкетні питання які відображають такі аспекти ідентичності, як особовий, сімейний, тілесний, професійний, гендерний далі, відповідно, - 88,6% жінок (особовий рівень еґо-ідентичності), 81,4% - сімейний аспект еґо-ідентичності, 77,1% - тілесний, 81,4% - професійний, 62,9% працюючих жінок по гендерному аспекту еґо-ідентичності та, навпаки, - тільки 13,1%, 37,7%, 13,1%, 19%, 11,5% (відповідно по аспектах еґо-ідентичності) безробітних жінок та домогосподарок. В цілому по вибірці працюючих жінок ( $n = 70$ ) гармонійну

позитивну ідентичність мають 78,3% опитантів, з непрацюючих (n = 130) - 18,9%.

З наведених даних можна зробити **висновок**, що відсутність затребуваності у професії, сім'ї в цьому віці, привносить істотну дисгармонію в структуру жіночої ідентичності стосовно всіх її аспектів, що значно знижує суб'єктивну задоволеність якістю життям, психологічне здоров'я, самореалізацією, життєтворчість жінок.

*Ткачук Р.Г. студент II курсу,  
спеціальності 053 – психологія  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет  
м. Миколаїв*

## **ГЕШТАЛЬТ-ПІДХІД ЯК СПОСІБ НАБУТТЯ І ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Згідно з визначенням ВООЗ **психічне здоров'я** – це такий стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, тобто може реалізувати свій інтелектуальний та емоційний потенціал. Крім того, ВООЗ стверджує, що благополуччя особистості охоплюється реалізацією її здібностей, подоланням нормальних життєвих напружень, можливостями протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок в свою громаду.

Ми пропонуємо, використовувати основні принципи і постулати гештальт-терапії (ГТ) до широкого вживання. Як показує наш власний досвід та численні довготривалі спостереження за клієнтами, що практикують вживання принципів ГТ в повсякденному житті, це насправді призводить до:

- поліпшення реалізації їх здібностей,
- дозволяє людям краще долати життєві кризи і стреси,

- більш ефективно працювати і реалізовуватися в житті,
- з'являється досвід більш глибоко і повно помічати, що відбувається з самою людиною.

Тобто призводить до покращення їх психічного здоров'я і фактично є одним із способів практичної реалізації психогієни людини.

До гештальт-терапевта клієнти приходять не з цілями щодо свого розвитку, вони приходять зі своїми проблемами. Хоча гештальт-терапія позиціонується як одне з напрямів немедикаментозної психотерапії, в реальності основні принципи гештальт-підходу є ще одним способом розвитку особистості та способом пізнання навколишнього світу. Поряд з релігійним, езотеричним, філософським, науково-матеріалістичним та іншими способами пізнання світу.

Концептуально ГТ близька до гуманістичної, екзистенціальної психології. ГТ – явище неоднозначне і є таким, що постійно розвивається. Тим більше, що, на жаль, далеко не всі, хто практикує як гештальт-терапевти, мають достатню культуру і кваліфікацію. Можливо, в зв'язку з цим навколо ГТ накопичилося багато перекручених уявлень та міфів про неї. Не претендуючи на істину в останній інстанції і пам'ятаючи про те, що ГТ не залишається статичною, змінюється сама, спробуємо викласти її основні особливості.

ГТ відноситься до гуманістичних напрямів психотерапії, які вважають, що клієнт є самодостатньою цілісною особистістю і здатний за допомогою гештальт-терапевта самостійно впоратися з усіма своїми труднощами. Значущим вважається бажання клієнта змінюватися і те, що він для цього робить, а не залежність від минулого досвіду. Не так важливо, що зі мною зробили раніше (виховання, батьки, негативний досвід), як те, що я сам тепер з собою збираюся зробити.

Гештальт-терапія – це так званий «говорильний» напрям. Клієнт і гештальт-терапевт переважно розмовляють один з одним. Можливі окремі включення технік арт-терапії, психодрами, соціодрами, тілесно-орієнтованої терапії, якими володіє конкретний гештальт-терапевт.

Гештальт-терапія в першу чергу функціональна і працює на конкретний запит клієнта. Для виконання запиту використовується розширення усвідомлення клієнтом своїх почуттів і потреб, а також посилення необхідних психологічних здібностей клієнта для задоволення своїх потреб. У гештальт-терапії прийнято вважати, що відповідь на будь-яке складне становище чи запит клієнта може бути знайдений безпосередньо в ході психотерапевтичного сеансу і він, швидше за все, знаходиться десь в області почуттів і потреб клієнта.

Гештальт з німецької мови дослівно перекладається як «цілісна фігура, образ». Під гештальтом мається на увазі складний комплексний процес задоволення потреби людини. Він включає в себе кілька етапів:

- Виділення потреби з фону. Наприклад, хочу чашку заварного кави з молоком.
- Пошук шляхів і способів реалізації цієї потреби. Шукаю підходяще кафе або автомат з кавою, перевіряю, чи достатньо у мене грошей, чи роблять там саме таку каву, яку я хочу і т.д.
- Безпосереднє задоволення потреби. Роблю замовлення і п'ю каву.
- Отримую задоволення від випитої чашки кави. Запам'ятовую як мені добре зараз в цьому місці після цієї чашки кави.

Коли актуальна потреба благополучно задоволена, вважається, що гештальт закритий. І є місце для появи і можливість для реалізації нової потреби, нового гештальта.

### **Основи Гештальт Підходу:**

**Тут і зараз.** Найбільше значення мають ті події, які відбуваються тут в реальному часі прямо зараз, в цю хвилину.

**Про почуттях і потреби.** З мисленням, пам'яттю, спогадами людина може зробити багато чого, перекрутити їх у будь-який спосіб. Але не можна змінити свої почуття і потреби, які випливають з тіла. Обдурити себе по відношенню до потреб і почуттів практично неможливо. Можна довго брехати собі, десятиліттями, але паралельно буде протікати компенсуючий процес, і він

буде зростати. Почуття не можна, не виходить фальсифікувати. Це первинний психічний процес. Щоб йти далі, необхідно дати їм місце, прожити їх.

**Про себе.** Важливо говорити про себе, а не про третіх осіб. Терапевт намагається не давати порад. Підкреслює важливість кордонів і їх дотримання.

**Безоціночність і прийняття.** Терапевт прагне не оцінювати і безумовно приймати клієнта. За замовчуванням вважається, що з іншою людиною все в порядку. Він сам живе, ходить і заради мене не повинен ніяк спеціально змінюватися. Немає хороших чи поганих почуттів. Всі почуття хороші, навіть умовно негативні, але є соціально не схвалювані почуття, наприклад, злість.

**Пріоритет внутрішніх подій над зовнішніми.** Важливо вміти розрізняти, що моє, а що не моє, що мені підходить, а що ні. Розрізняти внутрішнє і зовнішнє. Коли щось в душу не потрапляє – це не залишає сліду. Щоб відбулися зміни на волі людини, зовні, спочатку мають відбутися внутрішні зміни.

**Фігура і Фон.** Особистість розглядається тільки в зв'язку з її досвідом та історією. Світ, з яким стикається людина, не можна відокремлювати від його особистого досвіду. Переконаність у тому, що світ кожної людини може бути зрозумілий тільки через безпосередній опис цього індивіда.

**Цілісність, холістичний підхід.** Аналіз і вивчення окремих частин не може дати нам цілісну картину особистості. Так як ціле доповнюється взаємодією і взаємозалежністю частин.

На побутовому рівні це проявляється в більшому увагу до самого себе і до всіх своїх проявах. Особливо емоційним. Ми називаємо це усвідомленням.

Часто в сучасному суспільстві умовно негативні емоції (страх, злість, смуток) придушуються, нівелюються, вважаються чимось поганим, негативним. З точки зору гештальт-підходу це збіднює можливість людини пізнавати самого себе, дізнаватися про свої потреби і бажання. Будь-яке почуття – це є маркер потреби. Таким чином, ігнорування будь-яких своїх почуттів, навіть негативних призводить до ігнорування своїх потреб і до збільшення психологічного дискомфорту і незадоволеності життям. В цьому

випадку, гештальт-підход дозволяє пояснити роль почуттів у функціонуванні людини.

На завершення, хотілось б додати про Гештальт Молитву. Це важлива для гештальт-підходу концепція незалежності особистості пропонує модель відносин між такими ж незалежними особистостями.

«Я – це Я, а Ти – це Ти.

Я роблю свою справу, а ти робиш свою справу.

Я прийшов в цей світ не для того, щоб відповідати твоїм очікуванням.

А Ти прийшов в цей світ не для того, щоб відповідати моїм очікуванням.

І якщо нам трапилося зустрітися один з одним – це прекрасно.

А якщо ні – цьому не можна допомогти.»

Підводячи **підсумки**, важливо сказати, що гештальт-підхід все ще розвивається і вдосконалюється. Участь в терапевтичних і освітніх програмах різних гештальт інститутів, дуже корисна для людей всіх професій, які працюють з людьми. В першу чергу, це медики, психологи, соціологи, педагоги і керівники всіх рівнів.

*Черно Я.Д., студентка I курсу,*

*спеціальності 053 – психологія*

*ПВНЗ «Медико – Природничий Університет*

*м. Миколаїв*

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМ СТРЕСУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ**

**Актуальність.** Слово «стрес» нині є одним з найуживаніших не тільки в медико-біологічних науках, але й поза ними, у тому числі часто вживається в побутових розмовах пересічних громадян. Немає такої людини, яка б не

використовувала сьогодні це поняття: стресом намагаються пояснити все. Стрес увійшов у підручники, довідники, енциклопедії, словники й у щоденний побут. І не завжди, вживаючи це слово, ми задумуємося над тим, яке воно має походження та що воно означає.

Стрес (пер. з англ. stress – напруга) – система реакцій організму у відповідь на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну.

Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини: оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що вимагається, та ін. Будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором. При цьому не мають значення зміст самої ситуації та ступінь її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї.

Зупинимося на характеристики стресорів. Стресор – фактор, який викликає стан стресу. Вирізняють фізіологічний і психологічний стресори. Фізіологічні стресори – надмірне фізичне навантаження, висока або низька температура, больові стимули та ін. Психологічні стресори поділяються на інформаційні та емоційні. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не виконує завдання, не встигає приймати правильні рішення у належному темпі. Емоційний стрес виявляється в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи та ін.

Вченими вивчено значні події, які втручаються у перебіг життя і вражають емоційну сферу: смерть близької людини – 100 очок, розлучення – 63, ув'язнення – 63, смерть близького члена родини – 63. Приємні події, які викликають стан стресу: одруження – 50 очок, вагітність – 40, перехід у нову школу – 20. Серед людей, які внаслідок стресу захворіли, переважна більшість мали 300 очок за один рік. Як ми можемо побачити, враховуючи сказане вище, не можна пов'язувати стрес тільки з негативними подіями. Напруження може виникати і у випадку позитивних, але різких, неочікуваних змін. І взагалі, не



варто асоціювати стрес з тільки з негативними переживаннями. Але, як зазначають психологи, більшість великих проблем ми переживаємо досить добре, а увагу слід звертати на менш драматичні стресори. Денна марнота, буденність, дріб'язкові життєві неприємності (погана погода, неуважний сусід, загублені ключі, щоденні поїздки на роботу у тролейбусі чи трамваї, підвищення цін) викликають хронічний стрес.

Люди частіше здатні протистояти різкому і короткочасному стресу. Справжня проблема постає тоді, коли стрес переростає в нескінченний: нелюбима робота, життя з батьками-тиранами, постійні дріб'язкові конфлікти в сім'ї тощо. Американський вчений Вейтц описав вісім стресогенних ситуацій: 1) необхідність прискореної переробки інформації; 2) шкідливе оточення; 3) усвідомлена загроза; 4) порушення фізіологічних функцій (можливо, як результат хвороби, безсоння); 5) ізоляція; 6) ув'язнення; 7) остракізм (вигнання і переслідування); 8) груповий тиск. До них ми можемо ще додати безсилля, неможливість змінити ситуацію, відсутність контролю за подіями, необхідність прийняття особливо відповідальних рішень, швидкої зміни стратегії поведінки. Шкідливість стресу полягає також у розумінні стресорів як очевидних загроз нашим ресурсам. Ресурси – це такі речі, особистісні характеристики, умови, джерела енергії, які ми цінімо, бережемо, яких дотримуємося. Коли якась подія загрожує нашому статусу, економічній стабільності, близьким людям, власності, тобто якимось ресурсам, то як наслідок виникає стрес. Стрес може бути наслідком нашої неспроможності набути нових ресурсів або збільшити наявні.

#### Фази стресу.

1. Фаза тривоги. Мобілізація організму для зустрічі з загрозою. Відбуваються біологічні реакції, які зумовлюють можливість боротьби або втечі. З погляду фізіології це: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо.

2. Фаза опору. Організм намагається опиратися загрозі, або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Далі тіло

адаптується до стресу і повертається до нормального стану.

3. Фаза виснаження. Якщо дія стресу продовжується і людина не спроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Виснаженість – це вразливість від втоми, фізичні проблеми призводять до хвороб і навіть до загибелі організму. Ті самі реакції, які дозволяють опиратися короткочасним стресорам (підсилення енергії напруження м'язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, високий тиск крові), за тривалої дії шкідливі.

В цілому, розрізняють два види стресу: гострий, або еустрес, та хронічний, його ще називають дистресом. Еустрес — це свого роду "хороший" стрес. Він активізує функціональні резерви організму, сприяє адаптації та, врешті-решт, ліквідації самого стресу. Еустрес нетривалий, завдяки чому організм активує свої системи для "збереження життя", але не встигає їх вичерпати, тому згубного впливу еустрес не завдає. Дистрес — це "шкідливий" стрес, внаслідок якого вичерпуються захисні сили організму та зриваються механізми адаптації, організм слабшає, що призводить до розвитку різних захворювань.

Успішні способи подолання стресу:

- ❖ активна взаємодія зі стресором або вплив на саму проблему;
- ❖ зміна погляду на проблему, зміна ставлення до неї або інша інтерпретація проблеми;
- ❖ приймання проблеми і зменшення фізичного ефекту від породжуваного нею стресу; комплексні способи, що поєднують в собі все перераховане вище.

Якщо ми звернемося до схеми стресу, то помітимо, що перша група діє зі стресором, друга група взаємодіє з інтерпретацією стресу, третя має справу з фізичним ефектом від стресу.

**Висновки.** Отже, аналізуючи вище викладений матеріал даного дослідження, можна зробити такий висновок. Питання стресу в житті людини є дуже актуальним на сьогоднішній день, бо кожен з нас (хочемо ми того чи ні) піддається його впливу... І хоч повністю позбавитись від стресу неможливо,

людина має всі внутрішні резерви організму, для того щоб боротися з ним, і суттєво зменшити його вплив. Як ми вже знаємо, виділяють так звані «хороші» і «погані» стреси, які по-різному впливають на людину. «Погані» стреси можуть викликати дуже важкі хвороби, і навіть стати причиною смерті. А так звані «хороші» стреси, навпаки – тренують і зміцнюють адаптаційні системи організму та тримають його в тонусі, тобто вони є необхідними для підтримки здоров'я людини. Наука сьогодні не стоїть на місці, і пропонує різні методи боротьби зі стресом. Але кожна людина з-поміж усіх може вибрати індивідуально свій, який їй найбільше підходить. Вибір методу – це вже особиста думка і справа кожної конкретної людини, адже скільки людей – стільки й думок, якими б суб'єктивними вони не були.

## НАШІ АВТОРИ

**Базика Є.Л.**, завідувач групи забезпечення психології ПВНЗ МПУ, доктор філософії в галузі психологічних наук, доцент, м. Миколаїв.

**Бірюк В.В.**, старший викладач, Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова, м. Миколаїв.

**Бірюк Т.О.**, старший викладач, Миколаївського ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Василевич А. В.**, старший викладач гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Володка Н.А.**, заступник зав. групи забезпечення медсестринства ПВНЗ МПУ, старший викладач, керівник відділення ВБО "Турбота про літніх в Україні", м. Миколаїв.

**Єрмакова Анна**, студентка III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Єрмоленко В.П.**, співробітник науково-виробничого центру Ревіталізації та Здоров'я, студентка Миколаївського ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», м. Житомир.

**Доріна Ольга**, студентка III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Можина Є. І.**, старший викладач заступник зав. групи забезпечення загальної підготовки ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Качан Ольга**, студентка II курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Кіктенко А.И.**, завідувач групи забезпечення загальної підготовки ПВНЗ МПУ, доктор філософії в галузі освіти, доцент, м. Миколаїв.

**Колісніченко А.О.**, студентка I курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Першин Олександр**, студент III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Півінська Людмила**, студентка III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ «Медико – Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Підгорна О. М.** викладач основ загальної та медичної психології, практичний психолог Миколаївського базового медичного коледжу, м. Миколаїв.

**Погребська О.М.**, студентка I курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ «Медико – Природничий Університет, м. Миколаїв.

**Помазан Л. І.**, директор ТОВ Джедані, член Міжнародної Академії Наук екології і безпеки життєдіяльності, асоційованої з Департаментом Суспільної Інформації ООН та ЕКОСОС, м. Одеса.

**Соколова М.А.**, студентка I курсу, спеціальності 223 – медсестринства ВНЗ «Медико – Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Сторчова М.О.**, студентка II курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Ткаченко Ю.М.**, старший викладач правових дисциплін ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Ткачук Руслан**, студент II курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв.

**Троянова Юлія**, студентка III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ «Медико – Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Юхимчук Олеся**, студентка III курсу, спеціальності 223 – медсестринства ПВНЗ «Медико – Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Фалько Л.І.**, проректор з науково – методичної роботи ПВНЗ МПУ, доктор педагогічних наук, професор.

**Черно Я.Д.**, студентка I курсу, спеціальності 053 – психологія ПВНЗ «Медико – Природничий Університет», м. Миколаїв.

**Ярошенко В. М.**, завідувач кафедри соціальної роботи МНУ ім. В. О. Сухомлинського, доктор філософії в галузі політичних наук, доцент, м. Миколаїв.

Наукове видання

Збірник матеріалів тез  
Collection of abstracts

I МІЖРЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

FIRST INTER-REGIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE

«Actual issues of public health in modern conditions»

20 червня 2019  
June 20, 2019



*Відповідальні за випуск: Є.Л. Базика, Н.А. Володка.  
Комп'ютерна верстка: К.Г. Ходан*

**Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності: збірник матеріалів тез науково-практичної конференції / за ред. М.А.Волкова, Р. Т. Габрель, Є.Л.Базики, А.І. Кіктенко, Н.А.Володка та ін. Миколаїв: Вид-во ПВНЗ МПУ, 2019. - 125 с.**

Оригінал-макет виготовлено у видавництві  
ПВНЗ «Медико – Природничий Університет»,  
Україна, 54018, Миколаївська обл., м. Миколаїв, пр-т.Богоявленський, 43-А.  
Тел. (0512) 58 71 56; (+38096) 305 05 96 e-mail: [info@vnz-mpu.com.ua](mailto:info@vnz-mpu.com.ua)