

Учреждение образования
«Брестский государственный медицинский колледж»

Научно-исследовательский форум

«Взгляд в науку»



Сборник докладов участников
научно-исследовательского форума «Взгляд в науку»
26.04.2024

Брест 2024
medicalbrest.by



26 апреля 2024 года в учреждении образования «Брестский государственный медицинский колледж» состоялся научно-исследовательский форум «Взгляд в науку».

Для участия в форуме было прислано 16 докладов, в том числе из учреждений образования:

«Брестский государственный медицинский колледж», «Мозырский государственный медицинский колледж»; государственных учреждений образования: «Средняя школа №20 г. Бреста имени Героя Советского Союза Д.М.Карбышева», «Средняя школа №26 г. Бреста», «Лицей г. Жабинка».

Молодые и талантливые учащиеся показали не только результаты проделанной исследовательской работы, но и продемонстрировали навыки ораторского мастерства, культуры речи, эрудиции и умение вести диалог. По итогам работ двух секций все участники были награждены дипломами и сертификатам.



Содержание



05

Организация медицинского обслуживания населения на территории Беларуси в условиях оккупационного режима в годы Великой Отечественной войны

Пихотко А.В., Хомета О.В.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

08

Особенности применения лекарственных средств при неотложных состояниях в терапии

Медведская Л.С.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

Секция 1. Медицина

11

Взаимосвязь между группами крови и индивидуальными особенностями личности (характера)

Чабурко А.Р., Савчук М.Н.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

14

Изучение пищевого поведения учащихся учреждения образования «Мозырский государственный медицинский колледж»

Кацуба В.П., Бойко Н.И., Пикуза Н.Э.

Учреждение образования «Мозырский государственный медицинский колледж»

15

Темная и светлая сторона поцелуя

Лис М.В., Лазицкая Д.С., Бойко Н.И., Пикуза Н.Э.

Учреждение образования «Мозырский государственный медицинский колледж»

18

Исследование мотивационной сферы учащихся учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж»

Алютёнок Т.А., Борисюк К.А., Грицкевич М.А.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

21

Профессионализм и милосердие как основа успешной деятельности медицинской сестры

Кубарко К.В., Якимовец А.А.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»



Содержание



24

Нужна ли тригонометрия в медицине и биологии?

Головчик Е.В., Василюк А.И.

Государственное учреждение образования «Лицей города Жабинка»

25

Кинезиотейпирование как современный метод реабилитации

Трохимчук Д.Е., Кобец А.А., Качанюк И.Т.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

Секция 2. Здоровый образ жизни

29

Шумовое загрязнение микрорайона «центр» города Бреста

Жукович С.С., Самойлович А.В.

Государственное учреждение образования «Средняя школа №20 г. Бреста имени Героя Советского Союза Д.М. Карбышева»

31

Бьюти-индустрия – выход или западня

Хабарова А.А., Щербович А.А., Соболев Т.А., Ковальчук Д.И., Крутько С.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

34

Состояние стресса в экстремальных ситуациях

Бегун И.С., Шипук Д.С., Сороковская Е.А.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

37

Влияние фитонцидов на сохранность пищевых продуктов

Загороднова Д.П., Лукашевич И.А.

Государственное учреждение образования «Средняя школа № 26 г. Бреста»

40

Защитные стратегии в конфликтных ситуациях

Носкевич С.Ф., Сороковская Е.А.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

43

Влияние курения «вейпов» на здоровье человека

Пинчук В.А., Хальвита М.В., Крестогорский В.В.

Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»



ПИХОТКО А.В.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж

Научный руководитель – Хомета О.В., преподаватель

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ В УСЛОВИЯХ ОККУПАЦИОННОГО РЕЖИМА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Актуальность темы. В настоящее время делаются попытки стереть из исторической памяти и общественного сознания феномен Второй мировой войны. Мы все чаще слышим о фактах, которые искажают историю Великой Отечественной войны. В этой войне Беларусь потеряла каждого третьего жителя, но даже залитая кровью миллионов людей, разграбленная и полуразрушенная, страна не сдавалась. Спустя многие десятилетия память о подвиге народа, который внес величайший вклад в Победу над фашизмом – священна. Медицинские работники в годы Великой Отечественной войны продолжали трудиться, находясь в партизанских отрядах и соединениях, являясь членами подпольных организаций, оказывая помощь жителям оккупированных территорий. Учащиеся медицинского колледжа, как никто другой, должны знать о подвиге медиков в это сложное время.

Цель работы – формирование мировоззрения будущего медицинского работника, обогащение теоретическими знаниями, воспитание чувства гуманизма и патриотизма.

Проблемный вопрос: каково было состояние медицины в условиях оккупационного режима в годы Великой Отечественной войны на территории Беларуси.

Летом 1941 г. профессорско-преподавательский состав и студенты-выпускники медицинских институтов и училищ вместо выпускного вечера и торжественных мероприятий добровольно уходили на фронт. Защита Родины стала долгом для старшего поколения и молодежи. Руководство страны вынуждено было кардинально изменить систему подготовки кадров, пересмотреть учебные программы, сроки обучения. Старшекурсники прошли ускоренный курс военно-медицинской подготовки, получив удостоверение врача. В 1941 г. в летопись многих учебных заведений вошел так называемый «огненный выпуск».

Научные исследования продолжались и в годы войны. В период оккупации профессорско-преподавательский состав вынужден был эвакуироваться на Кавказ, Волгу, в Сибирь, Среднюю Азию. На базе клиник создавались военные госпитали. Студенты оккупированных городов страны продолжали обучение в других мединститутах. В годы войны были разработаны новые эффективные способы лечения ран (В.П. Филатов, А.А. Богомолец) и травм (И.Н. Бурденко). Женщины в годы войны вызывают особую гордость.

Специальных комплексных исследований, посвященных организации медицинского обслуживания населения на территории Беларуси в условиях оккупационного режима, не существует. Гораздо лучше изучена деятельность медико-санитарной службы в партизанских соединениях. В огромном массиве изданной литературы оставили потомкам свои воспоминания, в том числе и касающиеся медицинского обслуживания бойцов, командиры многих партизанских отрядов, сами медики, многие из которых являлись руководителями санитарных служб. Большую ценность для исследователей представляют доступные сейчас, документы Белорусского штаба партизанского движения, немецких военных формирований. Нельзя не отметить вклад в изучение проблемы самих врачей, историков медицины, среди которых особенно значительное наследие оставили: начальник санитарного отдела Белорусский штаб партизанского движения (БШПД) И.А. Инсаров, впоследствии Министр здравоохранения республики; И.Б. Кардаш – один из первых партизанских врачей, будущий заместитель Министра здравоохранения; А.К. Косач – бывший начальник штаба, врач 2-й Дриссенской партизанской бригады, после войны также ответственный работник Министерства здравоохранения; И.Л. Друян – бывший начальник санслужбы бригады № 99 и др.

Несмотря на героическое сопротивление советских войск, в начале сентября 1941 г. советская Беларусь была занята военными частями нацистской Германии. На ее территории стал педантично осуществляться план «Ост». Немецкие оккупационные власти сразу же отказались от проведения социальной политики по отношению к местному населению. Медицинская и лекарственная помощь стали платными и недоступными большинству из-за высокой стоимости.

Большая часть лечебно-профилактических, научных и учебных учреждений медицинского профиля была уничтожена или закрыта. Их здания были переделаны под казармы, застенки гестапо, административные учреждения и даже под места развлечения немецких солдат или их заняли под немецкие госпитали (например, корпуса Бобруйской городской и Минской 2-й советской больниц). В результате в одном только Минском округе в начале 1942 г. имелось меньше, чем до оккупации, больниц – в 5 раз, врачебных участков – в 3, фельдшерско-акушерских пунктов — в 9 раз.

Их сотрудники (особенно евреи по национальности) были лишены права оказания медицинской помощи или убиты. Всего за годы оккупации от рук оккупационных властей на территории Беларуси погибло около 2 тыс. медицинских работников.

Уничтожение опытных врачей, санитарных и аптекарских работников привело к трагическому положению медицины на оккупированных территориях.

Для управления системой здравоохранения на территории генеральной округи «Вайсрутэниан» (приблизительно третьей части довоенной Беларуси), согласно распоряжениям рейхскомиссара «Остланд» от 17 октября 1941 г. была создана т. н. «палата здоровья». Главной задачей, стоявшей перед ней, являлось недопущение распространения инфекционных заболеваний среди личного состава немецких оккупационных войск. В рамках ее

решения оккупационные власти пошли на создание «Центрального национального объединенного общества белорусских врачей» и «Объединения белорусских медицинских сестер и акушерок», в которые должны были вступить оставшиеся в живых медицинские работники, согласившиеся сотрудничать с ними.

С целью укомплектования штатов оставшихся лечебно-профилактических учреждений оккупационными властями была сделана попытка открыть Барановичскую и Минскую медицинские школы, а также Могилевский медицинский институт. Барановичская медицинская школа начала свою деятельность 10 февраля 1942 г. Минская – 15 января 1943 г., Могилевский медицинский институт – осенью 1943 г. Они испытывали острую потребность, как в профессорско-преподавательском составе, так и в студентах, потому что сотрудничество с немецко-фашистскими властями считалось позором, и было неприемлемым для советских людей.

По этой причине большая часть медицинских работников, не успевших эвакуироваться в первые дни войны, активно включилась в антинемецкое движение сопротивления. Врачи, работавшие в разрешенных оккупационными властями лечебно-профилактических учреждениях, выдавали партизанам медицинские справки, которые являлись легальным основанием для приезда в город и осуществления связи с подпольными организациями, лечебными учреждениями и населением. Работая в госпиталях для военнопленных, они организовывали побеги советских солдат.

Жертвуя своей жизнью, они помещали на лечение в больницы преследуемых оккупационными властями, передавали бойцам сопротивления медицинские инструменты и лекарства, приходили на конспиративные квартиры или приезжали в леса и проводили сложнейшие операции, сражались в партизанских отрядах (выносили раненых с поля боя, уничтожали вражеские гарнизоны). Среди них почетное место занимают имена Евгения Клумова, Петра Буйко, Ивана Ветохина, Дмитрия Рыдлевского, Надежды Хатченко, Надежды Троян, Надежды Моисеевой, Ларисы Густарник Лариной.

Основная тяжесть оказания первой медицинской помощи и ухода за ранеными легла на медицинских сестер. Признанием подвига белорусских медсестер является награждение шести из них медалью Флоренс Найтингейл: Зинаиды Тусноловой-Марченко, Евгении Шевченко, Марии Гарачук, Софьи Голуховой, Екатерины Сиренко и Софьи Кунцевич.

Улица Б. Маслова появилась 28 июля 2020 года в микрорайоне юго-запад напротив парка 1000-летия г. Бреста, протяженность – 800 м. На улице построен медицинский комплекс, состоящий из детской поликлиники №3 на 600 посещений в смену, лечебно-диагностического комплекса общеполитического профиля поликлиника №5 – на 500 посещений и женской консультации – на 190.

Борис Маслов, в честь которого недавно названа брестская улица, служил в крепости военврачом. Родом он был из Санкт-Петербурга, с детских лет грезил профессией медика и стал им. В марте 1941-го был назначен начальником Брестского военного госпиталя. Участвовал в обороне цитадели над Бугом, организовал эвакуацию раненых бойцов в казематы крепости и спасал их жизни. Оказавшись в плену, попал в фашистский лагерь «Ревир» в Южном городке Бреста, откуда бежал. После этого сражался с оккупантами в составе партизанского отряда, рядах Красной армии.

В данной исследовательской работе была рассмотрена значимость медицинских работников в годы Великой Отечественной войны.

Период с июня 1941 г. по весну 1942 г. характеризуется началом формирования медико-санитарного обслуживания партизан. В большинстве партизанских отрядов по причине нехватки, а то и отсутствия медицинских работников, санитарных служб просто не существовало. На тот момент в отрядах не было достаточного количества медицинского имущества, медикаментов, инструмента. Основная форма медико-санитарного обеспечения осуществлялась через само- и взаимопомощь. Главным средством привлечения в отряды медицинских работников являлись авторитет и умение командиров находить медицинских работников через подпольные организации и убеждать их в необходимости помощи партизанам.

Несмотря на крупные военные поражения в приграничных сражениях, медики пытались следовать плану организации медико-санитарного обслуживания воинских подразделений фронта.

Несмотря на все ужасы войны, мужество и героизм медицинских работников, навсегда вписаны в анналы мировой истории. Увековечено имя героя-медика Великой Отечественной войны Бориса Маслова.

Актуальность рассматриваемой темы чрезвычайно высока, и обусловлена тем, что мы должны знать и помнить людей, благодаря которым мы живем в мирной, стабильной, динамично развивающейся стране. Такая преемственность памяти должна сохраняться всегда, передаваясь нашим детям, внукам и правнукам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Участие медицинских работников в обороне Брестской крепости в июне 1941 года (к 65-летию освобождения Беларуси) / В.В. Колбанов, А.А. Коркотадзе, Т.Г. Светлович, Е.Л. Дашкевич // 90-летие здравоохранения Республики Беларусь: материалы Республиканской научно-практич. конф., посвящ. 90-летию здравоохран. РБ, Минск, 19 июля 2009 г. / Бел МАПО. Минск, 2009. С. 90-96.

2. БССР vs Западная Белоруссия. Часть 3. Промышленность, образование, медицина, культура [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://blender-chat.livejournal.com/27335.html>. Дата доступа : 20.12.2023.

3. Симонян, Р.З. История медицины с древнейших времен до современности: учеб. пособие / Р.З. Симонян. Чебоксары : Издательский дом «Среда», 2020.

4. Эльяшевич, Е.Г. Краткая история медицины Беларуси: учеб. пособие / Е.Г. Эльяшевич, М.А. Попов. Минск : БГМУ, 2011.

5. Брест СИТИ. Новости. Трагедия и подвиг военврача Маслова. Его именем названа улица в Бресте [Электронный ресурс] Режим доступа : <https://brestcity.com/blog/tragediya-i-podvig-voenvracha-maslova-ego-imenem-nazvana-ulica-v-breste>. Дата доступа: 20.12.2023.

МЕДВЕДСКАЯ Л.С.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж

Медведская Л.С., преподаватель

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ТЕРАПИИ

В постановлении МЗ РБ «Об утверждении инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование» №91 от 10.12.2014 сказано, что медицинские работники, имеющие среднее специальное медицинское образование должны оказывать скорую медицинскую помощь.

Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии с клиническими протоколами МЗ РБ.

Оценив неотложное состояние у пациента, медицинский работник должен быстро решить какие использовать лекарственные средства, не противопоказаны ли они пациенту и есть ли особенности их применения.

Рассмотрим некоторые лекарственные средства.

1. Нитроглицерин (глицерил тринитрат, изосорбид динитрат)

Нитроглицерин (глицерил тринитрат, изосорбид динитрат) – периферический вазодилататор, антиангинальный препарат. Применяется при приступе стенокардии, остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, острой сердечной недостаточности и др.

Нельзя применять нитроглицерин: при САД ниже 90 мм рт.ст., шоке, коллапсе, инфаркте миокарда правого желудочка, кровоизлиянии в мозг, травмах головы, повышении внутричерепного давления, при закрытоугольной глаукоме с высоким внутриглазным давлением [1, стр.105].

Нитроглицерин 0,5мг применяется под язык или в виде спрея 1-2 дозы; при отсутствии эффекта повторить дважды через 5-7 минут под контролем АД и частоты сердечных сокращений (САД не ниже 90 мм рт.ст. и ЧСС не выше 100 ударов в мин.). Для профилактики побочного эффекта в виде головной боли (из-за расширения вен) рекомендуется давать одновременно валидол.

Таблетки и капсулы нельзя разжевывать т.к. в кровь может поступить избыточное количество нитроглицерина и вызвать передозировку, не проглатывать, держать до полного растворения.

Пожилым пациентам принимать нужно с осторожностью, желательна под контролем врача. При беременности желательна не применять.

Лечение нитроглицерином, назначенным для внутривенного капельного введения, проводят путем индивидуального подбора скорости его введения, контролируя самочувствие пациента, пульс и артериальное давление, особенно при максимальной разовой или суточной дозах. Нитроглицерин разводится 2 мл 1% (10 мг/мл) раствора или 20 мл 0,1% (1 мг/мл) раствора на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия, начальная скорость введения 10 мг/мин. Необходимо следить, чтобы ЧСС не превышало 100 уд/мин., а САД не опускалось ниже 100 мм рт.ст. С целью профилактики нежелательного снижения АД рекомендуется контроль САД и ЧСС не реже 3-4 раз в час на протяжении всего времени введения препарата. При снижении САД ниже 90 мм рт.ст. введение препарата прекращается. При необходимости применения нитроглицерина, нужно вначале поднять САД выше 90 мм рт.ст., и только тогда использовать нитроглицерин. Раствор быстро разрушается на свету, поэтому флаконы и систему для переливания необходимо экранировать светонепроницаемым материалом.

2. Бета-адреноблокаторы

Оказывают антиангинальное, антиаритмическое, гипотензивное действие. Нельзя применять бета-блокаторы при бронхиальной астме, обострении ХОБЛ, синусовой брадикардии (ЧСС менее 55 в 1 мин.), артериальной гипотензии (САД менее 90 мм рт.ст.); интервале P-Q более 0,24с, АВ-блокаде II-III степени, острой сердечной недостаточности, коллапсе, шоке [1, стр.105].

Пропранолол (обзидан, анаприлин) – неселективный бета-блокатор, применяется при неотложных состояниях: гипертонический криз, пароксизмальная тахикардия и др.

Пропранолол 0,5-1,0 мг (для 1мг взять 1 мл раствора) разводится изотоническим раствором до 5,0 мл, вводится внутривенно струйно медленно, пациентам с массой более 60 кг – 1 мг в течение 1 минуты, при необходимости – повторное введение с интервалом в 2 минуты под контролем АД, ЭКГ. Максимальная доза введения: 10 мг. При достижении пульса 55-60 в минуту и снижении систолического АД до 100 мм рт.ст. введение пропранолола прекращается. В таблетированной форме начальная доза чаще 40 мг.

Селективные бета-блокаторы (таблетированная форма) применяются при ОКС внутрь в начальной дозе: метопролол (25-50 мг), бисопролол (2,5-5,0 мг), карведилол 3,125-6,25 мг, небиволол 2,5-5,0 мг.

При применении бета-блокаторов необходимо контролировать: частоту сердечных сокращений (может быть брадикардия), АД (может быть снижение АД), ЭКГ (могут быть атриовентрикулярные блокады), уровень сахара (может быть гипергликемия).

3. Аминофиллин (эуфиллин)

Бета-агонист, оказывает бронходилатирующее, вазодилатирующее, спазмолитическое, диуретическое действие.

Применяется для парентерального применения: приступ бронхиальной астмы, апноэ новорожденных, нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (в составе комбинированной терапии),

левожелудочковая недостаточность с бронхоспазмом и нарушением дыхания по типу Чейна-Стокса, отечный синдром почечного генеза (в составе комплексной терапии); острая и хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии).

Нельзя применять при выраженной артериальной гипотонии, пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, инфаркте миокарда с нарушениями сердечного ритма, эпилепсии, гипертиреозе.

Особенности применения:

- 2,4%-10 мл аминофиллина предварительно развести 10 мл изотонического раствора, т.к. чистый аминофиллин повреждает внутреннюю стенку сосуда, что может привести к флебиту и тромбофлебиту;

- вводить внутривенно очень медленно, в положении пациента лежа, чтобы предотвратить опасные побочные эффекты со стороны центральной нервной системы и сердечно-сосудистой системы из-за прямого стимулирующего действия аминофиллина, скорость не должна превышать 25 мг/мин (одним из осложнений может быть коллапс). Минимум полчаса необходимо понаблюдать за пациентом, контролировать пульс, АД;

- т.к. аминофиллин усиливает электрическую нестабильность миокарда, могут появиться экстрасистолы, мерцательная аритмия, поэтому при необходимости нужно снять ЭКГ.

4. Морфин – наркотический анальгетик

Применяется при сильной боли, ОКС, инфаркте миокарда, отеке легких, сильной одышке, обусловленной острой сердечно-сосудистой недостаточностью, кашле, не купирующемся противокашлевыми препаратами. Морфин нельзя вводить при остром панкреатите, печеночной (желчной) колике, т.к. морфин вызывает спазм сфинктера Одди, при САД ниже 90 мм рт.ст., нарушении дыхания вследствие угнетения дыхательного центра, сильных болях в животе неясной этиологии и др.

Например, при ОКС морфин гидрохлорид 1 мл 1% раствора развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить медленно дробно сначала 5 мг (т. е. 5 мл раствора, по 1 мл в минуту), далее при необходимости по 3-5 мг (3-5 мл) с интервалом не менее 5 минут до достижения эффекта либо до появления побочных эффектов: падения АД, рвоты, угнетения дыхательного центра [1, стр.29].

При введении морфина необходимо контролировать АД (САД не ниже 90 мм рт.ст.), частоту дыхательных движений.

5. Допамин (Дофамин)

Оказывает кардиотоническое (улучшает сократительную способность сердца), гипертензивное (повышает АД), сосудорасширяющее, диуретическое действие.

Дофамин применяется при шоке различного генеза: кардиогенный, послеоперационный, инфекционно-токсический, гиповолемический (только после восстановления объема циркулирующей крови); острой сердечно-сосудистой недостаточности, острой артериальной гипотензии.

Нельзя применять при тахикардии, фибрилляции желудочков, феохромоцитоме, тиреотоксикозе.

Препарат предназначен только для внутривенных инфузий и может применяться только в разведенном виде. Для снижения риска экстравазации (вне вены) у пациентов любого возраста дофамин по возможности следует вводить в крупные вены, так как при попадании раствора под кожу возможен подкожный некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Введение допамина проводится под контролем диуреза, частоты сердечных сокращений, минутного объема крови, САД и ЭКГ. Повышение САД указывает на необходимость уменьшения дозы допамина. При возникновении или учащении нарушений сердечного ритма дальнейшее увеличение дозы противопоказано. Например при кардиогенном шоке при отсутствии дозаторов 200 мг (5% (50 мг/мл) р-р допамина 4 мл в 200 мл растворителя) вводится в/в капельно, увеличивая скорость введения с 10 капель в минуту до достижения минимально возможного уровня САД не менее 100 мм рт.ст.

6. Прокаинамид (синоним новокаинамид)

Антиаритмический препарат IA класса, применяется при наджелудочковой тахикардии, синдроме WPW, желудочковой тахикардии, фибрилляции и трепетании предсердий.

Нельзя применять при АВ блокаде II-III ст. (за исключением случаев применения электрокардиостимулятора), трепетании или мерцании желудочков, аритмии на фоне интоксикации сердечными гликозидами.

Раствор прокаинамида вводится внутривенно или внутримышечно.

Для купирования пароксизмальной тахикардии, пароксизмальной мерцательной аритмии 10% (100 мг/мл) раствор 5-10 мл (до 17 мг/кг) внутривенно капельно, медленно (за 30-60 минут), при угрозе снижения САД в сочетании с фенилэфрином (мезатоном) 1% – 0,3 - 0,5 мл [1, стр.65].

При введении прокаинамида необходимо постоянно контролировать пульс и САД, т.к. может быть брадикардия и снижение САД, ЭКГ.

7. Эпинефрин (синоним адреналин)

Альфа-и бета-адреностимулятор, оказывает сосудосуживающее, гипертензивное, бронхолитическое, гипергликемическое и противоаллергическое средство.

Применяется при анафилаксии, развившейся при применении ЛС, сывороток, переливании крови, употреблении пищевых продуктов, укусах насекомых или введении других аллергенов; бронхиальной астме (астматический статус); фибрилляции желудочков; ПТБП (пароксизмальная тахикардия без пульса); асистолии (в т.ч. на фоне остро развившейся АВ блокады III ст.); артериальной гипотензии, не поддающаяся воздействию адекватных

объемов замещающих жидкостей (в т.ч. шок, травма, бактериемия, операции на открытом сердце, почечная недостаточность, ХСН, передозировка ЛС); гипогликемии (вследствие передозировки инсулина).

Нельзя применять при артериальной гипертензии, стенокардии, выраженном атеросклерозе, сердечной астме, аневризме, сахарном диабете, тиреотоксикозе, беременности.

Используется две соли эпинефрина (адреналина): гидрохлорид и гидротартрат. Необходимо знать, что 1 мл 0,1% (1 мг/мл) раствора для инъекций эпинефрина гидрохлорида эквивалентен 1 мл раствора эпинефрина гидротартрата 1 мл 0,18% (1,8 мг/мл), это следует учитывать при расчете дозы эпинефрина (адреналина) в мл. Эпинефрин может вводиться подкожно, внутримышечно, внутривенно струйно и капельно. Для внутримышечного введения разведения не требуется, внутривенно вводится в разведении до 20 мл раствора натрия хлорида 0,9% [3, стр. 11], для внутривенного капельного введения 1 мл разводится в 250 мл 5% раствора глюкозы, начинать с 0,18 мкг/кг/мин (при использовании эпинефрина гидротартрата 0,18% (1,8 мг/мл)), или с 0,1 мкг/кг/мин (при использовании эпинефрина гидрохлорида 0,1% (1, мг/мл)), регулируя скорость в зависимости от САД.

8. Амиодарон

Антиаритмическое средство, обладает также антиангинальным, коронародилатирующим, альфа- и бета-адреноблокирующим, тиреотропным и гипотензивным действием.

Применяется при приступах желудочковой пароксизмальной тахикардии; наджелудочковой пароксизмальной тахикардии с высокой частотой сокращений желудочков, в особенности на фоне синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта; пароксизмальной и устойчивой формы мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) и трепетании предсердий.

Нельзя применять при синусовой брадикардии и синоатриальной блокаде, синдроме слабости синусового узла (при отсутствии кардиостимулятора).

Используется амиодарон концентрат для приготовления раствора для инфузий 50 мг/мл в ампулах по 3 мл (в одной ампуле 150 мг амиодарона). Амиодарон 5-7 мг/кг – 300-450 мг (2-3 ампулы) разводится в 250 мл 5% раствора декстрозы (глюкозы) и капается в/в медленно в течение 30-60 минут, при отсутствии эффекта – 1 мг/мин до 1200-1800 мг/сут (предпочтительно в сочетании с таблетированными лекарственными средствами для снижения побочных действий от внутривенного введения (флебиты и др.) [1, стр.52].

Внутривенно-струйное введение должно проводиться только в неотложных случаях при неэффективности других видов лечения под постоянным мониторингом ЭКГ, АД. При кардиореанимации при остановке сердца, вызванной фибрилляцией желудочков, резистентной к дефибрилляции первая доза составляет 300 мг (2 ампулы), (или 5 мг/кг препарата) после разведения в 20 мл 5% раствора декстрозы (глюкозы) и вводится внутривенно-струйно [3, стр.11].

9. Сульфат магния

Вазодилатирующее средство, при парентеральном введении оказывает противосудорожное, антиаритмическое, антигипертензивное, спазмолитическое действие, в больших дозах угнетает нервно-мышечную передачу, оказывает токолитическое действие, подавляет дыхательный центр.

Применяется при артериальной гипертензии (в том числе гипертоническом кризе с явлениями отека мозга); гипомagneмии; полиморфной желудочковой тахикардии (типа «пируэт»); эклампсии (для подавления судорог) и преэклампсии (для предупреждения судорог при тяжелой преэклампсии).

Нельзя применять при выраженной брадикардии, АВ блокаде.

При гипертонических кризах. вводят внутривенно (медленно в течение около 5 мин!) 1-5 г (4-20 мл раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг/мл), постоянно контролируя САД, пациент должен находиться в положении лежа.

Для купирования аритмий внутривенно вводят 1-2 г (4-8 мл раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг/мл) в течение около 5 мин. Преэклампсия и эклампсия. Дозу устанавливают индивидуально в зависимости от клинической ситуации. Вводят внутривенно струйно 4-6 г (16-24 мл раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг/мл) в течение 20 минут (максимальная скорость введения 1 г/мин), затем инфузия со скоростью 1 г/час [1, стр.25].

В итоге можно сделать вывод, что эффективность скорой медицинской помощи зависит в том числе от знания особенностей лекарственных средств, применяемых в соответствии с клиническими протоколами МЗ РБ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 06.06.2017 №59.
2. Об утверждении клинических протоколов оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30.09.2010 № 1030.
3. Об утверждении клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23.08.2021 № 99.

ЧАБУРКО А.Р.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Савчук М.Н., преподаватель

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППАМИ КРОВИ И ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЛИЧНОСТИ (ХАРАКТЕРА)

Около сотни лет назад Карл Ландштейнер сделал сенсационное открытие, сообщив, что кровь может быть разной группы, за что был удостоен получить Нобелевскую премию. Согласно самой распространенной классификации, существует четыре группы крови. Японские ученые в своих исследованиях опередили всех, утверждая, что между характером и группой крови человека существует прямая связь [4]. Как известно, группы крови появлялись в ходе эволюции в результате изменения климата, условий жизни, развития тех или иных навыков и привычек питания. Возможно, именно с этим связывают формирование черт характера и различных личностных качеств [1; 2].

Считается, что характер человека напрямую зависит от группы крови, с которой он родился. Эта идея настолько укоренилась в японской культуре, что первым делом при знакомстве люди интересуются группой крови собеседника. Тем не менее на сегодняшний день нет достаточного количества доказательств для подтверждения этой гипотезы [1].

Цель исследования: выявить взаимосвязь между группами крови и индивидуальными особенностями личности.

Гипотезой исследования выступает предположение о том, что существует тесная взаимосвязь между группами крови и индивидуальными особенностями личности.

Объект исследования: учащиеся, учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж», учебных групп СД-224, СД-212, ЛД-34.

Предмет исследования: индивидуальные особенности личности, выявленные у учащихся по средствам анкетирования.

Учебно-исследовательская работа проводилась в 2 этапа. На 1 этапе в 1 семестре 2023/2024 учебного года для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить специальную психологическую литературу по индивидуальным особенностям личности, соответствующим каждой группе крови;
2. Провести анкетирование среди учащихся с различной группой крови в учреждении образования «Брестский государственный медицинский колледж»;
3. Разработать буклеты по данной тематике.

На 2 этапе (2 семестр 2023/2024 учебного года) для достижения цели нами была поставлена следующая задача:

Определить эффективность проведения информационной работы подтвердив, либо опровергнув гипотезу о соответствии индивидуальных особенностей характера и группы крови.

Методы исследования:

1. Метод теоретического анализа литературных источников и интернет-ресурсов по теме исследования;
2. Метод анкетирования;
3. Метод математической статистики (вычисление процентных соотношений).

Практическая значимость работы: обучить учащихся теоретическим основам гемотрансфузиологии, привить навыки анализировать, сопоставлять, навыки творческого мышления.

В ходе исследования было проведено анкетирование 87 учащихся с различными группами крови: из них 24 человека с I группой крови, 28 со второй, 25 с III и 10 человек с IV группой крови. Вопросы анкетирования составлялись после теоретического анализа литературных источников и интернет-ресурсов по теме исследования, с учётом консультации психолога и содержали следующие блоки вопросов: «Отношение к себе», «Отношение к окружающим», «Отношение к труду» [5; 6].

Анкета содержала следующие вопросы:

1. Какая ваша группа крови?
2. Сложно ли вам принимать решения?
3. Вы инициативный человек?
4. Комфортно ли вы себя ощущаете в компании новых людей?
5. Позволяете ли вы себе опаздывать на работу, встречи?
6. Часто ли бываете в центре внимания окружающих?
7. Есть ли у вас желание создать что-то новое?
8. Любите ли вы рисковать?
9. Вам нравится проявлять свою индивидуальность?
10. Считаете ли вы, что вашей отличительной чертой характера является умение выслушать других людей?
11. Считаете ли вы, что вас легко обидеть?
12. Считают ли ваши знакомые, что вы слишком много говорите?
13. Часто ли вам приходится преодолевать смущение?

14. Угнетает ли вас монотонная работа?
15. Спокойно ли вы переносите одиночество?
16. Всегда ли вы высказываете своё личное мнение, даже если оно не совпадает с мнением окружающих?
17. Чувствуете ли вы тревогу если предстоит нести ответственность за какую-либо важную задачу?
18. Можно ли вас назвать человеком, оказывающим влияние на других людей?
19. Любите ли вы приглашать гостей?
20. Любите ли вы путешествовать?
21. Спокойно ли вы переносите одиночество?
22. Способны ли вы разговаривать с незнакомыми людьми на любую тему?

Результаты исследования по наиболее важным вопросам, отражающим взаимосвязь между группами крови и индивидуальными особенностями личности

Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2, 3, 4.

1. Блок вопросов «Отношение к окружающим» (таблица 1, 2)

Таблица 1 – Всегда ли вы высказываете своё личное мнение, даже если оно не совпадает с мнением окружающих?

Да	Нет	% ответов от общего количества людей с данной группой крови
I группа крови		
16	8	66% да
II группа крови		
13	15	46% да
III группа крови		
18	7	72% да
IV группа крови		
5	5	50% да

Оценка результатов: соответственно результатам анкетирования меньшая часть респондентов ответившим на вопрос да, относятся к II группе крови (46%). Теория взаимосвязи группы крови с характером гласит: представители второй группы крови – хладнокровные, уравновешенные, здравомыслящие люди. Люди с этой группой крови предрасположены к спокойному времяпрепровождению и гармонии во всем. Они предпочитают искать компромиссы, чем спорить до хрипоты, лобирруя свои интересы. Они всегда стараются помочь другим, даже в ущерб собственным интересам [1; 2; 3].

Большая часть анкетлируемых *ответившим на вопрос да, относятся к III группе крови (72%).* Люди с 3-ей группой крови не постоянны, поэтому не стоит рассчитывать, что они будут работать всю жизнь на одной работе или проживут свою жизнь ровно и без потрясений. При принятии решения они независимы и не идут на поводу у других. Их главным плюсом является полная самоотдача выбранному делу [1; 2].

Таблица 2 – Часто ли бываете в центре внимания окружающих?

Да	Нет	% ответов от общего количества людей с данной группой крови
I группа крови		
16	8	66% да
II группа крови		
12	16	43% да
III группа крови		
13	12	52% да
IV группа крови		
5	5	50% да

Оценка результатов: соответственно результатам анкетирования большая часть респондентов ответившим на вопрос да, относятся к I группе крови (66%), Теория взаимосвязи группы крови с характером гласит: все началось с них – с обладателей первой группы крови. Это природные лидеры. Им необходимы конкретные цели, чтобы предпринять самые отчаянные шаги для их достижения. Они упрямы и независимы, обладают врожденным чутьем и умеют выбирать лучший вариант из тех, которые предлагает судьба. Их недостатки: не выносят критику в свой адрес. Не умеют и не любят подчиняться. Практически невозможно в чем-либо переубедить. Тяжело переносят смену обстановки. Сильный характер позволяет «охотникам» занимать лидирующие позиции в жизни и в бизнесе [1; 4].

2. Блок вопросов «Отношение к труду» (таблица 3)

Оценка результатов: большая часть респондентов ответившие на вопрос да, относятся к I группе крови (79%). Монотонная работа, отсутствие конкуренции и пространства для роста их утомляют. Представителям данной группы

нужен драйв, возможность для развития. Меньшая часть респондентов ответившим на вопрос да, относятся к II группе крови (71%). II группа дарит человеку такие качества характера как трудолюбие, аккуратность, терпение, спокойствие. Носители такой крови стараются всегда доводить дела до конца, причем независимо от того идет речь о домашних или рабочих планах [2].

Представители II группы крови очень добросовестны в любой работе, хотя могут делать ее слишком медленно [1; 2].

Таблица 3 – Угнетает ли вас монотонная работа?

Да	Нет	% ответов от общего количества людей с данной группой крови
I группа крови		
19	5	79% да
II группа крови		
20	8	71% да
III группа крови		
19	6	76% да
IV группа крови		
8	2	80% да

3. Блок вопросов «Отношение к себе» (таблица 4)

Таблица 4 – Часто ли вам приходится преодолевать смущение?

Да	Нет	% ответов от общего количества людей с данной группой крови
I группа крови		
11	13	46% да
II группа крови		
16	12	57% да
III группа крови		
13	9	52% да
IV группа крови		
6	4	80% да

Оценка результатов: *соответственно результатам анкетирования большая часть респондентов ответившим на вопрос да, относятся к IV группе крови (80%).* Один из недостатков IV группы крови – часто сомневаются в себе, склонны к самокопанию. Могут долго пережевывать прошлые негативные события, пытаются проанализировать ошибки. [1; 2; 3].

Вывод. Качества характера не могут быть плохими или хорошими, важно, как человек ими управляет. К какой бы группе вы не относились, помните - главное не переделывать себя, а научиться жить с полученными при рождении предрасположенностями.

Узнали ли в этих описаниях личностей себя? Конечно же, это все теории, которые не имеют научного обоснования и стоят на равном уровне с гороскопами. К тому же, каждый человек индивидуален и уникален, а его черты характера во многом зависят от воспитания, социальной среды и многих других факторов. Но доля правды в этой теории исходя из наших результатов анкетирования есть.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Характер по группе крови человека // [Электронный ресурс]. – 2021. – Режим доступа: // <https://www.nur.kz/esoterics/interesting> – Дата доступа: 16.10.2023.
2. Скажи мне свою группу крови, и я скажу кто ты // Комсомольская правда [Электронный ресурс]. – 2020. – Режим доступа: // <https://www.kp.ruz.daily>. – Дата доступа: 16.10.2023.
3. Группы крови // Рогачёвская станция переливания крови [Электронный ресурс]. – 2020. – Режим доступа: // <https://rspk.by>. – Дата доступа: 16.10.2023.
4. Как группа крови влияет на характер человека // [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: // <https://tengrinews.kz>. – Дата доступа: 18.10.2023.
5. Тест на личностные качества // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // Onlinetest.pad.com/ru/test/1758924-test-na-lichnostnye-kachestva
6. Психологические тесты // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.psychologies.ru>

КАЦУБА В.П.

Мозырь, УО Мозырский государственный медицинский колледж

Научный руководитель – Бойко Н.И., преподаватель

Научный руководитель – Пикуза Н.Э., преподаватель

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «МОЗЫРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Целью исследования стало привлечение внимания учащихся колледжа к проблеме питания.

Задачи исследования включали: изучение пищевого поведения учащихся учреждения образования «Мозырский государственный медицинский колледж»; выработку рекомендаций по улучшению качества питания и коррекции пищевого поведения.

Объектом исследования стал пищевой рацион учащихся колледжа, а предметом исследования – результаты сравнительного анализа и социологического опроса учащихся по данной проблеме (онлайн - анкета survey.com).

Нарушения в качественной и количественной стороне питания негативно влияют на здоровье человека [1]. Общей тенденцией в питании населения Беларуси является дефицит животных белков, витаминов, микроэлементов, пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, избыток простых углеводов и животных жиров. Вопрос питания – один из самых болезненных в студенческой среде [2, 3].

Исследовательская работа содержит информацию о биологическом значении различных витаминов, макро- и микроэлементов на здоровье человека, их содержании в разнообразных продуктах питания, клинических симптомах патологических состояний, вызванных дефицитами данных веществ.

Автором было проведено анкетирование 100 учащихся 2 курса учебного учреждения по определению основных биогенных элементов: магния, калия, железа, кальция, витамина А и бета- каротина, витаминов группы В, Д, С, Е. Анкеты по определению обеспеченности организма человека перечисленными элементами и витаминами приведены в работе [4,5].

В результате проведенного анкетирования установлено, что большая часть учащихся (86%) знакома с основами рационального питания. Однако, лишь 54% респондентов считают своё питание правильным. Определенная часть учащихся (43%) ограничивает себя в еде, а некоторые (23,7%) имеют избыточную массу тела. Кратность приёмов пищи у 8,5% респондентов составляет 2 раза в день; у 42,4% – 3 раза; у 33,9% – 4 раза; у 15,3% – 5 и более раз в день. Половина учащихся (50,8%) употребляют избыточное количество сладостей (конфет, шоколада, мучных изделий).

Организацию рационального питания учащихся затрудняют: дефицит времени на приём и приготовление пищи (56,4%), экономические факторы (43,6%), а также сложность обеспечения набора продуктов и неоптимальная обработка пищи.

Нерациональный режим питания преобладает у учащихся (8,5%), которые принимают пищу 2 раза в день.

Одной из первых от авитаминоза страдает нервная система. Чаще всего это связано с недостатком витаминов группы В, РР, магния, фосфора. Анализ ответов учащихся показал, что 65 респондентов чувствуют себя неспособными к деятельности и лишены энергии. 67 человек легко раздражаются, 77 – часто подвергаются стрессам. При этом 26 человек вообще не едят мясо, 69 – не употребляют продуктов из муки грубого помола, 62 – употребляют мало сырых салатов, что является косвенными факторами гиповитаминоза витамина группы В [3].

Страдает от гиповитаминоза и система органов кровообращения. Верными признаками этого являются: онемение конечностей, сильная усталость к вечеру, судороги, покраснение век и конъюнктивы глаз, из-за слабости кровеносных сосудов развивается варикозное расширение вен, геморрой, кровоточивость десен, сердечные боли. Чаще всего эти симптомы вызваны дефицитом витаминов: В₉, В₁₂, С, К; железа, магния, калия. Витамин С влияет на невосприимчивость организма к инфекциям [5].

Опрос показал, что 31 респондент страдает частыми простудами, 46- имеют сухую кожу, трещины в уголках рта, 45 человек- ломкие волосы, вмятины на ногтях. При этом только 4 респондента в последнее время теряли много крови (донорство), 53 девушки отметили, что имеют обильные менструации. 61 человек выпивает более трех чашек черного чая или кофе в день, 9 – регулярно употребляют алкогольные напитки, 17 – курят больше 5 сигарет в день, 30 – часто принимают медикаменты с ацетилсалициловой кислотой и обезболивающие, 79-часто едят сохраняющуюся в тепле или вновь разогретую еду, 71 человек варят овощи в большом количестве воды. Все перечисленные факторы снижают уровень витаминов группы В, С, К и железа в организме. Только 31 респондент отдает предпочтение продуктам из муки грубого помола, 74 – едят мясо.

29 респондентов указали, что их часто беспокоят ночные судороги икроножных мышц. 39 человек страдает болями в сердце, учащенным сердцебиением и сердечной аритмией, 19 – защемлением нервов в области спины, 20 – ощущают онемение в руках. Одним из факторов, способствующих этим состояниям, является нехватка магния.

19 учащихся указали на проблемы, связанные с повышенным давлением, 16 – на склонность к отекам, 21 – плохую работу кишечника, 15 человек отмечают у себя мышечную слабость, что может быть связано с нехваткой в организме калия. Но при этом, 95 человек отметили, что при покупке минеральной воды никогда не обращают внимание на содержание в ней макро- и микроэлементов. 93 учащихся указали, что практически не едят сухофруктов, 71 – редко употребляют фруктовые и овощные соки, а также используют длительную водную обработку при варке овощей.

Костно-мышечная система реагирует на гиповитаминозы снижением эластичности связок, нарушением осанки, лишним весом и дряблостью мышц. Эти симптомы появляются при недостатке витаминов В₂, В₅, В₆, Д, С, Е, холина, а также кальция.

При анкетировании 54 человека отметили, что страдают сколиозом, 1 человек - остеопорозом, 1 респондент регулярно принимает препараты с кортизоном, 47 – выпивают ежедневно меньше стакана молока, 44 – употребляют мало сыра и йогурта, 63 – мало зеленых овощей, 51 – ест мало мяса и колбасы. Эти факторы косвенно указывают на недостаток в организме кальция, но при этом 16 учащихся ежедневно пьет сладкие газированные напитки. 24 человека избегает нахождения на солнце, 46 – ест мало рыбы и яиц, 26 – сливочного масла, 36 – не едят грибов, что косвенно говорит о на нехватке витамина D [6].

Внезапное появление красных пятен на лице, иногда опухание губ, частое чихание, приступы астмы, аллергии, воспалительные процессы верхних дыхательных путей говорят о недостатке в организме витаминов А, Е и С.

23 анкетированных отметили, что после повреждения у них образуются некрасивые шрамы, 21 человек имеет слабые соединительные ткани. 83 респондента при этом не употребляют в пищу нерафинированные растительные масла, а 69 – продуктов из муки грубого помола.

Мониторинг диспансерного учета учащихся 2 курса УО «Мозырский государственный медицинский колледж» показал наличие следующих заболеваний: сколиоз (54 человека), плоскостопие (9 человек), у 51 человека выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, главным образом, пролапс митрального клапана, МАРС. Болезни обмена веществ имеют 23 человека, из них 21 человеку поставлен диагноз «диффузный зоб», 2 человека страдают сахарным диабетом. Для 16 человек характерны заболевания органов пищеварительной системы: гастриты, дуодениты. У 6 учащихся выявлен хронический пиелонефрит, 4 человека больны бронхиальной астмой.

Применительно к полученным результатам, учащимся колледжа рекомендовано:

1. Включать в рацион достаточное количество овощей и фруктов, свежую зелень, хлеб и макаронные изделия из муки грубого помола.
2. Стараться ежедневно получать теплую пищу, потому что в таком виде она быстро усваивается организмом. Питаться 3-4 раза в сутки.
3. Принимать профилактические дозы готовых витаминно-минеральных препаратов не менее 2-х раз в год.
4. Бороться с вредными привычками, поскольку алкоголь и никотин приводят к разрушению и выведению избыточного количества витаминов из организма человека.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ИСТОЧНИКОВ

1. Гигиена питания: пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Т.И. Зиматкина, С.П. Сивакова, И.А. Наумов. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 151 с.
2. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А. П. Авцын [и др.]. М.: Медицина, 1991. 496 с.
3. Скальный, А. В. Биоэлементы в медицине / А. В. Скальный, И. А. Рудаков. М.: Изд. дом «ОНИКС 21 век»; Мир, 2004. 272 с.
4. Горбачев, В. В. Витамины, микро- и макроэлементы: справ. / В. В. Горбачев, В. Н. Горбачева. Минск: Книж.Дом; Интерпрессервис, 2002. 543 с.
5. Морозкина, Т. С. Витамины / Т. С. Морозкина, А. Г. Мойсеёнок. Минск: Асар, 2002. 112 с.
6. Студеникин, В. М. Витамин D-дефицитный рахит / В. М. Студеникин // Детский доктор. 2000. № 4. С. 43–46.

ЛАЗИЦКАЯ Д. С., ЛИС М.В.

Мозырь, УО«Мозырский государственный медицинский колледж»

Научный руководитель – Бойко Н.И., преподаватель

Научный руководитель – Пикуза Н.Э., преподаватель

ТЕМНАЯ И СВЕТЛАЯ СТОРОНА ПОЦЕЛУЯ

Сегодня люди склонны целовать друг друга чаще, чем делали это в недалеком прошлом. С физиологической точки зрения поцелуй представляет собой сложное явление, при котором происходит и взаимный обмен микроорганизмами.

Поэтому целью данной исследовательской работы явилось изучение положительного и отрицательного воздействия поцелуя на организм человека – его «светлой» и «темной» стороны.

Авторы работы ставили перед собой следующие задачи:

1. Закрепить знания о строении ротовой полости и процессах, протекающих в ней, о влиянии мышечной и эндокринной систем на организм человека во время поцелуя;
2. Изучить инфекции, передающиеся во время поцелуя;
3. Использовать полученные данные для проведения информационно – пропагандистской работы по соблюдению здорового образа жизни.

Методы исследования предусматривали изучение литературных источников по данной проблематике, анкетирование учащихся 2 курса учреждения образования «Мозырский государственный медицинский колледж», а также анализ и обобщение полученных результатов.

Предметом исследования стали ответы учащихся, полученные в процессе анкетирования.

Защитная функция слизистой состоит в том, что эпителий слизистой оболочки рта предохраняет подлежащие ткани от влияния вредоносных факторов. В неповрежденном виде эпителий непроницаем для большинства микроорганизмов.

При поцелуе в работу включается около 40 мышц головы и шеи. Основной мышцей, принимающей участие в поцелуе и заставляющей губы немного вытягиваться вперед, является круговая мышца рта.

Лицевой нерв связан с мозгом, мышцами, кожей лица и языком. Во время поцелуя этот нерв передает сигнал о происходящем к головному мозгу, который дает команду по выработке гормонов:

- окситоцин- вызывает чувства привязанности и любви друг к другу;
- дофамин- влияет на эмоции, чувства радости и боли;
- серотонин- контролирует настроение человека;
- адреналин- увеличивает частоту сердечных сокращений.

Во время поцелуя в организме происходит выработка и циркуляция перечисленных гормонов. Поэтому у некоторых людей иногда возникает чувство эйфории, наблюдается учащенное сердцебиение и расширение кровеносных сосудов. Организм обогащается кислородом гораздо больше, чем в обычном состоянии.

В момент поцелуя может обостряться обоняние. Ученые полагают, что женщины во время поцелуя чувствуют запах белков иммунной системы мужчины, который в какой-то степени может повлиять на ее отношение к партнеру. Доказано, что женщины, как правило, выбирают мужчин, иммунные белки которых отличаются от их собственных. Соединение двух людей с разной иммунной системой приводит к появлению более здорового потомства

В самом же акте поцелуя заключена немалая польза. Он стимулирует выработку эндорфина – «гормона счастья», нормализует кислотность в полости рта, активизирует обменные процессы. Но все это происходит только при условии, что в интимном процессе участвуют здоровые и любящие друг друга люди [1].

В результате этого начинают вырабатываться гормоны. Следствием этого является возникновение чувства эйфории и учащение сердцебиения. Во время поцелуя нормализуется кислотность в полости рта, активизируются обменные процессы.

В то же время, ротовая полость – один из самых разнообразно населенных микроорганизмами биотопов. Его микрофлора насчитывает более 1000 видов микроорганизмов.

Микробиоту полости рта составляют микрококки, α -, β - и γ -стрептококки, энтерококки, пневмококки, молочнокислые бактерии, кишечные палочки, протеи, дифтероиды, лептоспиры, спириллы, трепонемы.

В полости рта обнаружены бактерии рода Veillonella, Peptococcus, Peptostreptococcus, стафилококки, различные виды рода Neisseria, Haemophilus, молочнокислые бактерии, грамотрицательные бактерии группы кишечной палочки и протей, анаэробные неспорогенные бактерии рода Bacteroides, боррелии, вибрионы, а также различные виды родов Leptothrix, Nocardia, Streptomyces, Candida, простейшие.

Поцелуи опасны при случайных контактах, несоблюдении правил личной гигиены и невнимательном отношении к собственному здоровью.

С медицинской точки различают два вида поцелуев: закрытый и открытый. Поцелуй через "закрытый" рот или "социальный" поцелуй подразумевает контакт сомкнутыми губами с сомкнутыми губами другого человека. Поцелуй через "открытый" рот или "французский" поцелуй подразумевает контакт открытым ртом с открытым ртом другого человека с проникновением языка в ротовую полость.

Наиболее опасным с эпидемиологической точки зрения является "французский" поцелуй. Особое значение имеют клинические проявления инфекций, а также травмы слизистой губ, щек, десен, языка и наличие стоматологических заболеваний.

Какие же возбудители инфекционных заболеваний могут передаваться посредством поцелуя?

Не подвергается сомнению передача через поцелуй герпесвирусов 1, 2 и 4 типа, что даже послужило второму названию болезни kissingdisease (поцелуйная болезнь). Ряд исследований подтвердили факт передачи герпес вируса 8 типа, вызывающего саркому Капоши, через практику поцелуев у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Многочисленные научные исследования доказывают передачу инфекционного мононуклеоза, возбудителем которого является вирус Эпштейна-Бара. Передается через поцелуй цитомегаловирусная инфекция, что послужило основой рекомендации Центра контроля за заболеваниями (США) о запрещении поцелуев для беременных женщин, неинфицированных цитомегаловирусом, во избежание первичного инфицирования, опасного для течения беременности.

Несколько исследований описывают передачу гепатита В при поцелуях, а вот документально зафиксированных случаев передачи гепатита С описано не было. Заражение гепатитом В возможно только тогда, когда в слюне есть примесь крови.

Риск заражения сифилисом при поцелуях описан во многих руководствах и учебниках по венерическим болезням. Опасным является наличие твердого шанкра в области губы высыпания вторичного сифилиса в полости рта. Однако, документально зафиксированных случаев описано мало, так как помимо поцелуев практиковался оральный секс, при котором передача сифилиса является неоспоримой.

Рядом исследований была установлена передача при поцелуях стрептококков, вызывающих зубной кариес, *Helicobacter pylori* – бактерии вызывающей эрозивные гастриты, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки и *Neisseriameningitidis* [3].

Существуют и другие болезни вызывающей бактериальный менингит. В слюне инфицированных пациентов находятся вирусы, вызывающие респираторные заболевания [2].

Со слюной могут распространяться и стафилококки. Таким образом, от одного человека к другому может попасть микрофлора, устойчивая к воздействию антибактериальных препаратов, передаваемая через слюну или поцелуй: возбудители дифтерии, кори, краснухи, бешенства, туберкулеза, ангины, пневмонии, гриппа и ОРВИ. Однако, вряд ли у пациента, страдающего от одной из этих болезней, возникнет желание долго и страстно целоваться, да и любой здоровомыслящий человек не захочет целоваться при данных обстоятельствах [3].

Проведенное в 2009 году американскими учеными D'Souza G, Agrawal Y, Halpern J. исследование убедительно доказало передачу папилломавирусной инфекции через поцелуй [3].

Помимо поцелуев риск инфицирования возрастает и при других контактах со слюной – докуривание чужих сигарет, использование чужой губной помады или посуды. При определенных обстоятельствах инфицироваться можно даже через горлышко бутылки, которую передают из рук в руки.

Автором работы было проведено анкетирование по вопросам, отражающим положительное и отрицательное воздействие поцелуя на организм человека, среди учащихся 2 курса учреждения образования «Мозырский государственный медицинский колледж». В опросе приняло участие 150 человек.

Проанализировав полученную информацию, автором были сделаны следующие выводы.

На вопрос: «Можно ли заразиться инфекциями, передающимися половым путем, при поцелуе?», ответы респондентов распределились следующим образом: 42% считают, что можно; 56% – отрицательно ответили на данный вопрос; 2% – дали ответ «не знаю».

29% учащихся не смогли ответить на вопрос о том, какими инфекциями можно заразиться при поцелуе. 51% анкетированных называли следующие заболевания: гонорея – 12%, сифилис – 21%, хламидиоз – 8%, ВИЧ-инфекция – 35%, гепатит – 12%, герпес – 34%.

На вопрос: «Передается ли сифилис через поцелуй?», 31% респондентов ответили «нет», 68% – «да», 1% анкетированных воздержались от ответа.

76% учащихся считают, что хламидиоз не передается при поцелуе, 24% респондентов допускают возможность передачи хламидий таким путем. 30% анкетированных положительно ответили на вопрос о передаче гонореи через поцелуй, 70% отрицают такую возможность.

При ответе на вопрос: «Полезны ли поцелуи?», 97% учащихся ответили «да»; 3% ответили «нет».

82% респондентов считают, что любители поцелуев стареют медленнее. Свой ответ они объясняют выработкой гормонов радости (22%), адреналина (36%), дофамина (16%) и окситоцина (16%), серотонина (13%), тестостерона (4%), эндорфина (38%).

Анкетированными были выделены основные вопросы, на которые им бы хотелось услышать ответы:

1. В чем заключается польза поцелуя?

2. Как необходимо целоваться, чтобы снизить риск заражения различными инфекциями?

3. Какие изменения на слизистой оболочке ротовой полости могут свидетельствовать о наличии у человека инфекционных заболеваний?

4. Какие болезни передаются при поцелуе?

На все перечисленные вопросы автор постарался дать ответ в своей работе.

Так стоит ли целоваться? Конечно да. Сложно найти замену тому, что одновременно приносит удовольствие, предотвращает старение и помогает укрепить иммунитет.

Поцелуи снижают стресс за счет уменьшения в организме уровня гормона кортизола. Они делают людей счастливее, т.к. повышается уровень эндорфинов, которые отвечают за хорошее настроение. При поцелуях возрастает уровень окситоцина – «гормона любви».

Поцелуи укрепляют иммунную систему, так как происходит обмен слюной и бактериями. Иммунная система распознает незнакомые микроорганизмы и синтезирует антитела, которые защищают нас от болезней.

Поцелуи предотвращают образование кариеса. Слюна человека содержит кальций, фосфор, лизоцим, которые защищают зубную эмаль от разрушений.

Поцелуи успокаивают благодаря белку эндорфину, который в 6 раз сильнее, чем морфин.

Поцелуи помогают похудеть, так как сжигаются калории за счет усиления метаболизма.

Поцелуи предотвращают старение. Во время самого процесса задействовано около тридцати различных лицевых мышц. Такая гимнастика улучшает циркуляцию крови, делает мышцы более эластичными, а лицо – гладким.

Поцелуи улучшают кровообращение. В связи с этим клетки мозга насыщаются кислородом, улучшается умственная работа, память и способность к концентрации. Поцелуи улучшают работу сердца, так как во время поцелуя вырабатывается адреналин.

Поцелуи развивают легкие: количество вдохов возрастает до 60 вместо 20 в обычной жизни.

Поцелуи продлевают жизнь. Пары, которые ежедневно целуют партнера на прощание, живут на 5 лет дольше, чем те, кто обходится без этого ритуала.

Поцелуи повышают уверенность в себе, потому что во время поцелуя повышается самооценка, что положительно влияет на общее отношение к себе.

Но помните, что поцелуи опасны при случайных контактах, несоблюдении правил личной гигиены и невнимательном отношении к собственному здоровью. А пользу от поцелуя можно ощутить только при условии, что в интимном процессе участвуют здоровые и любящие друг друга люди.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни, передающиеся через поцелуи/103by// mag.103.by. [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: <https://zdorovje/627-bolezni-ot-pocelujev>. – Дата доступа 29.01.2024
2. Агапов, С.А. Болезни передающиеся через поцелуи/Персональный сайт врача дерматовенеролога Агапова С.А./venuro.ru. [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <http://venuro.ru/obzor/kissing>. – Дата доступа 30.01.2024
3. В вашей слюне есть вещество в 6 раз сильнее, чем морфин/Фактрум/www.factroom.ru.[Электронный ресурс].– 2017.–Режим доступа: <https://www.factroom.ru/facts/40946>.– Дата доступа 01.02.2024

АЛЮТЕНОК Т.А., БОРИСЮК К.А.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Грицкевич М.А., преподаватель

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ УЧАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «БРЕСТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Проблема мотивации учебной деятельности студентов – одна из важнейших и острых проблем высшей школы. Мотивация как система устойчивых мотивов, имеющих определенную иерархию и выражающих направленность личности, является ведущим фактором регуляции деятельности и во многом определяет ее успешность.

Учебно-профессиональная мотивация представляет собой особый вид мотивации и определяется рядом специфических для этой деятельности факторов: образовательной системой, образовательным учреждением, где осуществляется учебная деятельность; организацией образовательного процесса; субъективными особенностями обучающегося (возраст, пол, уровень развития, уровень притязаний, особенности самооценки, способности, межличностное взаимодействие в учебной группе и др.); субъективными особенностями педагога и прежде всего системой его отношений к обучающемуся и к педагогической деятельности; спецификой учебного предмета. Учебная мотивация характеризуется сложной структурой, ее изучению посвящены многочисленные исследования. При этом выделяются различные мотивы учения, что во многом зависит от методологической основы и ракурса изучения этой проблемы, а также от произошедших социально-экономических и политических изменений на постсоветском пространстве.

Мотив – обобщение материальных предметов, которые представляют ценность для человека и определяют вектор его деятельности. Субъект воспринимает мотив как специфические эмоции, которые могут быть положительными, когда личность находится в приятном для него состоянии ожидания, или отрицательными, если человек недоволен тем, что реальное положение дел не соответствует его ожиданиям.

Мотивация – побуждение к действию; психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Обучение – это уникальная человеческая деятельность, возможная только на том этапе психического развития, когда человек может добровольно управлять своим поведением с осознанной целью. Мотивация является одним из основных компонентов в структуре личности и служит своеобразным стимулом к деятельности.

В данном случае – учебно-познавательная деятельность включает в себя познавательную мотивацию.

Она представляет собой мотивационную систему и включает в себя потребности, цели, интересы, заботы, стремления, идеалы и мотивационные установки.

Учебная мотивация определяется рядом специфических факторов:

- ✓ характером системы образования;
- ✓ организацией учебного процесса в образовательном учреждении;
- ✓ собственными характеристиками учащихся (пол, возраст, уровень интеллектуального развития и способности, уровень стремления, самооценка, характер взаимодействия с другими учащимися и т.д.);
- ✓ личностные характеристики преподавателя (учителя) и, прежде всего, система отношений между преподавателем, студентом и образовательной деятельностью;
- ✓ характеристики объекта обучения.

Учебная деятельность всегда очень динамична, так как существуют различные источники активности обучающихся. Существует три типа источников активности: внутренние, внешние и личные источники.

Внутренние источники учебной мотивации познавательные и социальные потребности (социально одобряемое поведение и стремление к успеху).

Внешние источники учебной мотивации определяются условиями жизнедеятельности ученика, к которым относятся требования, ожидания и возможности. Требования связаны с необходимостью соответствовать социальным

нормам поведения, связаны с общением и деятельностью. Возможности – это объективные условия, необходимые для развития учебной деятельности (например, наличие учебников, библиотек).

Источники активности личности, мотивирующие учебную деятельность, можно разделить на интересы, потребности, установки, нормы и стереотипы.

Взаимодействие внутренних, внешних и личностных источников учебной мотивации влияет на характер и результат учебной деятельности.

Если один из источников учебной мотивации отсутствует, система учебной мотивации перестраивается или трансформируется. Не все мотивы, определяющие учебную деятельность, существуют сами по себе. Они всегда тесно взаимосвязаны.

Целью исследования является выявление уровня учебной мотивации и методов ее формирования в процессе обучения.

Задачи исследования: провести анализ научно-медицинской и методической литературы по теме исследования, изучить подходы к проблеме мотивации учащихся, исследовать мотивационную сферу учащихся с использованием специальных методик, определить ведущие мотивы учащихся в учебе.

Предметом исследования является мотивационная сфера учебной деятельности учащихся учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж».

Объект исследования – учащиеся учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж» I, III курсов специальности «Лечебное дело» в составе 50 человек.

Диагностика особенностей учебной мотивации проводилась при помощи методики «Изучение мотивов учебной деятельности студентов» (А.А. Реан, В.А. Якунин). В методике А.А. Реана и В.А. Якунина имеются 16 мотивов учебной деятельности:

1. Стать высококвалифицированным специалистом.
2. Получить диплом.
3. Успешно продолжить обучение на последующих курсах.
4. Успешно учиться, сдавать экзамены на «хорошо» и «отлично».
5. Постоянно получать стипендию.
6. Приобрести глубокие и прочные знания.
7. Быть постоянно готовым к очередным занятиям.
8. Не запускать изучение предметов учебного цикла.
9. Не отставать от сокурсников.
10. Обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности.
11. Выполнять педагогические требования.
12. Достичь уважения преподавателей.
13. Быть примером для сокурсников.
14. Добиться одобрения родителей и окружающих.
15. Избежать осуждения и наказания за плохую учебу.
16. Получать интеллектуальное удовлетворение [2; 216].

Учащимся было предложено выбрать из них 5 наиболее значимых мотивов.

По результатам исследования среди учащихся I курса специальности «Лечебное дело» 36 % учащихся наиболее важным мотивом считают получение интеллектуального удовлетворения, 34 % учащихся выбирают стремление стать высококвалифицированным специалистом, 32 % учащихся одним из ведущих мотивов считают получение диплома, 30 % – постоянное получение стипендии, приобретение глубоких и прочных знаний, обеспечение успешности будущей профессиональной деятельности.

Наименьшую значимость в мотивации учащихся I курса имеют такие мотивы как: успешное продолжение обучения на последующих курсах, успешная учеба, сдача экзаменов на «хорошо» и «отлично», и избежание осуждения и наказания за плохую учебу, их выбирает только 4 % опрошенных.

Среди учащихся III курса специальности «Лечебное дело» 38 % учащихся наиболее важным мотивом выбирают стремление стать высококвалифицированным специалистом, 36 % учащихся одним из ведущих мотивов считают получение диплома, 36 % учащихся выбирают в качестве одного из ведущих мотивов постоянное получение стипендии, а также обеспечение успешности будущей профессиональной деятельности, 32 % учащихся одним из ведущих мотивов считают приобретение глубоких и прочных знаний.

Наименьшую значимость в мотивации учащихся III курса имеют такие мотивы как: не запущение изучения предметов учебного цикла и получение одобрения родителей и окружающих, их выбирают 6 % учащихся III курса. Не имеют значимости в мотивационной сфере учащихся III курса – успешное продолжение обучения на последующих курсах, постоянная готовность к очередным занятиям, выполнение педагогических требований и избежание осуждения и наказания за плохую учебу.

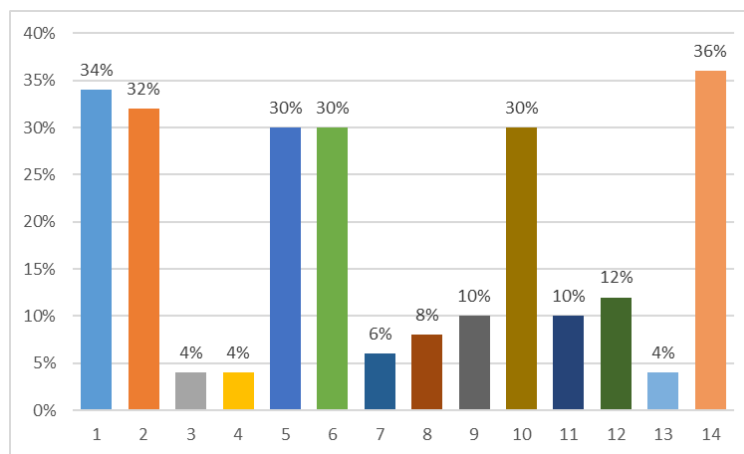


Диаграмма 1 – Результаты исследования по методике «Изучение мотивов учебной деятельности студентов» среди учащихся I курса специальности «Лечебное дело»

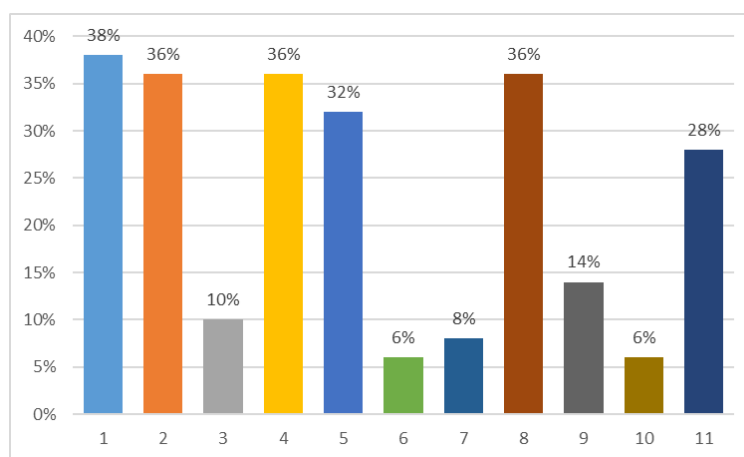


Диаграмма 2 – Результаты исследования по методике «Изучение мотивов учебной деятельности студентов» среди учащихся III курса специальности «Лечебное дело»

Для обеспечения успешности процесса профессионального обучения в средних и высших учебных заведениях и повышения качества подготовки специалистов необходимо учитывать характер учебно-профессиональной мотивации студентов.

Выявление доминирующих мотивов в структуре мотивации позволяет планировать коррекционную работу по развитию внутренних мотивов учебной деятельности и тем самым влиять на процесс профессионального становления будущих медицинских работников.

В условиях образовательного учреждения недостаточную выраженность мотивации к овладению профессией, обусловленную возможной случайностью и недостаточной осознанностью ее выбора можно частично компенсировать в процессе обучения за счет оптимизации учебно-воспитательного процесса, внедрения инновационных методов обучения, совершенствование форм и методов проводимой профориентационной работы среди выпускников школ, абитуриентов, а также демонстрации прикладной значимости предлагаемых специальностей.

Как уже отмечалось выше, учебная мотивация определяется целым рядом специфических факторов, развитие которых и будет способствовать реализации задач формирования учебно-профессиональной мотивации как необходимого условия успешного обучения и эффективной профессиональной самореализации специалиста в будущем. Следовательно, мотивация учебной деятельности будет зависеть от эффективного развития этих факторов.

Условия, способствующие формированию у студентов учебно-познавательных мотивов известны: осознание ближайших и конечных целей обучения; осознание теоретической и практической значимости усваиваемых знаний; нетрадиционные формы проведения лекционных занятий; профессиональная направленность в учебной деятельности; использование заданий, создающих проблемные ситуации, требующие активной поисковой деятельности и позволяющие проявить творческие способности.

Также на формирование мотивации существенное влияние оказывают взаимоотношения в группе, социально-психологический климат. Психологическая служба учреждения образования и кураторы учебных групп должны осуществлять целенаправленную и систематическую работу по оптимизации взаимоотношений в группе, профилактике конфликтов, развитию групповых норм и ценностей.

Высокие результаты учебно-профессиональной деятельности студентов и активное участие в общественной жизни вуза позволит обеспечить качественную подготовку высококвалифицированных специалистов,

заинтересованных в результатах своего труда, мобильных и уверенных в себе, успешно реализующих свой творческий потенциал.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Комусова Н. В. Развитие мотивации к овладению профессией в период обучения в вузе. Л., 1983.
2. Орлов Ю. М. Потребностно-мотивационные факторы эффективности учебной деятельности студентов вуза : автореф. дис. д-ра психол. наук. М., 1984.
3. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб., 2000.
4. Якунин В. А. Психология учебной деятельности студентов. М. ; СПб., 1994.

КУБАРКО К.В.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Якимовец А.А., преподаватель

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И МИЛОСЕРДИЕ КАК ОСНОВА УСПЕШНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Медицинская сестра – это одна из самых гуманных профессий на нашей планете. Выполнение назначений врача, уход за тяжелооболеченными, проведение многих, иногда довольно сложных манипуляций – все это является прямой обязанностью среднего медицинского персонала. Современная система здравоохранения требует от сестринского персонала профессиональных умений, знаний, навыков, соответствующих современным технологиям профессиональной деятельности. Свои знания и навыки медсестра использует для того, чтобы заботиться о здоровье пациента. Для создания атмосферы доверия в общении между медсестрой и пациентом необходимо дать пациенту возможность почувствовать, что медсестре не безразлична судьба пациента, и медсестра действительно хочет ему помочь. Только в такой ситуации может возникнуть та степень доверия, при которой медсестра может получить полную и объективную информацию о подопечном, особенностях его психики, узнать его мнение о собственном заболевании и больничных условиях. Такая информация даст возможность поставить правильный сестринский диагноз, что в дальнейшем облегчит процесс излечения.

Медсестре необходимо помнить, что всегда следует оставлять за собой ведущую роль и не переходить грань между доверием и панибратством. Медицинская сестра должна стараться способствовать возникновению между ней и пациентом эмпатии, но ни при каких условиях не идентифицировать себя с пациентом: при всем понимании его проблем и стремлении облегчить его состояние помочь ему критично относиться к своим действиям и не допускать того, чтобы идти у него на поводу.

Цель исследования: выявить уровень общительности, коммуникативных способностей медицинской сестры, оценить взаимоотношения «Медицинская сестра – пациент».

Задачи исследования:

1. Изучить уровень общительности, коммуникативных способностей медицинских сестер.
2. Выявить оценку взаимоотношений «медицинская сестра – пациент».
3. Проанализировать результаты и сделать выводы.
4. Разработать рекомендации для медицинских сестер, способствующие их эффективному общению с пациентами.

Объект исследования: медицинские сестры учреждения здравоохранения «Жабинковская центральная районная поликлиника», учреждения здравоохранения «Жабинковская центральная районная больница» – отделений неврологии, терапии, хирургии, гинекологии, и пациенты, находящиеся на стационарном лечении в этих отделениях.

Метод исследования: проведен «Тест коммуникативных склонностей» для диагностики уровня общительности, коммуникативных способностей медицинских сестер.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медсестер для эффективного общения с пациентом в медицинских учреждениях.

Среди 40 медицинских сестер было проведено анкетирование из 8 вопросов. Среди опрошенных медсестер составлен стаж работы в медицинском учреждении, на диаграмме (рисунок 1) видно, в меньшинстве сотрудники со стажем 5-10 лет (12,5%), когда как работники со стажем до 3 лет и 3-5 лет суммарно составляют половину рабочего коллектива.

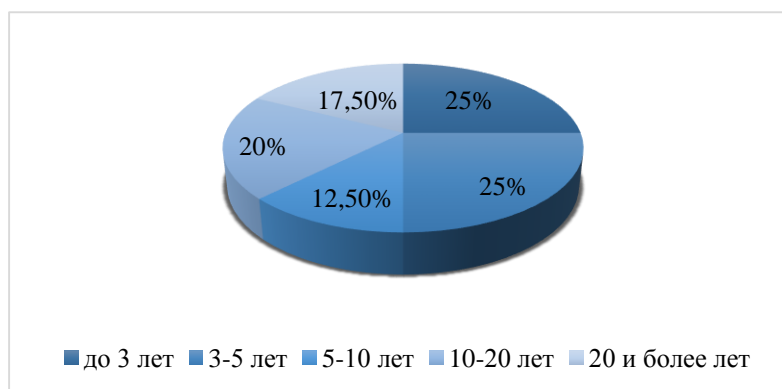


Рисунок 1 – Стаж работы медсестёр в медицинском учреждении

40 (100%) опрошенных медсестер довольны своей работой.

На вопрос «Какие трудности возникают при общении с пациентом?» большинство респондентов 35 (87,5%) ответили, что трудностей при общении с пациентом не возникает, и только 5 (12,5%) медсестер отметили, что трудности возникают, если пациент агрессивен.

40 (100%) медсестер в своей профессиональной деятельности всегда руководствуются принципами профессиональной этики и медицинской деонтологии.

У 35 (87,5%) опрошенных медсестер никогда не возникало моментов профессиональной деформации, а у 5 (12,5%) иногда случались конфликтные ситуации.

На вопрос «Как Вы справляетесь со стрессами?» медицинские сестры ответили, что занимаются спортом – 12 (30%), читают – 18 (45%), а у остальных 10 (25%) стрессовых ситуаций не было, они отмечают, что отдыхают и работают, не чувствуя морального напряжения.

Для развития реализации медицинской этики и деонтологии 24 (60%) респондентов предлагают проводить семинары и конференции, 16 (40%) – издание буклетов.

Для исследования уровня общительности было проведено экспериментальное исследование, в котором принимали участие 40 медицинских сестер. В исследовании использовался «Тест коммуникативных склонностей» – методика определения общего уровня общительности. Был предложен тест, состоящий из 20 вопросов, который содержал возможность определить уровень коммуникабельности медсестры. Отвечать на вопросы респондентам необходимо было, используя два варианта ответа – «да» и «нет». По итогам исследования:

6 (15%) – характеризуются крайне низким уровнем проявления склонностей к коммуникативной деятельности.

14 (35%) – развитие коммуникативных склонностей находится на уровне ниже среднего. Они не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе, предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства, испытывают трудности в установлении контакта с людьми и выступлении перед аудиторией, плохо ориентируются в незнакомой ситуации.

6 (15%) – характерен средний уровень проявления коммуникативных склонностей. Они стремятся к контактам с новыми людьми, не ограничивают круг своих знакомств, отстаивают свое мнение. Однако, «потенциал» этих склонностей не отличается высокой устойчивостью, поведение испытуемого сильно зависит от ситуационных факторов.

14 (35%) – отнесены к группе с высоким уровнем проявления коммуникативных склонностей. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят единомышленников и приятелей, постоянно стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью, помогают близким, друзьям, проявляют инициативу в общении, могут принимать участие в организации общественных мероприятий.

0 (0%) – обладает очень высоким уровнем проявления коммуникативных склонностей.

Для выявления оценки взаимоотношений «пациент – медсестра» среди отделений учреждения здравоохранения «Жабинковской центральной районной больницы» (неврологии, терапии, хирургии, гинекологии) был проведен опрос методом анкетирования, состоящий из 10 вопросов. В данном исследовании приняли участие 30 человек, находящиеся на стационарном лечении.

Возраст опрошенных пациентов составляет: до 30 лет – 2 (7%), 30 – 39 лет – 0, 40 – 49 лет – 7 (23%), 50 – 59 лет – 9 (30%), 60 – 69 лет – 9 (30%), 70 и старше – 3 (10%).

Из 30 опрошенных, 30 (100%) ответили, что удовлетворены качеством работы медицинской сестры (таблица 1).

К 19 (63%) пациентам медсестры обращаются по имени и отчеству, к 11 (37%) обращаются только по фамилии.

На вопрос, какими качествами должна обладать медицинская сестра XXI века, респонденты отметили такие качества, как доброта – 11 (37%), чуткость – 2 (7%), ответственность – 10 (33%), милосердие и внимательность – 7 (23%), также все 30 (100%) отмечают, что каждая медсестра должна обладать терпением.

Таблица 1 – Перечень вопросов (4/общего количества) определяющих удовлетворенность, опрошенных, качеством работы медицинской сестры

№	Вопрос	Да (чел/%)	Нет (чел/%)	Не всегда (чел/%)
1.	«Объясняли ли Вам медсестры правила приема лекарственных средств?»	29 (97%)	-	1 (3%)
2.	«Ознакомила ли Вас медсестра с режимом отделения при поступлении в больницу?»	26 (87%)	4 (13%)	-
3.	«Соблюдают ли медсестры принципы этики и деонтологии?»	29 (97%)	-	1 (3%)
4.	«Влияет ли благотворно на восстановление здоровья общение с медсестрой?»	24 (80%)	6 (20%)	-

Выводы:

1. В системе взаимоотношений «медсестра – пациент» большое значение имеет индивидуальный стиль работы медицинской сестры. Основными качествами, которыми должна обладать хорошая медсестра по мнению пациентов, являются: знания и умения, нежность, ласковость, сострадание, милосердие, безграничное терпение, ответственность и вежливость.

2. Нагрузки на медсестру в ходе выполнения ею своих профессиональных обязанностей не всегда позволяют проявить нужные качества в полной мере.

3. Личность медсестры, методика ее работы, умение обращаться с пациентами, владение техникой эффективного общения с пациентами – всё это эффективно влияет на восстановление здоровья пациента.

4. Важнейшими качествами медсестры считаются: уважительное отношение и стремление помогать, внимание и терпимость, доброта, вежливость и душевность.

5. В условиях медицинского учреждения взаимоотношения «медсестра – пациент» определяет чувство доверия, наличие конструктивных отношений.

6. Медицинская сестра должна учитывать и найти индивидуальный подход к каждому пациенту, обращаться по имени и отчеству, подробно информировать пациента о правилах приема лекарственных средств.

7. При поступлении пациента в медицинское учреждение медсестра знакомит со структурой больницы и режимом отделения.

8. Необходимо соблюдать нормы медицинской этики и деонтологии при осуществлении сестринского ухода за пациентами.

9. Для предупреждения профессиональной деформации у медсестер необходимо уметь справляться со стрессами.

Рекомендации медицинским сестрам для эффективного общения с пациентами в медицинских учреждениях:

1. Индивидуальный подход к каждому пациенту, обращаться по имени и отчеству, подробно информировать пациента о правилах приема лекарственных средств.

2. Необходимо быть внимательным, выявить проблемы пациента.

3. Избегать употребления медицинских терминов (объяснять на понятном пациенту языке).

4. Соблюдать нормы медицинской этики и деонтологии при осуществлении сестринского ухода за пациентами.

5. Уважительное отношение и стремление помогать, внимание и терпимость, доброта, вежливость и душевность.

6. При общении стараться поднять настроение, проявлять доброжелательность, внимание и интерес к проблемам.

7. При уходе за пациентами необходимо быть особенно тактичным, постоянно напоминая о времени приема лекарственных средств.

8. Для профилактики профессиональной деформации у медицинских сестер необходимо уметь справляться со стрессами, конфликтными ситуациями.

9. Обеспечивать конфиденциальность беседы.

10. Нежелание пациента проходить некоторые процедуры не должно спровоцировать развития негативного отношения к нему со стороны медицинской сестры, поэтому для предупреждения этого момента медсестре необходимо постараться получить как можно большее представление о психических особенностях пациента и убедить его в необходимости назначенных исследований.

ГОЛОВЧИК Е.В.

Жабинка, Государственное учреждение образования «Лицей г.Жабинки»

Научный руководитель – Василюк А.И., учитель математики

НУЖНА ЛИ ТРИГОНОМЕТРИЯ В МЕДИЦИНЕ И БИОЛОГИИ?

В современном мире большое внимание уделяют математике, как одной из областей научной деятельности и изучения. Одной из составляющих математики является тригонометрия. Каждого изучающего математику, интересует, как и где применяются полученные знания.

Тригонометрия – это раздел математики, изучающий тригонометрические функции. Когда мы в 8 и в 9 классах изучали элементы тригонометрии, а в 10 классе – тригонометрические функции и тригонометрические уравнения, нам не совсем была видна вся область применения своих знаний. Возникали вопросы: зачем нужно знание тригонометрии? Где используются синусы и косинусы? С чем в жизни может быть связана тригонометрия?

Меня заинтересовал вопрос: какое отражение в нашей жизни нашла математика, в частности тригонометрия? Я приняла решение провести исследование по теме «Нужна ли тригонометрия в медицине и в биологии?». Так как я учусь в химико-биологическом профиле и планирую поступить в медицинский вуз, связать свою жизнь с медициной, возможно, и с наукой, то актуальность выбранной темы была продиктована желанием узнать ответ на поставленный вопрос: действительно ли тригонометрия нужна в медицине и в биологии? Если – да, то где и каким образом? Актуальность выбранной темы была подтверждена, когда я прочитала статью брестского корреспондента Сергея Мощика «Перелом бедра? Вам ... к математику!».

Были определены:

объектная область исследования – медицина и учебный предмет «Математика»;

- объект исследования – тригонометрия;

- предмет исследования – тригонометрия в биологии и в медицине.

Цели исследования:

- изучение применения математики и тригонометрии в медицине;

- изучение применения тригонометрии в биологии.

Для реализации поставленных целей я определила и решала задачи:

1. Изучить и проанализировать литературу и научные публикации по теме исследования.

2. Изучить историю тригонометрии.

3. Выяснить, в каких сферах медицины применяется тригонометрия.

4. Выяснить, в каких разделах биологии применяется тригонометрия.

5. Провести и проанализировать анкетирование среди учащихся лицея.

6. Изучить мнение выпускников лицея – медицинских работников о теме исследования.

7. Составить математическую и компьютерную модель биоритмов.

8. Подобрать и изучить задачи медицинского содержания.

9. Создать электронный сборник материалов исследования.

10. Сконструировать логико-смысловую модель исследования.

11. Создать презентацию материалов исследования.

12. Разработать рекомендации учащимся химико-биологического профиля.

Методы исследования:

1. Теоретические (анализ и синтез). Я изучила и проанализировала литературные источники по теме исследования, материалы интернет-сайтов; познакомилась с материалами научных разработок учёных НАН Республики Беларусь.

2. Математические (статистические методы, метод визуализации данных).

Ожидаемые результаты:

1. Расширение и углубление знаний по теме исследования.

2. Создание электронного сборника материалов исследования.

3. Использование электронного сборника и логико-смысловой модели исследования учащимися 10-х и 11-х классов химико-биологического и физико-математического профиля, учителями математики, физики и биологии.

4. Создание математической и компьютерной модели биоритмов.

5. Повышение учебной мотивации учащихся химико-биологического профиля.

В исследовательской работе я показала области применения математических знаний при построении математической и компьютерной модели для изучения биологических ритмов учащихся.

В ходе проведённого исследования я выяснила, что:

1. С помощью математической и компьютерной модели можно составить прогноз неблагоприятных, благоприятных дней для разного рода деятельности.

2. Данные исследования подтверждают, что биоритмы влияют на активность, выносливость, уровень иммунитета, мыслительные способности.

3. Результаты проведённого исследования могут быть использованы учащимися для изучения собственных биоритмов, повышения работоспособности, улучшения успеваемости и повышения мотивации к изучению учебных предметов.

4. Данные исследования могут быть применены для пропаганды здорового образа жизни, на учебных и факультативных занятиях по математике, биологии.

5. Методы моделирования биологических процессов открывают огромные перспективы для прогнозирования своей деятельности.

6. Математическое знание применяется при решении практических задач медицины.

Проанализировав ход исследования, можно сделать следующие выводы. Работа по выбранной теме осуществлялась в полном соответствии с планом исследования: были определены объект и предмет исследования, поставлены цели и задачи исследования, определены ожидаемые результаты. Были указаны используемые методы исследования, обоснована актуальность проведения исследования.

Анализируя выполнение поставленных задач, хотелось бы отметить следующее.

1. В результате выполнения данной исследовательской работы я изучила более 10 источников.

2. Рассмотрела исторический аспект вопроса исследования.

3. Составила логико-смысловую модель «Нужна ли тригонометрия в медицине?», которая позволила тему представить целостно, системно и наглядно.

4. Создала электронный продукт – электронный сборник материалов исследования, который могут использовать учителя лицея при организации работы с учащимися на уроках, факультативных занятиях.

5. Были использованы заявленные теоретические и математические методы; проведены консультации с учителем математики, с медицинскими работниками, среди которых были и выпускники лицея; проведено и проанализировано анкетирование учащихся 11-х и 10-х классов лицея.

6. Работа с литературными источниками, материалами интернет-сайтов и публикациями НАН; изучение мнения медицинских работников по теме исследования позволило мне получить дополнительные знания, укрепить свой интерес к этой теме и значительно расширить представление о значении математики, в том числе и тригонометрии в медицине.

Работа позволила мне оценить свои возможности, расширить мой кругозор, повысила функциональную, исследовательскую и медицинскую грамотность. Результаты проведенного исследования предлагаю применить в таких направлениях, как:

1. Научное общество учащихся «Лицейст».

2. Конференция исследовательских работ.

3. Студенты медицинских учреждений могут воспользоваться теоретической и практической частью нашего исследования при написании курсовых работ.

Таким образом, теоретическая значимость исследования состоит в том, что мы познакомились с темами многих исследований, которые направлены на улучшение состояния медицины. Практическая значимость – предъявленный материал по данной теме и разработка электронного сборника для учащихся и учителей.

Подводя итоги исследования, нам бы хотелось отметить, что оно убедило в том, что тригонометрия и математика, как наука, таит в себе много неожиданного в самом простом. И надо только иметь желание делать смелые шаги на пути к познанию.

КОБЕЦ А.А., ТРОХИМЧУК Д.Е.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж

Научный руководитель – Качанюк И.Т., преподаватель

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Тейпирование – это приклеивание эластичных лент (тейпов) на кожу с различными вариантами натяжения для воздействия на определённые участки тела. Тейп может воздействовать на мышцы, связки, суставы и сосуды через рецепторы на коже. Технология тейпирования официально введена в алгоритмы оказания медицинской помощи и реабилитации в США и Европе, а в Южной Корее оно используется как отдельный подход в медицине.

Сфера применения тейпов очень разнообразна. В неврологии кинезиотейпирование применяется в реабилитации пациентов, перенёвших инсульт, а также с поражением нервной системы и в реабилитации детей с ДЦП. В травматологии и ортопедии – у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Кинезиотейпом пользуются педиатры для работы с нарушениями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, плоскостопием, травмами и синяками. В логопедической практике тейпы улучшают функционирование мышц губ, корректируют или фиксируют подвижность челюстных суставов, открывание рта и процесс глотания. [1]

Цели: ознакомить слушателей с механизмом действия кинезиотейпирования, а также провести исследование влияния тейпов на улучшение динамики плоскостопия.

Задачи: изучить виды тейпов, способы их наложения; собрать и исследовать данные по применению кинезиотейпирования в реабилитации; ознакомить аудиторию с некоторыми приложениями.

Предмет исследования: влияние тейпов.

Объект исследования: учащиеся учебной группы ЛД-33.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы, проведение беседы на тему «Кинезиотейпирование», анализ динамики плоскостопия на фоне проведения методики.

Результат исследования: информирование аудитории о кинезиотейпировании в реабилитации, о методах коррекции плоскостопия с помощью тейпов.

Кинезиотейп – эластичная хлопковая лента, покрытая гипоаллергенным клеем, который активизируется при контакте с кожей. Тейп тянется вдоль рулона. Считается, что по эластичности лента практически аналогична эластичности кожи. Используется медицинский гипоаллергенный клей на хлопковой/синтетической основе.

Эластичный тейп не содержит лекарственных средств и ничем не пропитан. Именно поэтому ношение тейпов не вызывает толерантности. Лечебный эффект достигается путем стимуляции собственных процессов в организме: улучшения кровотока, ускорения лимфотока, усиления рецепции и т. д. То есть, организм работает самостоятельно, без помощи препаратов и дополнительных действующих веществ. Тейп наклеивается на кожу и оказывает воздействие на мышечную, нервную и соединительную ткань. Благодаря волокнистой структуре кожа дышит, потому что тейп не препятствует свободному отводу секрета потовых и сальных желез.

Тейп может находиться на коже на протяжении 3-4 дней, что позволяет использовать его с непрерывным терапевтическим эффектом. После наложения аппликации организм адаптируется к воздействию тейпа. Для того, чтобы продлить действие, необходимо заменить аппликацию на новую.

Существует два основных аспекта работы кинезиологического тейпа. Первый основан на механическом воздействии на ткани и структуры тела человека. Аппликации, выполненные с целью механической коррекции или поддержки, чаще всего ориентированы на суставы и связки. Подобные решения используются для лечения растяжений, стабилизации суставов после травм, или придания правильного положения конечности или другой части тела. Большинство вариантов аппликаций на коленные, голеностопные, плечевые, локтевые и другие суставы выполняются с натяжением, что придает им свойство механической коррекции.

Второй аспект взаимодействия тейпа с телом - рецепторный. На коже и более глубоких тканях человека расположено большое количество рецепторов. Они передают в центральную нервную систему информацию о состоянии тканей, повреждениях, температуре, положении в пространстве и другие данные. Путем взаимодействия тейпа с определенными рецепторами нервная система получает информацию о том, что тканям на участке аппликации необходимо дополнительное питание. Кровообращение в месте воздействия тейпа ускоряется, ткани получают больше питательных веществ, быстрее восстанавливаются и обретают повышенную чувствительность на время реабилитации.

Таким образом, любая часть тела человека в месте аппликации всегда восстанавливается быстрее, чем без наклеивания тейпов. Мышечная аппликация, выполненная без натяжения для ускорения кровообращения и восстановления тонуса мышц, суставная аппликация, наклеенная для поддержки повреждённых связок – оба варианта в значительной степени помогают человеческому организму быстрее самовосстанавливается. [1]

Классификация кинезиотейпирования

- Белое классическое (атлетическое жёсткое);
- Терапевтическое жёсткое;
- Кинезиологическое;
- Динамическое (биомеханическое);
- Баланс-тейпирование;
- Кросс-тейпирование.

Одним из первых появилось белое классическое тейпирование. Классический базовый спортивный тейп - лента из стопроцентной хлопковой ткани, на одну из сторон которой нанесён специальный медицинский клей. Он не тянется. Сегодня этот вид тейпирования используют в боксе, регби, баскетболе, спортивной гимнастике, иногда в волейболе. Преимуществом данной методики является жёсткая фиксация нестабильного сегмента опорно-двигательного аппарата для профилактики спортивных травм во время тренировок и соревнований. Данную аппликацию, как правило, снимают сразу после нагрузки.

Терапевтическое жёсткое тейпирование пришло к нам из Австралии. Целью здесь является фиксация оптимального по амплитуде и направлению движения после проведённой мануальной терапии. Обычно используют комбинацию из двух тейпов: под чрезвычайно жёстким тейпом накладывают хлопковый сетчатый тейп. Время ношения такой повязки ограничено около суток. Оно получило широкое распространение у мануальных терапевтов Австралии, Новой Зеландии и стран Европы.

Самое молодое направление - методика биомеханического (динамического) тейпирования. Она была создана австралийским физиотерапевтом Райаном Кендриком. В ней используются специальные динамические тейпы, которые тянутся во всех направлениях и обладают повышенной эластичностью и прочностью. При правильном наложении динамического тейпа создаётся более сильная поддержка движению мышечно-связочного аппарата. Применяется в тех видах спорта, в которых у спортсменов хорошо развита мускулатура и часто бывают травмы опорно-двигательного аппарата. К примеру, в спортивных играх: футболе, хоккее, баскетболе, единоборствах.

Балансирующее тейпирование было разработано в Южной Корее профессором Ли Чон Хуном. В основе концепции балансирующего тейпинга лежит восстановление нарушенного баланса тела. Именно это нарушение опорно-двигательного аппарата часто становится причиной болевого синдрома, ограничения подвижности и/или гипермобильности в разных отделах скелетно-мышечной системы. Поэтому место аппликации тейпов не всегда совпадает с локализацией боли и/или других нарушений двигательной функции. Важной особенностью баланс-тейпирования является наличие обратной связи в виде тестов, позволяющих определить объём и локализацию тейпирования. Приёмы диагностики просты и доступны, но именно их умелое использование помогает восстановить баланс всего тела и сделать наиболее эффективную аппликацию.

Кросстейпинг является одним из ответвлений техники балансирующего тейпирования. Данная методика является уникальным сочетанием западного и восточного подхода к лечению различных заболеваний и нарушений опорно-двигательного аппарата. Она подразумевает воздействие на триггерные, акупунктурные и меридианные точки, а также на различные болевые точки путём наклеивания на них кросстейпов специальным образом. [2]

Рассмотрим подробные случаи, при которых рекомендуется использование тейпа:

Ушиб. Место ушиба достаточно болит, а на коже появляется гематома. В данном случае тейп поможет снять боль и эффективнее избавит от гематомы.

Растяжение. Применение тейпа ускорит снятие возникшего отёка и позволит стабилизировать сустав для снятия нагрузки с повреждённых связок.

Хронические боли в суставах. Человек с таким недугом обычно перебирает множество средств из аптеки в поисках эффективного способа облегчить боль. Разумеется, тейпирование не является полноценным лечением, но облегчит состояние.

Менструальные боли. Наклеивая аппликацию на ключевые точки, можно позволить организму избавиться от характерной спастической боли.

К показаниям также относят:

- реабилитационная поддержка после травмы;
- профилактика перегрузок определённых суставов, частей тела при сложных силовых или активных видах спорта;
- коррекция осанки;
- улучшение мышечной чувствительности.

В противовес преимуществам существует ряд причин отказаться от применения тейпов. Абсолютными противопоказаниями являются:

- открытые раны и трофические язвы кожи во избежание инфицирования, так как тейп не стерилен;
- экзема и ксеродерма;
- 1 триместр беременности;
- сердечная и почечная недостаточность;
- тромбоз;
- аллергические реакции на акриловый клей;
- индивидуальная непереносимость.

Относительные противопоказания:

- 2 и 3 триместр беременности;
- онкологические заболевания и метастазирование опухоли;
- сахарный диабет, но только с консультацией врача эндокринолога;
- отёчность и повышенная температура, которая не прошла после острой фазы заболевания;
- инфекционные заболевания. [2]

Существует два способа наложения аппликаций.

При декомпрессионном способе используется среднее и сильное натяжение. Отрезанную полоску тейпа складывают пополам бумажной подложкой наружу, проглаживают сгиб – линия надреза – от края надрывают подложку по всей ширине. взяв оба конца тейпа в руки и придерживая большими пальцами по всей ширине, нужно растянуть ленту в длину – подложка сама отклеится, приступить к выполнению аппликаций.

Якорный способ будет применяться в аппликациях без натяжения или требующих небольшого натяжения. отрезанную полоску тейпа взять в руки, и отмерив 5 см от края, согнуть бумажной подложкой наружу. этот участок шириной 5 см называется якорь. якоря всегда приклеиваются без натяжения. Затем необходимо надорвать край сгиба и разорвать всю бумажную подложку по длине сгиба, удалить отрезок подложки с края тейпа.

Формы тейпов:

- I-тейп – обычный прямой отрезок тейпа любой длины и независимо от ширины.
- Y-тейп – стандартная полоска тейпа, разрезанная вдоль до середины.
- V-тейп – стандартный тейп, разрезанный почти до конца, оставив только 3-4 см якоря.
- X-тейп – стандартная полоска разрезается с двух сторон и в середине оставляется 5 см.
- лимфа-тейп – это форма тейпа для выполнения аппликаций с целью снятия отёков и гематом. вырезается он из стандартного рулона путём деления тейпа вдоль на 4-5 полосок и с якорем 3-4 см.
- «Китайский фонарик». отрезок тейпа складывается пополам и в сторону концов тейпа выполняется 3-4 параллельных надреза, оставляя для якорей 3-4 см. [3]

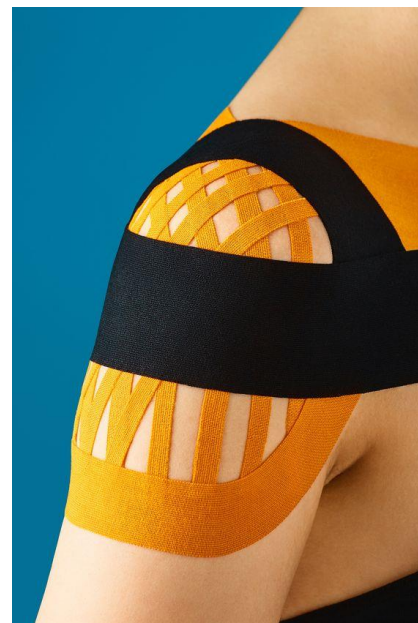


Рисунок 1 - Способы наложения аппликации

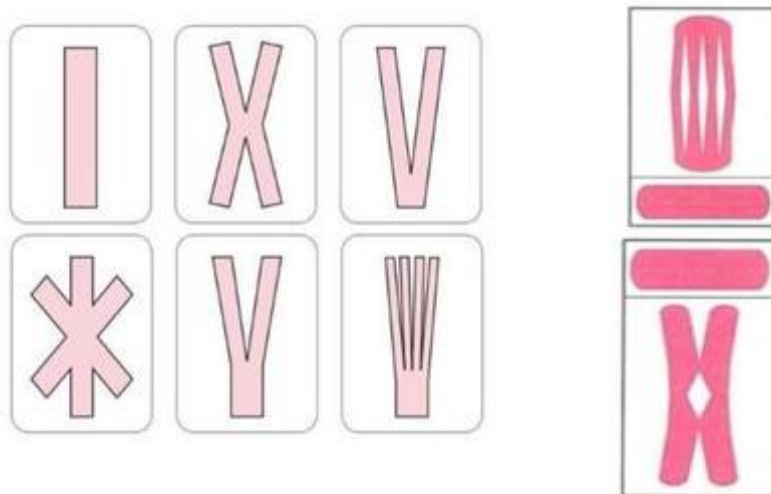


Рисунок 2 - Формы аппликаций

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Научные статьи и курсы официального представителя кинезиотейпов «ВВТаре» в Российской Федерации и странах СНГ (https://bbtape.ru/obuchenie_kinezioteipirovaniyu.html)
2. В.А.Гайт – «Основы кинезиологического тейпирования»
3. С.Н.Сердюченко – научная статья «Кинезиотейпирование как метод реабилитации после травм»

СЕКЦИЯ № 2 «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

ЖУКОВИЧ С.С.

Брест, ГУО «Средняя школа №20 г. Бреста имени Героя Советского Союза Д.М. Карбышева»
Научный руководитель – Самойлович А.В., учитель географии.

ШУМОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ МИКРОРАЙОНА «ЦЕНТР» ГОРОДА БРЕСТА

Шумовое загрязнение – это одна из наиболее актуальных проблем экологии современности. Это звуковой бич нашего времени, видимо, самое нетерпимое из всех видов загрязнения внешней среды. Наряду с проблемами загрязнения воздуха, почвы и воды человечество столкнулось с проблемой борьбы с шумом. Появились и получают широкое распространение такие понятия как «акустическая экология», «шумовое загрязнение окружающей среды» и др. Всё это обусловлено тем, что вредное воздействие шума на организм человека, на животный и растительный мир бесспорно, установлено наукой.

Акустическое загрязнение во всем мире составляет порядка 70-75% от всех экологических загрязнений.

Число жалоб от горожан в связи с сильным шумовым загрязнением постоянно растет.

В качестве экономического механизма борьбы с шумом во многих европейских странах еще в 1970-е годы принят закон о плате за шумовое загрязнение. Чем выше уровень шума, тем больше взимается плата в бюджет города с владельца источника загрязнений.

Но даже при этом, например, в Риме 90% населения жалуется на шум, во Франции – 50%, в Германии – 60%, а в Австрии – 75%.

Говоря о шуме, подразумевают громкие, постоянные, навязчивые звуки, несущие раздражение. Шумовое загрязнение окружающей среды, как правило, состоит из гула, производимого техническими средствами. Существует мнение, что шумы природного происхождения также относятся к акустическому раздражению. Но это мнение неверно, поскольку к звукам природы живые существа адаптируются.

Шумовое загрязнение – это превышение естественного уровня шумового фона или ненормальное изменение звуковых характеристик: периодичности, силы звука и пр. Шумовое загрязнение приводит к повышенной утомляемости человека и животных, понижению производительности труда, физическим и нервным заболеваниям.

Таким образом, шумовое загрязнение это раздражающий шум антропогенного происхождения, нарушающий жизнедеятельность живых организмов и человека [1].

Шумовое загрязнение началось во время урбанизации в середине XIX века – активно развивалась промышленность, и люди ради заработка переезжали из сел в города. Рабочий класс жил на территориях возле промышленных объектов, где был постоянный шум от станков и выбросы в воздух. Фридрих Энгельс в книге «Положение рабочего класса в Англии» описывал 40-е годы XIX века: многие люди жили в маленьких помещениях и подвергались шумовому воздействию как во время рабочего дня, так и после него. Больше всего шумовому загрязнению подвержены самые крупные города мира.

Акустическое загрязнение измеряется в децибелах (дБ) – единицах измерения, обозначающих соотношение громкости. Шум, не вредящий человеку и живым существам, составляет 45 дБ. Звуки, чья громкость превышает 80 дБ считаются шумовым загрязнением.

Длительный шум неблагоприятно влияет на орган слуха, понижая чувствительность к звуку. Он приводит к расстройству деятельности сердца, печени, к истощению и перенапряжению нервных клеток. Ослабленные клетки нервной системы не могут достаточно четко координировать работу различных систем организма. Отсюда возникают нарушения их деятельности. В результате воздействия шума у человека появляются симптомы переутомления и истощения нервной системы. Со стороны психики наблюдается подавленное настроение, понижение внимания, задерживаются интеллектуальные процессы, повышается нервная возбудимость. Шум снижает работоспособность и производительность труда, препятствует нормальному отдыху и нарушает сон. Под влиянием шума значительной силы наблюдается изменение нормальной деятельности различных органов и систем (изменение секреции желудочного сока, повышение кровяного давления и т. п.).

Как уже было сказано, уровень шума измеряется в единицах, выражающих степень звукового давления – децибелах. Это давление воспринимается не беспрельдно. Уровень шума в 20-30 децибелов (дБ) практически безвреден для человека, это естественный шумовой фон. Что же касается громких звуков, то здесь допустимая граница составляет примерно 80 дБ, и то при уровне шума 60-90 дБ возникают неприятные ощущения. Звук в 120-130 дБ уже вызывает у человека болевое ощущение, а 150 становится для него непереносимым и порой приводит к необратимой потере слуха. Недаром в средние века существовала казнь «под колокол». Гул колокольного звона мучил и медленно убивал осужденного. Звук в 180 дБ вызывает усталость металла, а в 190 дБ – вырывает заклёпки из конструкций. Очень высок уровень и промышленных шумов.

Каждый человек воспринимает шум по-разному. Многое зависит от возраста, темперамента, состояния здоровья, окружающих условий. Некоторые люди теряют слух даже после короткого воздействия шума сравнительно уменьшенной интенсивности. Постоянное воздействие сильного шума может не только отрицательно повлиять на слух,

но и вызвать другие вредные последствия – звон в ушах, головокружение, головную боль, повышение усталости. Очень шумная современная музыка также притупляет слух, вызывает нервные заболевания.

Шум обладает аккумулятивным эффектом, т. е. акустические раздражения, накапливаясь в организме, все сильнее угнетают нервную систему. Поэтому перед потерей слуха от воздействия шумов возникает функциональное расстройство центральной нервной системы. Особенно вредное влияние шум оказывает на нервно-психическую деятельность организма. Шум оказывает вредное влияние на зрительный и вестибулярный анализаторы, снижает рефлекторную деятельность, что часто становится причиной несчастных случаев и травм. Чем выше интенсивность шума, тем хуже мы видим и реагируем на происходящее. Этот перечень можно продолжить. Но необходимо подчеркнуть, что шум коварен, его вредное воздействие на организм совершенно незримо, незаметно и имеет аккумулялирующий характер, более того, против шума организм человека практически не защищен. При резком свете мы закрываем глаза, инстинкт самосохранения спасает нас от ожогов, заставляя отдернуть руку от горячего и т.д., а от воздействия шума у человека нет защитной реакции. Поэтому и существует недооценка борьбы с шумом [2].

В нашей стране действует ряд документов, нормирующих допустимые уровни шума. Однако основным документом является постановление Министерства здравоохранения РБ №115 от 16.11.2011. Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов. Настоящие санитарные нормы устанавливают классификацию шумов; нормируемые параметры и предельно допустимые уровни шума на рабочих местах, допустимые уровни шума в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки [3].

Согласно санитарным нормам в классных помещениях, учебных кабинетах, учительских комнатах, аудиториях школ и других учебных заведений, конференц-залах, читальных залах, библиотеках максимальный уровень звука составляет 55 дБ.

Территории, непосредственно прилегающие к зданиям детских дошкольных учреждений, школ и других учебных заведений, библиотек – 70 дБ. Площадки отдыха на территории дошкольных учреждений, школ и др. учебных заведений – 60 дБ.

Таким образом, было решено измерить уровень шума на улицах микрорайона «Центр» города Бреста. Согласно допустимым уровням шума, этот показатель не должен превышать 70 дБ.

Измерения шумового загрязнения велись при помощи специального прибора – шумомера ADA ZSM 135. Принцип работы шумомера достаточно прост. С помощью микрофона прибор улавливает поступающие шумы. Прирост звукового давления воздействует на мембрану микрофона. Это приводит и к увеличению уровня электрического тока на входе в вольтметр, который присоединен непосредственно к микрофону. Индикатор прибора получает эти данные и преобразует их в децибелы.

Измерения было решено проводить в период с 17.00 до 19.00 часов, или так называемый вечерний час пик. Именно в это время, согласно исследованиям ученых, улицы и автомобильные дороги загружены максимально. Следовательно, именно в это время на улице создается максимальный уровень шума.

Замеры проводились поквартально, в каждом квартале имелось две точки измерения – в центре квартала и на его окраине у дороги. Каждое измерение проводилось с помощью функции «среднее измерение» - шум измерялся в течении 30 секунд в каждой точке, а затем прибор выдавал среднее значение за это время. Результаты измерений отражались на карте микрорайона, где каждый квартал имел свое значение. После того, как все измерения состоялись, было решено создать электронную карту шумового загрязнения микрорайона «Центр» [Рис. 1].

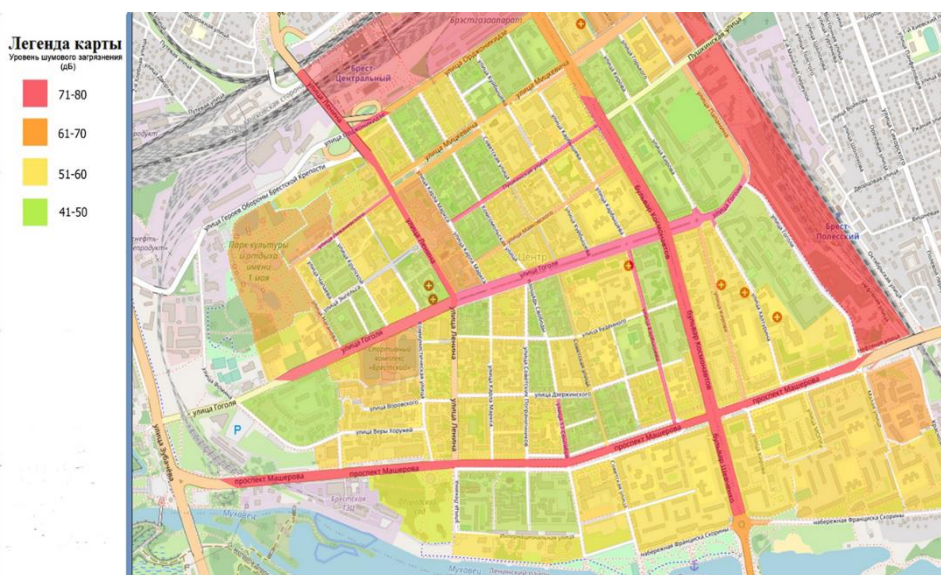


Рисунок 1 – Карта шумового загрязнения микрорайона «Центр»

Исходя из полученных данных и анализируя составленные карты можно сделать следующие выводы:

1) В большей части микрорайона «Центр» уровень шумового загрязнения не превышает допустимую норму в 70дБ. Это объясняется тем, что в пределах данного микрорайона на данный момент отсутствуют крупные промышленные центры, аэропорт, наземные линии метро, не ведутся масштабные строительные работы.

2) Превышение допустимого уровня шума наблюдается в пределах многополосных автомобильных дорог и железнодорожных путей. Именно они являются главными объектами шумового загрязнения микрорайона.

3) Уровень шумового загрязнения микрорайона измерялся в самое шумное для города время – вечерний час пик. Поэтому можно сделать вывод о том, что на карте отображены, в среднем, максимальные значения шумового загрязнения, в остальное время суток данные показатели будут ниже.

Но не смотря на в целом благоприятную обстановку шумового загрязнения в данном микрорайоне, существуют места, в которых уровень шума превышает допустимые нормы, также организм каждого человека индивидуален, поэтому для некоторых людей допустимые нормы шума могут оказывать негативное влияние. Поэтому было принято решение разработать специальные памятки, которые по согласованию с ЖЭС-ом были размещены в кварталах, в которых уровень шума показывал очень высокие значения. Также были разработаны буклеты, в которых отражалась краткая информация о проблеме шумового загрязнения и способах защиты от него. Эти буклеты раздавались жителям города с целью информирования населения о данной экологической проблеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Голицын А.Н. Промышленная экология и мониторинг загрязнения природной среды - М.: 2010. - С. 64-70.
2. Шишелова Т.И., Малыгина Ю.С., Нгуен Суан Дат. Влияние шума на организм человека // Успехи современного естествознания. - 2009. - № 8. - С. 28-31
3. Санитарные нормы постановления Министерства здравоохранения РБ №115 от 16.11.2011. Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов.

ХАБАРОВА А.А., ЩЕРБОВИЧ А.А., СОБОЛЬ Т.А., КОВАЛЬЧУК Д.И.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Крутько С., преподаватель

БЬЮТИ-ИНДУСТРИЯ – ВЫХОД ИЛИ ЗАПАДНЯ

Бьюти-индустрия – отрасль экономики, представляющая собой комплексную систему производства, маркетинга и продажи продуктов, товаров и услуг, связанных с красотой и уходом за внешним видом человека [1].

Сегодня она является одной из самых стремительно развивающихся отраслей экономики и имеет значительное влияние на общество. Ее доходы насчитывают свыше 500 млрд долларов по всему миру, что генерирует значительную долю ВВП различных государств и создает множество рабочих мест. Это связано с тем, что красота является универсальным маркером привлекательности, она имеет важное психологическое значение для людей, влияя на их самооценку и самопрезентацию. Средства для ухода за кожей и косметические продукты облегчают поддержание хорошего состояния внешности и улучшают настроение. Изменение же своего внешнего вида является одной из главных потребностей самовыражения, и бьюти-индустрия призвана удовлетворять данные потребности людей, что в значительной мере влияет на социальную психологию человека, помогая ему укреплять свою самооценку и уверенность в себе [2].

Бьюти-индустрия в свой состав включает клиники эстетической медицины, имиджевые и косметологические кабинеты, салоны красоты, парикмахерские, студии ногтевого дизайна и пр. К данной сфере можно также отнести спортивно-оздоровительные клубы, фитнес-залы. Отдельную категорию составляет изготовление и продажа предметов личной гигиены, специальных средств по уходу за кожей лица, тела, волосами, ногтями, инвазивные методики (в том числе хирургические процедуры) [3].

В научной литературе можно встретить различные подходы к систематизации ценностно-смысловых характеристик индустрии красоты, например, выделяют:

- дестигматизацию (стремление избавиться от природных и социальных стигматов – телесных знаков, ухудшающих имидж субъекта);
- символизацию (нанесение телесных знаков, улучшающих имидж субъекта);
- заботу о здоровье;
- гедонистический мотив (мотив удовольствия, получаемого во время процедуры).

Каждый из этих мотивов соотносится с группой основных потребностей человека и является причиной роста популярности индустрии красоты в современном обществе.

Еще одной причиной роста популярности индустрии красоты, усиливающий влияние данной отрасли на общество, является телевидение и другие средства массовой информации, в особенности интернет. Они оказывают большую поддержку в сфере пропаганды индустрии красоты во всем мире [4].

Но необходимо отметить, что бьюти-индустрия может иметь и негативное влияние на общество. Некоторые компании используют агрессивный маркетинг и стереотипы красоты, чтобы создать комплексы у людей и тем самым

увеличить свои продажи. Это может приводить к образованию недостаточно здоровой культуры физического вида и несоответствующих стандартов красоты, что создает проблему адекватной оценки бьюти-индустрии в обществе, которая с каждым днем становится все актуальнее.

Все больше и больше людей ежедневно теряют способность непредвзятого взгляда и критической оценки ее элементов, целей, результатов ее воздействия. К созданию и укреплению этих предубеждений имеет отношение, в частности, и сама индустрия, а именно – бьюти-менеджмент и бьюти-реклама.

Мы выходим на улицу и видим десятки людей: разных, особенных, по-своему красивых, но, несмотря на это, средства массовой информации, реклама чаще всего транслируют далёкие от реальности образы. Настолько далекие, что обычные люди не узнают себя в них. В рекламных видеороликах, афишах говорят о стандартах красоты, бытующих в обществе, но нередко противоречащих естественному человеческому телу.

С необходимостью сопоставлять себя с ними сталкивается каждый, а тем, кто под них не подходит, это вменяется в вину. При этом идея стандартов подается так, будто люди сами хотят подогнать себя под них – добровольно и только по своему желанию [1].

Однако, рассматривание отретушированных изображений может привести к фрустрации от нереализованных ожиданий. Эта гонка изматывает: стандарты красоты постоянно меняются, а соответствовать всем и сразу просто невозможно, что может приводить к разным проблемам психологического и физиологического характера [3].

В совокупности эти факторы нарушают не только индивидуальный, но и общественный взгляд как на понятие красоты, так и на бьюти-индустрию в целом. Часто от одного только упоминания о каких-либо процедурах идет волна негатива и стереотипов.

Тем не менее стоит помнить, что оценка этой отрасли не заканчивается только негативными мнениями. Множество мужчин и женщин, даже после попадания под поток информации из СМИ, не переполняются негативными мыслями и комментариями на этот счет. Адекватность подхода к этому вопросу позволяет понять, что немалая часть бьюти-процедур не пытается навязать какой-либо из стандартов, а лишь предлагают свои услуги, которые по сути призваны помочь людям улучшить внешность и самооценку [5].

Нами была проведена учебно-исследовательская работа, основной целью которой была определить является ли бьюти-индустрия для анкетированных «выходом», который помогает им выражать свою индивидуальность и ухаживать за собой, или же «западной», создающей недовольство из-за неподобающего качества продуктов, недостаточной прозрачности в отношении ингредиентов или этических вопросов.

Перед исследованием были поставлены следующие задачи:

1. Оценить удовлетворенность качеством и эффективностью бьюти-продуктов, а также услуг, предоставляемых современной бьюти-индустрией.

2. Изучить восприятие анкетированными бьюти-услуг, бьюти-продукции и цен на них; определение готовности платить за определенные бренды или процедуры.

3. Изучить уровень удовлетворенности анкетированных продуктами и услугами в бьюти-индустрии, определение причин их недовольства.

4. Оценить интерес к этическим аспектам производства, таким как использование натуральных ингредиентов, отсутствие тестирования на животных, устойчивое производство и упаковка.

5. Оценить осведомленность анкетированных о возможном влиянии косметических продуктов и процедур на здоровье: рисках и пользе для здоровья, связанных с использованием косметических продуктов и проведением косметических процедур.

6. Оценить осведомленность анкетированных о возможном влиянии на психическое здоровье (влияние стандартов красоты, рекламы и образа жизни, продвигаемых бьюти-индустрией, на психическое здоровье и самооценку людей).

7. Оценить осведомленность анкетированных о влиянии пластической хирургии и других косметических процедур на здоровье: о рисках и пользе пластической хирургии, инъекций красоты и других косметических процедур с точки зрения медицинской безопасности.

8. Оценить влияние рекламы, социальных медиа, стандартов красоты и образа жизни, продвигаемых бьюти-индустрией, на общественное здоровье и выбор анкетированных.

В ходе работы было проведено анкетирование представителей различных социальных групп и получены следующие данные:

1. Наибольшей популярностью данная отрасль, ожидаемо, пользуется среди женщин (99,9% респондентов составили женщины), больше половины которых находились в возрастной группе от 12-20 лет.

2. 74,4% опрошенных выразили позитивное отношение к бьюти-индустрии.

3. Наиболее распространенными источниками информации о различных бьюти-услугах являются социальные сети (такие как Instagram и т.д.), различные СМИ, однако был отмечено достаточно большое количество респондентов, указавших научные источники информации, а не только масс-медиа. Причем уровень доверия к получаемой информации из различных источников был преимущественно средним, что говорит о критическом отношении к получаемой информации.

4. 47,4% опрошенных пользуется услугами бьюти-индустрии 1 раз в месяц и чаще всего это различные уходовые процедуры (услуги парикмахеров, визажистов, мастеров по маникюру либо просто уходовой косметикой), хотя в перспективе не против попробовать весь перечень спа-процедур (69,4%), массаж (66,7%). Однако, их останавливает прежде всего сложность выбора учреждений по оказанию бьюти-услуг по показателю цена-качество,

сбалансированность которого все еще оставляет желать лучшего, плюс немаловажное значение имеет географическое расположение этих учреждений. При чем большинство опрошенных согласны потратить на эти процедуры до 20% своего бюджета, что достаточно много.

5. Так же наблюдается парадоксальная ситуация – более половины опрошенных считают, что бьюти-индустрия способствует улучшению самооценки и уверенности людей и, в то же время, 51,3% видит в ней фактор, создающий неестественные стандарты красоты и давление на женщин. При этом 64,1% респондентов нейтрально относятся к использованию бьюти-индустрией стандартов красоты, которые не соответствуют культурным и этническим особенностям людей.

6. Около $\frac{3}{4}$ опрошенных признают возможную опасность бьюти-индустрии как для физического, так и для психического здоровья человека, хотя и отмечают бесспорное наличие и позитивных моментов.

7. Основными негативными моментами, которые указали опрошенные, были завышенность и неестественность транслируемых бьюти-индустрией стандартов красоты, высокая стоимость оказания услуг и достаточно высокая вероятность развития побочных эффектов, появление зависимости от процедур, формирование чрезмерной самокритики, непринятие себя такими, какими мы есть, формирование комплексов и т.д.

8. К позитивным моментам респонденты отнесли повышение самооценки, уверенности в себе, поднятие настроения, формирование успешности в обществе.

9. 74,4% опрошенных высказались за использование натуральных и органических составляющих бьюти-индустрии, 59% респондентов против тестирования бьюти-продукции на животных и признают отрицательное влияние бьюти-индустрии на окружающую среду; 69,2% считают возможным сочетание бьюти-индустрии и экологически ответственным образом жизни.

10. При всем вышеизложенном только около половины опрошенных знают какие ингредиенты содержат их косметические средства, оценивают риск использование косметических средств и процедур для своего здоровья как средний и сталкивались лично с этим отрицательным воздействием.

11. 51,4% респондентов отрицает продвижение бьюти-индустрией неправильных стандартов красоты, 51,3% нейтрально относятся к пластической хирургии, 66,7% не уверены в своей оценке влияния пластической хирургии на здоровье человека.

12. Касательно инвазивных методов бьюти-индустрии, большинство выделило позитивный момент пластической хирургии в случаях, когда это медицинский оправдано и повышает качество жизни человека с реальными физическими недостатками и отрицательное возможное отрицательное воздействие во всех остальных случаях.

Таким образом можно сделать вывод, что, в последнее время, наблюдается улучшение качества продуктов бьюти-индустрии, эффективности и технологичности ее услуг, появляется все больше специалистов с хорошей квалификацией, возрастает доверие и удовлетворенность пользователей. Рекламная составляющая также становится красочней и приятней. Благодаря комбинации качественного продукта и рекламы все больше людей доверяются бьюти-индустрии, появляется все больше положительных отзывов о процедурах и продуктах. Люди выражают все меньшую настороженность в отношении бьюти-услуг, больше вовлекаясь в эту сферу, что не мешает им здраво оценивать современные возможности и эффективность бьюти-процедур, признавая весомость моральной составляющей средств бьюти-индустрии (недопустимость тестирования средств на животных, их влияния на экологию). Большинство опрошенных отдает предпочтение натуральной косметике и средствам ухода.

Необходимо так же отметить осознание респондентами возможности не только позитивного влияния бьюти-индустрии на физическое и психическое здоровье в виде улучшения психологического здоровья, возникновения положительных эмоций, расслабления и оживления организма, но и возможности негативных последствий таких как достаточно высокая вероятность развития побочных эффектов, появление зависимости от процедур, формирование чрезмерной самокритики, непринятия себя, возникновение комплексов и т.д.

Остается все еще неоднозначным отношение к пластической хирургии. Хотя большинство опрошенных проявили лояльность, высказав нейтральное отношение к данной сфере, было отмечено достаточное количество опасений касательно возможных рисков, связанных с инвазивными методами в косметологии и пластической хирургии, в частности были отмечены возможности возникновения аллергических реакций, ожогов, случайных повреждений, инфицирования, болевых ощущений и т.п. Тем не менее респонденты также продемонстрировали достаточную осведомленность и о пользе пластической хирургии в исправлении дефектов внешности врожденного или приобретенного характера, возможности устранения некоторых возрастных изменений, что влечет за собой улучшение качества жизни, повышение самооценки.

Такая неоднозначность отношения к инвазивным методам бьюти-индустрии возможно связана с их высокой стоимостью, недостаточной доступностью и информированностью людей, а также с не достаточным уровнем развития предлагаемых методик и технологий для уверенности людей в качестве и успешности в предоставляемых процедурах и услуг, в возможности устранения их негативных последствий.

То есть становится модным осознанное отношение к своему здоровью, внешности, комфорту. Люди все больше отдают предпочтение естественности, натуральности, критически относятся к получаемой информации, предпочитая опираться на научные источники, мнение профессионалов в сфере бьюти-услуг на что они готовы регулярно тратить значительные средства из своего бюджета.

Так же растет информированность и поддержка безопасности и экологичности бьюти-продукции. И хотя стандарты красоты и образ жизни, продвигаемый бьюти-индустрией оказывает огромное влияние на общественное здоровье, стандарты красоты и выбор пользователей, их мировоззрение и отношение к данному вопросу так же влияет

на содержание и цели бьюти-отрасли, делая систему отношений пользователь – бьюти-индустрия взаимозависимой и динамичной.

Об этом говорят рекомендации респондентов, которые они высказали в ходе анкетирования по безопасности использования косметических продуктов и процедур:

1. Читать состав косметологических средств и доверять только проверенным.
2. Критически относиться к рекламе и использовать информацию только из проверенных научных источников.
3. Тщательно изучать отзывы о тех или иных продуктах и процедурах.
4. Консультироваться с психологом, прежде чем прибегать к инвазивным процедурам.
5. Пользоваться услугами профессионалов.

Поэтому однозначный ответ на вопрос «Бьюти-индустрия – выход или западня?» невозможен. Он зависит от мировоззрения и целей каждого человека, от его увлеченности этим вопросом. Но нельзя отрицать необходимость работы над актуализацией информации, информированностью населения по данному вопросу с целью внедрения здоровых взглядов людей на пропагандируемые масс-медиа стандарты красоты, свою внешность и здоровье.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бьюти индустрия: что это значит? – [Электронный ресурс]. – URL: <https://psk-group.su/znacheniya/byuti-industriya-cto-eto-znachit/>. – Дата доступа: 12.01.2024.
2. Осознанная красота. Эволюция индустрии уходовой косметики / Резванова Н.П. – [Электронный ресурс]. – URL: https://mildberry.ru/cases/beauty_trends/. – Дата доступа: 12.12.2023.
3. Денисенкова, А., Стофорандов, Д. Бьюти на всю голову. Все, что надо знать о современном уходе, инновации в косметике / Денисенкова А, Стофорандов, Д. – М.: ОДРИ, 2022. – 192 с.
4. Грекова, Е.И. Индустрия красоты в современном медиакультурном пространстве / Е.И. Грекова // Человек в мире культуры. – 2017 – №4. – С. 190-111.
5. Лескова, И. В. Влияние современных стандартов красоты на сознание современного общества / И. В. Лескова, К. М. Гузе // Костюмология. — 2016. – Т 1. – №4. – С. 1-5.

БЕГУН И.С., ШИПУК Д.С.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Сороковская Е.А., преподаватель

СОСТОЯНИЕ СТРЕССА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Актуальность темы: довольно часто человеку приходится пребывать в состоянии эмоционального напряжения, переживать чувство повышенной тревоги, беспокойства, неуверенности в себе, т.е. испытывать так называемый стресс. Такие состояния нередко сопровождаются не только нарушением психического равновесия, но и целым рядом негативных изменений в функционировании физиологических механизмов в организме человека.

Цель работы: выявить виды стресса, причины его возникновения, способы снятия напряжения.

Задачи:

1. Проанализировать состояние стресса и его влияние на организм человека.
2. Провести анкетирование учащихся по данной проблеме и обработать результаты.
3. По результатам анкетирования составить учащимся рекомендации по борьбе со стрессом.

Объект: учащиеся учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж».

Предмет: воздействие стресса на человека.

Методы исследования: наблюдение, анкетирование, анализ.

Гипотеза исследования: предполагаем, что стресс – очень серьезная проблема, с которой нужно бороться. И если знать причины возникновения стресса, то можно найти способы борьбы с этим состоянием.

Стресс – это состояние организма, характеризующееся эмоциональным и физическим напряжением, вызванным воздействием различных неблагоприятных факторов.

Стрессовые состояния – нередкое явление в современном мире, так как количество внешних раздражителей только умножается, а эмоциональная напряженность, уровень ответственности на рабочих местах, объем перерабатываемой информации постоянно возрастают [1].

Понятие стресс подразумевает ситуацию вызывающую потребность в адаптации организма.

Существует несколько видов стресса:

1. Дистресс («чрезвычайный стресс») – состояние, которое отрицательно воздействует на организм человек.
2. Эустресс – так называемый «полезный стресс», в результате которого повышается функциональный резерв организма, происходит его адаптация. Длительное состояние дистресса может привести к расстройству сердечно-сосудистой системы, снижению иммунитета, развитию кожных заболеваний и депрессии [2].

Основные признаки стрессового состояния для организма:

- a) раздражительность, доходящая до агрессивности и проявляемая по отношению к окружающим без видимых причин;
- b) нарушение концентрации внимания, снижение работоспособности, скорости мыслительного процесса;
- c) плаксивость, невозможность сдерживать слезы, ощущение жалости к себе;
- d) внешние проявления нервозности: суетливые бегающие жесты, по минутное поправление одежды и прически, выкручивание пальцев;
- e) отсутствие сна и аппетита, или чрезмерные сонливость и ненасытность в пище.

Причины, влияющие на стресс:

- a) изоляция от близких людей; невозможность узнать об их самочувствии;
- b) одиночество;
- c) изменение временной структуры (при смене временных поясов);
- d) пребывание на публике (артисты, медийные личности);
- e) групповая изоляция нахождение в одной группе людей вместе в течение одного времени вызывают тревогу, а как следствие конфликты;
- f) монотипия – феномен, который проявляется в жизни человека при монотонных действиях ежедневно («день сурка», который влияет на память, мироощущение и на желание жить) [3].

Экстремальная ситуация в психологии – это момент взаимодействия человека со сложной психологической обстановкой, в которой проявляются функциональные возможности организма или его психические нарушения. Экстремальный стресс – это любая реакция на раздражители, и он необходим любому организму как обычное условие его жизни [4].

Во время стресса в организме человека происходит учащения и усиление сердцебиения, колебание артериального давления (чаще – повышение, учащение и углубление дыхания или спазм дыхательных мышц, расширение зрачков, повышение мышечного тонуса) [5].

Любой стресс сопровождается отрицательными эмоциями. Неотреагированные эмоции идут в двух направлениях. Если слабая нервная система, то развивается невротическое расстройство, а у сильных личностей – психосоматические заболевания (гипертоническая болезнь язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет, псориаз, нейродермит и др.) Поэтому, очень важно каждому человеку научиться не накапливать отрицательные эмоции и уметь разряжаться [6].

Основной реакцией на стресс у людей является чувство голода – это действие гормона стресса кортизола. В состоянии хронического стресса, чувство голода может возникать, даже если организму и не нужно столько еды. Но он, как запасливый хозяин думает, «стресс – значит, наступили плохие времена». В результате откладывается жир про запас.

При стрессе, организм теряет очень много белка, так как белок идет на активацию системы иммунитета и образование стрессорных гормонов. Белок начинает поставляться из всех органов, не отвечающих за «оборону» – стенок желудка, почек. В результате эти органы страдают.

Для реакции стресса необходимо много кальция, который начинает вымываться из костей, и кости становятся более хрупкими. Страдают зубы, волосы и ногти [7].

В результате проведенного анкетирования среди учащихся нашего колледжа, в котором приняли участие 117 человек, мы получили следующие ответы:

1. На вопрос «Как вы считаете, подвержены ли вы стрессам?» мы получили такие ответы: редко – 40,42%; часто – 31,96%; почти никогда – 10,34%; почти всегда – 5,64% (рисунок 1).

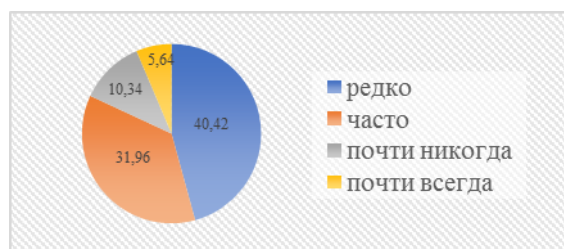


Рисунок 1 – Результаты анкетирования, вопрос «Как вы считаете, подвержены ли вы стрессам?»

2. На вопрос «Что вы больше всего ощущаете при тревожном состоянии?» учащиеся ответили так: плохое настроение – 32,9%; недостаток сна – 28,2%; плохое самочувствие – 15,04%; апатия – 12,22% (рисунок 2).

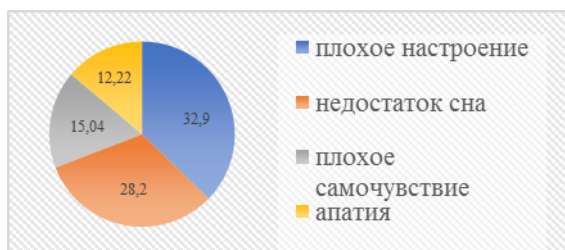


Рисунок 2 – Результаты анкетирования, вопрос «Что вы больше всего ощущаете при тревожном состоянии?»

3. «Какие проблемы вызывают у вас стресс?» (несколько вариантов ответа) ответы на вопрос были следующие: трудности в обучении (ответ у доски, написание письменных работ, экзамен) – 63,92%; ссора с друзьями и близкими – 15,98%; проблемы со здоровьем – 15,98%; принятие важных решений – 15,04% (рисунок 3).



Рисунок 3 – Результаты анкетирования, вопрос «Какие проблемы вызывают у вас стресс?»

По результатам нашего исследования, мы выявили, что большинство учащихся испытывают стресс в процессе учебы, а именно, при ответе у доски, при написании письменных или контрольных работ; а также при ссорах с родными и друзьями.

Справляются со стрессом учащиеся разными способами, но самые распространенные это: сон – 30%; спорт – 24,2%; хобби – 21,4%; прогулка на свежем воздухе – 18,6%; разговор с близкими – 18,5%; музыка – 15,7%; успокоительные лекарственные средства – 14,2% (рисунок 4).

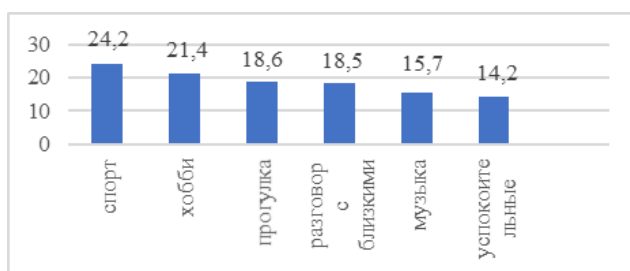


Рисунок 4 – Способы борьбы со стрессом среди учащихся.

В данном исследовании мы попытались сформулировать следующие рекомендации, которые могут помочь в борьбе со стрессом:

1. Возьмите паузу. Основной источник стресса – это перенапряжение, поэтому, бороться с ним помогает отдых. Но это не значит, что нужно целыми днями сидеть перед телевизором, отдыхайте активно: отправляйтесь на природу, на свежий воздух.

2. Витаминотерапия. Стрессовое состояние заставляет человеческий организм включать все внутренние резервы, чтобы поддержать его работоспособность употребляйте в пищу полезные продукты, насыщенные витаминами С (яблоки, помидоры, шиповник) и В (сухофрукты, капуста, свекла, миндаль, куриная печень, рыба и т.д.).

3. Правильное питание. Еще один метод снятия стресса употребление в пищу продуктов, способствующих улучшению настроения. Как известно, незаменимым помощником в борьбе со стрессом является гормон счастья – серотонин, а такие продукты, как бананы, миндаль, шоколад и многие другие способствуют его выработке. Но не все продукты помогут вам в борьбе со стрессом, ограничьте употребление сахара, жирной пищи по мере возможности. Перестаньте перекусывать, если вы не проголодались. Если бессонница ваша постоянная спутница – проветрите комнату вечером, ограничьте потребление кофеина, не принимайте пищу перед сном.

4. Ароматерапия. Еще с древних времен известно благоприятное воздействие ароматных эфирных масел. Успокаивающе действуют эфирные масла розы, лаванды, жасмина и кипариса.

5. Психологическая помощь. Задушевная беседа как способ снятия стресса очень эффективна. Иногда человеку в состоянии эмоционального напряжения просто необходимо выговориться, часто чтобы увидеть проблему под другим углом достаточно просто озвучить ее. Справиться со стрессом могут помочь близкие люди.

6. Экстрим в борьбе с плохим настроением. Еще один из эффективных способов снятия стресса – подвергнуть организм новому виду стресса.

7. Займитесь спортом. Борьба со стрессовыми ситуациями помогают занятия спортом, а также они делают организм более устойчивым к эмоциональным воздействиям. Это прекрасный выход для многих - заняться физическими упражнениями. Причем, совсем не важно, какими. Возможно, это будет бег, отжимания, велосипед, силовые тренировки. Наибольший эффект будет от упражнений, где нужны регулярные повторения (например, бег) заставляет организм расслабляться. А это, в свою очередь, заставляет Ваше тело и мозг реагировать на стресс адекватно.

8. Древнейшая система – йога. При помощи йоги можно расслабиться, разобраться в себе, а также укрепить мышцы. Попробуйте медитировать. Закрыв глаза, дышите глубоко и медленно. На каждом вдохе и выдохе повторяйте какую-нибудь приятную фразу или слово. Это простое упражнение способно привести организм в равновесие, помочь расслабиться и снять стресс.

9. Будьте осторожны. Избегайте ситуаций, которые могут привести к эмоциональному расстройству.

10. Чаще улыбайтесь. Если улыбаться чаще, то можно вызвать хорошее настроение на подсознательном уровне. Хвалите себя, положительные отзывы в свой адрес стимулируют выработку гормона кортизола, отвечающего за нейтрализацию стресса.

Борьба со стрессом можно и нужно, главное – подобрать для себя подходящие методы снятия стресса, а для этого можно прибегнуть к вышеперечисленным рекомендациям.

Таким образом, в наше время, как оказывается, стресс является болезнью. А болезнь отрицательно сказывается на здоровье, человека его духовном состоянии и благополучии. Поэтому, теме стрессов отводится особая, важная, роль. Со стрессами нужно бороться, а еще лучше предупреждать их, но т.к. второе за редким случаем нам удастся сделать. Борьба со стрессами – это помощь себе, своему здоровью, и чем бережнее вы относитесь к своему здоровью, тем крепче оно у вас будет, и тем приятнее и ярче будет казаться вам жизнь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Эверли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение: Пер. с англ. - М.: Изд-во «Медицина», 1985. – 84 - 104 с.
2. Карнеги Д. Как преодолеть тревогу и стресс – М.: Изд-во «Попурри», 2020. – 102-123 с.
3. Сапольски Р. Психология стресса. 3-е изд. – СПб.: П.: 2015. – 68-73 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
4. Стресс жизни: Сборник. – ТОО «Лейла», СПб., 1994. – 7-18 с.
5. Сытин Г.Н. Крепкие нервы: Настрои, улучшающие деятельность нервной системы. – М.: Изд-во «Лабиринт Пресс», 2003. – 237-258 с. (Серия «Я дарю вам здоровье и молодость»)
6. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия для детей и подростков: Учеб. пособие/ С.А. Игумнов; Науч. Ред. В.Т. Кондрашенко. 2-е изд., доп. – Мн.: Изд-во «Белорусская наука», 2001. – 43-49 с.
7. Горбач И.Н. Психоневрология: практ. Руководство для сред. медперсонала.– Мн.: Изд-во «Современное слово», 2002. – 211 с.

ЗАГОРОДНОВА Д.П.

Брест, Государственное учреждение образования «Средняя школа № 26 г. Бреста»
Научный руководитель – Лукашевич И.А., учитель биологии

ВЛИЯНИЕ ФИТОНЦИДОВ НА СОХРАННОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

Процесс сохранения продуктов питания в домашнем хозяйстве является важной проблемой. В современных условиях, в которых живет человек, много продуктов портится из-за поражения плесневыми грибами. В результате хранения нужно соблюдать определенные условия, поскольку при комнатной температуре они хранятся не долго. В полиэтиленовом пакете, например, на хлебе колонии грибов становятся видимыми через двое суток, на овощах – через пять суток.

В данной работе мы попытались найти средства защиты от плесени природного происхождения, которые присутствуют практически в каждом доме и которые позволят бороться с плесневыми грибами. Мы использовали биологические вещества природного происхождения – фитонциды. Они имеют явные преимущества перед химическими средствами. Последние вредны и опасны для здоровья человека.

В настоящее время возрастающее загрязнение окружающей среды выдвигает проблему охраны здоровья человека, поскольку оно зависит как от внутренней структуры организма, так и от воздействий окружающей среды. Результаты работы позволяют дать рекомендации по защите продуктов от плесени гриба Мукор.

Данная работа является актуальной, так как позволит получить расширенные сведения о наиболее эффективных фитонцидных растениях, а также для применения полученных знаний человеком в нестандартных ситуациях: при отсутствии холодильника (в условиях длительного похода, продолжительной поездки, поломке холодильного оборудования).

Проблема: как можно защитить продукты питания от появления плесневых грибов при их хранении?

Гипотеза: мы предполагаем, фитонциды, выделяемые некоторыми растениями, могут помочь сохранить продукты питания от появления на них плесневых грибов.

Предмет исследования: влияние фитонцидной активности на сохранность продуктов.

Цель: определить степень фитонцидной активности сосны, чеснока и горчицы на сохранность пищевых продуктов.

Задачи:

1. Заложить опыт, для проверки влияния фитонцидов, выделяемых сосной, чесноком и горчицей, на сохранность пищевых продуктов.
2. Сравнить полученные результаты с контролем.
3. Оценить фитонцидную активность сосны, чеснока и горчицы.

Свойства фитонцидов.

Плесень способна выделять токсические вещества – микотоксины, которые могут нанести вред организму людей и животных. Самое сильное канцерогенное (вызывающее рак) вещество, которое выделяет плесень, – афлатоксин.

Фитонциды – выделяемые некоторыми растениями летучие биологически активные вещества, подавляющие рост и развитие болезнетворных бактерий.

Большинство растений выделяют фитонциды. В большинстве случаев фитонциды представляют собой совокупность различных веществ – эфирных масел, органических кислот, гликозидов и др. Очень сильное противомикробное действие выявлено у чеснока, лука, корней хрена. Обнаружено оно и в других плодах и овощах – редьке, репе, редисе, капусте, кресс-салате, чернике, клюкве, малине, черной смородине, апельсинах, лимонах, мандаринах, зелени петрушки, красном перце, горчице и др.

Название «фитонцид» произошло от слияния греческого «phyton» («растение») и латинского «caedo» («убиваю»). Фитонцидные свойства растений были открыты в 1929 году видным советским исследователем профессором Б.П. Токиным.

Механизм и спектр противомикробной активности фитонцидов у разных растений также отличается. Одни оказывают бактерицидное действие и полностью уничтожают бактерии, а другие – бактериостатическое, останавливают только их рост и способность к размножению. Фитонциды могут обладать широким спектром противомикробной активности или действовать избирательно, уничтожая лишь определённые виды возбудителей.

Все хвойные: эвкалипты, пихты, сосны и многие другие растения выделяют летучие фитонциды. Воздух в хвойном лесу (в особенности в можжевеловом) практически стерилен, особенно он полезен больным туберкулезом.

Высокой активностью обладают фитонциды горчицы. Многие очень стойкие вредоносные грибы, вызывающие болезни растений и их споры умирают после шестичасового воздействия летучими фитонцидами горчицы, а многие бактерии умирают в первые минуты!

Фитонциды лука и чеснока убивают практически все виды болезнетворных микробов. Ни один антибиотик не может сравниться с ними по широте своего воздействия.

Влияние фитонцидов на образование, рост плесневых грибов и сохранность пищевых продуктов.

Цель эксперимента: определить степень влияния фитонцидов на срок хранения продуктов питания.

Оборудование: пластиковые контейнеры, образцы продуктов питания (ржаной хлеб, твердый сыр, лимон), растения, фитонцидную активность которых проверяли (чеснок, сосна, горчица), тетрадь для записей.

Для исследования были взяты: кусочки ржаного хлеба, сыра и лимона. Образцы были помещены в пищевые пластиковые контейнеры вместе с сосной, чесноком, горчицей, обладающими фитонцидными свойствами. Отдельно был помещен контрольный образец. Наблюдения проводились в течение 14 дней. Наблюдения заносились в таблицу.



Рисунок 1 – Закладка опыта

Выводы:

В результате проведенного эксперимента можно сделать следующие выводы. Выдвинутая гипотеза о том, что растения, выделяющие фитонциды, задерживают развитие плесневых грибов, подтвердилась. Все использованные растительные образцы содержат фитонциды, но их фунгицидные свойства различны. Наименьшей фитонцидной активностью обладает сосна и чеснок. Самыми сильными фитонцидными свойствами обладает горчица. В течении 14-ти дней плесени на продуктах питания не образовалось вообще.

Таким образом, фитонциды горчицы могут увеличить срок хранения продуктов питания, так как влияет на степень распространения плесневого грибка.

На основании проделанной работы можно рекомендовать хозяйкам использовать горчицу для сохранности хлеба. Насыпать её в полотняные мешочки и класть в хлебницу или целлофановый пакет. А также использовать фитонциды растений для борьбы с плесенью в жилых помещениях.

Таблица 1 – Результаты эксперимента

	Контроль: хлеб, сыр, лимон	Чеснок + хлеб, сыр, лимон	Сосна + хлеб, сыр, лимон	Горчица + хлеб, сыр, лимон
1 день	Закладка опыта			
3 день	Появляются небольшие участки мицелия	Без видимых изменений		
4 день	Мицелий мукора в виде бело-серого налета покрывает среднюю часть поверхности хлеба, активный рост на сыре, частично лимон	Бело-серый налет частично появился на сыре, лимон и хлеб – плесени нет	На всех продуктах небольшие участки плесени	Без видимых изменений
7 день	Активный рост плесневых грибов на сыре и лимоне, бело-серый налет превратился в черный, хлеб – умеренный рост	Сыр – активный рост, лимон – много, хлеб – частично.	Сыр и лимон – активный рост, хлеб – рост медленный	Без видимых изменений
10 день	Вся поверхность сыра и лимона черного цвета, поверхность хлеба – бело-серый налет	Поверхность сыра и лимона черного цвета, хлеб – белый налет, исключая участок возле чеснока.	Поверхность сыра и лимона черного цвета, весь хлеб покрыт бело-серым налетом	Без видимых изменений
14 день	Вся поверхность хлеба, сыра и лимона черного цвета.	Вся поверхность хлеба, сыра и лимона черного цвета.	Вся поверхность хлеба, сыра и лимона черного цвета.	Плесени не образовалось



Рисунок 2 – 10-й день эксперимента

Заключение.

Фитонциды – биологически активные вещества, основным свойством которых является подавление жизнедеятельности или даже гибель многих болезнетворных микроорганизмов. Они являются природными антибиотиками, которые человек научился использовать в практических целях.

Фитонциды – вещества, выстих растений, губительно действующие на бактерии, низшие грибы и простейшие организмы. Все растения продуцируют фитонциды. В наибольшем количестве фитонциды содержатся в чесноке, сосне, горчице.

Проведенное мной исследование по изучению влияния действия фитонцидов некоторых растений на рост плесневых грибов подтвердили эти сведения.

Полученные результаты позволили убедиться в эффективном действии фитонцидов и подтвердили ценные фитонцидные свойства данных растений. Растения, выделяющие фитонциды, можно использовать при хранении скоропортящихся продуктов.

Применение фитонцидов в сохранении продуктов питания – это надёжный, безопасный и мало затратный способ. Поместив продукт рядом с растением, выделяющим фитонциды, можно быть уверенным в его сохранности в течение нескольких дней. Зная это, можно без боязни брать свои любимые продукты в путешествия, туристические походы.

На основании проделанной работы можно рекомендовать хозяйкам использовать горчицу для сохранности хлеба. Насыпать её в полотняные мешочки и класть в хлебницу или целлофановый пакет. А также использовать фитонциды растений для борьбы с плесенью в жилых помещениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аксенова М. Энциклопедия для детей. Биология: Аванта, 2007
2. Батурицкая И.В., Фенчук Т.Д. Удивительные опыты с растениями / Изд-во Книга, 1991 г.
3. Бинас А.В. и др. Биологический эксперимент в школе /А.В. Бинас – М. Просвещение, 1990 г.
4. Блинкин С.А., Рудницкая Т.В. Фитонциды вокруг нас. М., 1981. 185 с.
5. Гольшенков П.П. Лекарственные растения и их использование. – Саранск. Мордовское книжное издательство, 1990. - С.29-30.

НОСКЕВИЧ С.Ф.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Сороковская Е.А., преподаватель

ЗАЩИТНЫЕ СТРАТЕГИИ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Актуальность данной темы обусловлена недостаточным вниманием к проявлению защитных механизмов у участников межличностных конфликтов. Конфликтные ситуации раскрывают скрытые возможности человеческого организма и психики, мобилизуют все внутренние ресурсы человека.

Цель работы – не только разобраться, какие способы разрешения конфликтов существуют, но и то, что нужно учитывать, чтобы прийти к адекватному решению проблемы. А также научиться анализировать различные конфликтные ситуации и, основываясь на выводах, использовать подходящую стратегию поведения, чтобы эффективно разрешить данный конфликт. Исходя из этого вытекают следующие задачи.

1. Разобрать особенности конфликтных ситуаций.
2. Проанализировать существующие стратегии поведения в конфликте, выделить плюсы и минусы данных стратегий.
3. Выбрать самую эффективную стратегию для разрешения конфликтных ситуаций.
4. Понять, какая стратегия, наиболее используемая среди учащихся.

Не существует абсолютно одинаковых людей, каждый человек мыслит по-своему, имеет определенное мировоззрение, которое может отличаться от других. Собственно, это и является основной причиной конфликтов. Многие люди ведут себя одинаково во всех ситуациях, не имея понятия, что можно выбирать разные стратегии поведения и эффективнее разрешать конфликты.

Изучению конфликтов посвящено достаточно много исследований, но все они по-разному акцентируют внимание на этой проблеме.

Так в работах Емельянова С.В., Анцупова А.М., Шилова А.А., основное внимание уделяется исследованию различных защитных механизмов, влияющих на протекание внутриличностных конфликтов [1]. В трудах Симонова К.М., Клаузевица К. отмечается, что в экстремальных ситуациях психика человека блокируется и не способна обрабатывать всю информацию [2]. Люди начинают действовать стереотипно, то есть не реагируют на получаемую извне информацию.

Дарендорф Р.Г. утверждает, что конфликт – это взаимоотношение между частями ..., которое характеризуется как скрытые или явные противоречия целей, интересов [3].

По мнению Кармина А.С., конфликт – это «частичная взаимосвязь в принятии решений»: люди, принимающие решение, не могут найти оптимальную альтернативу, которая устраивала бы все стороны в процессе взаимодействия [4].

Во всех определениях общим является: наличие противоречий, столкновение интересов, борьба с эмоциями негативного характера. На основе этих определений можно создать обобщенное понятие: конфликтная ситуация – это ситуация, при которой участники отстаивают свои не совпадающие с другими цели, интересы, позиции.

Понятие «конфликт» принадлежит как науке, так и обыденному сознанию. Каждый человек интуитивно понимает, что такое конфликт, однако, от этого его определение не становится более легким. В повседневной жизни слово «конфликт» используется применительно к широкому кругу явлений – от вооруженного конфликта до семейных разногласий. Конфликтом может называться семейная ссора, борьба собственных желаний, чувство долга и т. д.

В конфликтной ситуации всегда присутствуют следующие признаки:

1. Наличие противоречий.
2. Ситуация столкновения, субъективное ее восприятие участниками, изменение поведения.

Стороны могут неодинаково воспринимать конфликтную ситуацию. Одна сторона воспринимает конфликт как обычную конкуренцию, другая как стрессовую ситуацию. Чтобы эффективно разрешить конфликтные ситуации, многие люди сами того не понимая, придерживаются какой-либо защитной стратегии.

Защитные стратегии – это программа или план действия с целью удовлетворения своего конкретного интереса в данном конфликте.

Для описания этих стратегий К. Томас считает приемлемой двухмерную модель регулирования конфликтов, основополагающими измерениями в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов [5].

Соответственно этим 2 основным измерениям К. Томас выделяет следующие способы регулирования конфликтов:

1. Соперничество – наименее эффективный, но наиболее часто используемый способ поведения в конфликтах, выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому. Человек, использующий стиль соперничества, не заинтересован в сотрудничестве с другими и достигает цели, используя свои способности доминировать, принуждать их принимать нужное ему решение проблемы.

2. Приспособление – означает, в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради другого. При использовании этого стиля имеет место участие в ситуации и согласие делать то, чего хочет другой.

3. Компромисс – компромисс как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок. При использовании стиля компромисса обе стороны немного уступают в своих интересах, чтобы удовлетворить их в остальном, часто главном. Это делается путем торга и обмена, уступок. В отличие от сотрудничества, компромисс достигается на более поверхностном уровне — один уступает в чем-то, другой тоже, в результате появляется возможность прийти к общему решению.

4. Уклонение (избегание) – для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Человек не отстаивает свои права, ни с кем не сотрудничает для выработки решения или уклоняется от решения конфликта. Для этого используются уход от проблемы (выход из комнаты, смена темы и т.д.), игнорирование ее, перекладывание ответственности за решение на другого, отсрочка решения и т.п.

5. Сотрудничество – когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон. Тот, кто следует стилю сотрудничества, активно участвует в разрешении конфликта и отстаивает свои интересы, но старается при этом сотрудничать с другим человеком. Этот стиль требует более продолжительных затрат времени, чем другие, так как сначала выдвигаются нужды, заботы и интересы обеих сторон, а затем идет их обсуждение. Это хороший способ удовлетворения интересов обеих сторон, который требует понимания причин конфликта и совместно поиска новых альтернатив его решения.

Описание этих стилей в современной конфликтологии опирается на модель двойной заинтересованности (таблица 1), предложенную Дж. Рубином:

Таблица 1 – Модель двойной заинтересованности

Проигрыш - проигрыш	Уклонение
Выигрыш - проигрыш	Соперничество
Проигрыш - выигрыш	Приспособление
50\50	Компромисс
Выигрыш - выигрыш	Сотрудничество

В основе этой модели лежат ориентации участников конфликта на свои интересы и интересы противоположной стороны. В любом конфликте каждый участник оценивает и соотносит свои интересы и интересы соперника, задавая себе вопросы: «Что я выиграю...?», «Что я потеряю...?», «Какое значение имеет предмет спора для моего соперника...?» и т. д. На основе такого анализа он сознательно выбирает ту или иную стратегию поведения.

Анализируя изучаемую литературу по данной проблеме, удалось выяснить, что наилучшей стратегией во время конфликтной ситуации является сотрудничество:

1. Решение проблемы очень важно для обеих сторон, и никто не хочет от него устраниваться;
2. У вас тесные и взаимозависимые отношения с другой стороной;
3. У вас есть время поработать над возникшей проблемой;
4. Вы и другой человек осведомлены о проблеме и желания обеих сторон известны;
5. Вы и ваш оппонент готовы предложить поставить на обсуждение некоторые идеи и обсудить их;
6. Все вовлеченные в конфликт стороны обладают равными возможностями и готовы на равных искать решение проблемы.

Выгоды сотрудничества несомненны: каждая сторона получает максимум пользы при минимуме потерь, но такой путь разрешения конфликта не очень прост. Трудности заключаются в следующем:

1. Стороны должны переступить через негативные эмоции, сопровождающие конфликтные отношения;
2. Должны уметь объяснить свои желания;
3. Выразить свои потребности;

4. Выслушать друг друга;
5. Совместно искать решение проблемы.

Отсутствие одного из этих элементов делает такую стратегию непростой в реализации. Она самая трудная по исполнению, но наиболее продуктивная в плане разрешения конфликтов и удовлетворения интересов всех сторон.

Гипотеза: выдвигается положение о том, что лица подросткового юношеского возраста с высоким или средним уровнем креативности будут проявлять конструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях. Лица подростково-юношеского возраста с низким уровнем креативности будут проявлять неконструктивные стратегии поведения в конфликте.

Объект: 112 учащихся учреждения образования «Брестский государственный медицинский колледж»

Предмет: выяснить какие защитные стратегии преодоления конфликтных ситуаций преобладают среди учащихся нашего колледжа

На вопрос «В спорной ситуации, когда партнер явно не старается или не хочет вас понять, вы вероятнее всего ...» 35,71 % опрошенных ответили «Будете спокойно добиваться того, чтобы он вас понял», когда как 28,57 % выбрали вариант – «Постараетесь свернуть с ним общение» (рисунок 1).

На вопрос «Когда конфликтующий настроен к вам враждебно, вы обычно...» 45,54 % опрошенных ответили «Спокойно и терпеливо преодолеваете его настроение» тем временем как 10,71 % выбрали вариант – «Иное (указывали свой вариант)» (рисунок 2).

Как оказалось, 36,12%, принявших участие в анкетирование придерживаются стратегии – сотрудничество; 26,34% – компромисс; 19,58% – соперничество, 10,61% – уклонение; 7,35% – приспособление (рисунок 3).

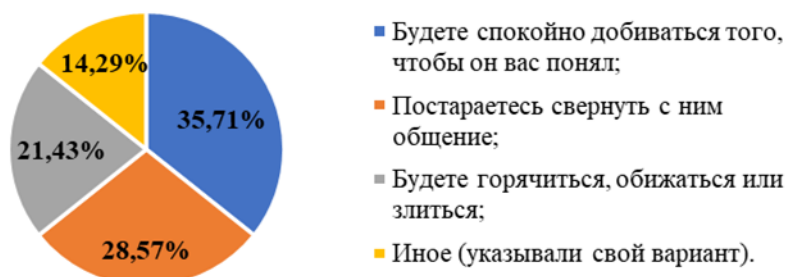


Рисунок 1 – Статистика ответов на вопрос «В спорной ситуации, когда партнер явно не старается или не хочет вас понять, вы вероятнее всего ...»



Рисунок 2 – Статистика ответов на вопрос «Когда конфликтующий настроен к вам враждебно, вы обычно...»

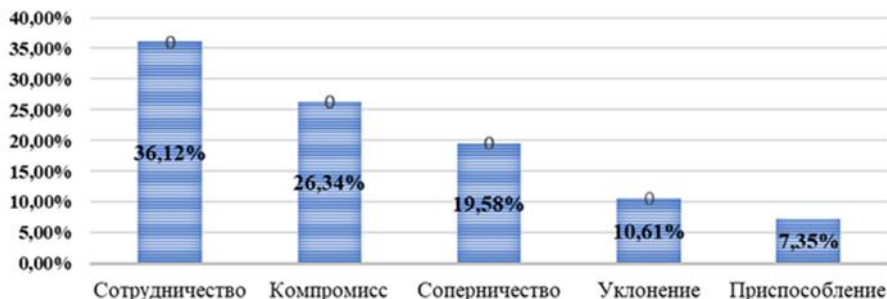


Рисунок 3 – Статистика использования стратегий среди учащихся

Исходя из данного исследования можно сделать вывод, что большинство учащихся не придерживаются одной какой-либо стратегии в идеале. Все зависит от ситуации. Также берем в счет, то, что у каждого человека разные свои личные ценности. Для кого-то важно доказать свою правоту в споре, даже если это приведет к ссоре, а для кого-то сохранение собственного спокойствия и хороших отношений со своим компонентом – важнее.

Таким образом, мы получаем, что ни одна из приведенных стратегий поведения в конфликте не является наилучшей – каждая из них в отдельности может привести к положительному результату, когда используется в зависимости от конкретных обстоятельств. Но человек, владеющий всеми стратегиями и умеющий их применять по назначению, будет более успешным в общении и в жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: Учебник для вузов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во «ЮНИТИ-ДАНА», 2004. – 561 С.
2. Клаузевиц К. О войне. Важнейшие принципы войны. / Пер. с англ. - М.: Изд-во «Эксмо-Пресс», 2021. - 356 С.
3. Дарендорф Р.Г. Современный социальный конфликт. Очерк политики свободы/Пер. с нем. Л.Ю. Пантиной. – М.: Изд-во «Росспэн», 2002. – 60-62 с.
4. Кармина А. С. Конфликтология/ Под. ред.// СПб.: Изд-во «Лань», 1999. – 448С.
5. Томас К. Стратегия конфликта. / Пер. с англ. - М.: Изд-во «Фонд развития конфликтологии», 2020. – № 3.– 58-63 с.
6. Гришина Н. В. Психология конфликта. – СПб.: Изд-во «Питер», 2008. – 12-13 с.
7. Емельянов С. М. Практикум по конфликтологии. – СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – Т. 400. – 4. С.

ХАЛЬВИТА М.В, ПИНЧУК В.А.

Брест, Брестский государственный медицинский колледж
Научный руководитель – Крестогорский В.В., преподаватель

«ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ВЕЙПОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЮДЕЙ».

В последнее время люди стали переходить от курения сигарет до курения электронных сигарет – вейпов, так это считается модным и, бытует мнение, менее опасным. Так ли это на самом деле? Во время курения обычной сигареты человек вдыхает дым, образованный в результате горения табака и бумаги, в которую он завёрнут, получая тем самым огромную дозу токсических веществ. Курение табака – одна из самых распространённых вредных привычек со временем приводящая к серьёзным нарушениям здоровья. [2] Длительное курение вызывает накопление никотина в крови, портится и разрушается эмаль зубов (также изменяется их цвет – становится жёлтым), вызывает ухудшение внешнего вида кожи и кислородное голодание тканей – гипоксию (в крови снижается количество кислорода). Чем объяснить, что эта глупая забава — курение — получила столь широкое распространение? Ведь в ней, особенно вначале, нет ничего приятного. Человек набирает полный рот дыма и потом вдыхает его. [1] В дыме сигареты найдено более 200 вредных для организма человека веществ. [3] Вейп же представляет собой нагревательный элемент и жидкость, которая во время нагревания превращается в пар, который и втягивает курильщик. В состав подобных жидкостей, не содержащих никотин, входит глицерин, пропиленгликоль и ароматизатор. Соответственно человек вдыхает продукты распада данных веществ, которые при длительном употреблении или в зависимости от индивидуальных реакций организма могут вызвать ту или иную патологию. Кроме того, жидкости для вейпа содержат загустители. Их применяют для удобства заполнения испарителя. Согласно исследованиям врачей, продукты расщепления загустителя стали причиной сильной вспышки пневмонии среди курильщиков вейпа в 2019 году в США. Курение как зависимость обнаруживает себя лишь после того, как достаточно прочно укоренится в твоей душе. [4]

Нам стало интересно, действительно ли курильщики вейпов болеют чаще, чем не курящие.

Объект исследования: распространение заболеваемости между курящими вейп, сигареты и не курящими/пассивно курящими.

Предмет исследования: распространённость курильщиков вейпов.

Цель исследований: влияние курения вейпов на развитие заболеваний различных органов и систем.

Для изучения данной темы надо было решить несколько задач:

- 1) изучение данного вопроса в научной литературе;
- 2) проведение тест-опроса среди людей на предмет установления курящих вейпы, сигареты и не курящих/пассивно курящих людей, а также наличие у них заболеваний;
- 3) осуществление анализа данных, полученных с помощью тест-опроса;
- 4) подведение итогов исследования: сделать выводы влияет ли курение на заболеваемость людей.

Гипотеза исследования: курение вейпов вызывает различные хронические заболевания у людей.

Методы исследований: теоретический (изучение и анализ соответствующей литературы), диагностический (проведение анкетирования), математический (обработка результатов анкетирования), аналитический (анализ, сравнение результатов).

При анкетировании каждому человеку предлагалась одна анкета: определение курильщиков и не курящих/пассивно курящих, стаж курения и заболеваемость. Было опрошено 57 человек у которых были выявлены различные заболевания органов и систем. Подсчёт курящих сигареты и пассивно курящих производился для контроля

результатов исследования. Согласно опросу, были выделены 5 групп людей: 1-я – не курящие, 2-я – курящие вейп, 3-я – пассивно курящие вейп, 4-я – курящие сигареты, 5-я – пассивно курящие сигареты.

Сводные результаты по итогам анкетирования отражены на рисунках ниже.

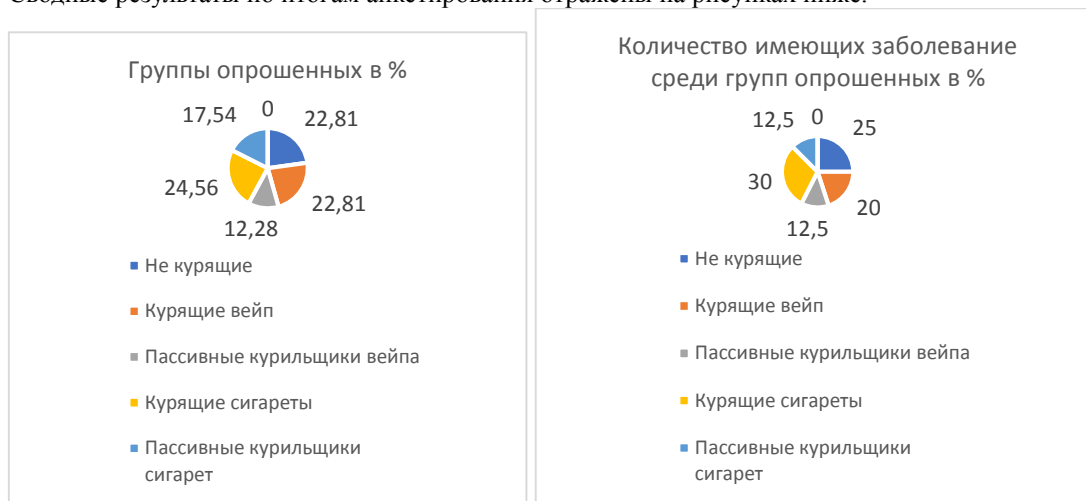


Рисунок 1 – Количество болеющих среди курящих

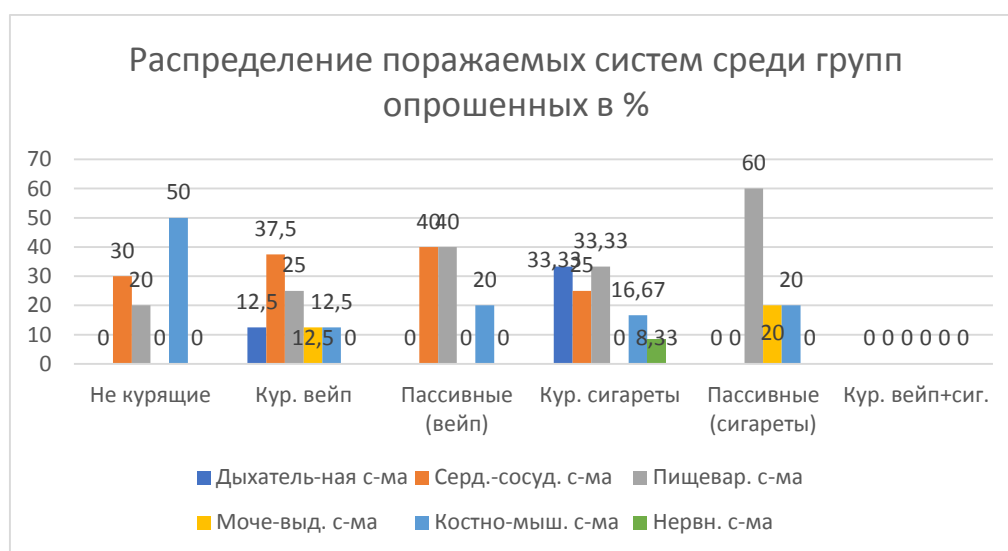


Рисунок 2 – Распределение поражаемых систем среди групп опрошенных при курении вейпа

При исследовании продолжительности курения вейпа большинство из опрошенных болеют эпизодически 1-2 раза в год в течение недели. Среди них заболеваемость по основным системам представлена на рисунке ниже.



Рисунок 3 – Заболеваемость по системам среди курящих вейпы, имеющих эпизоды заболеваний в течение недели 1-2 раза в год.

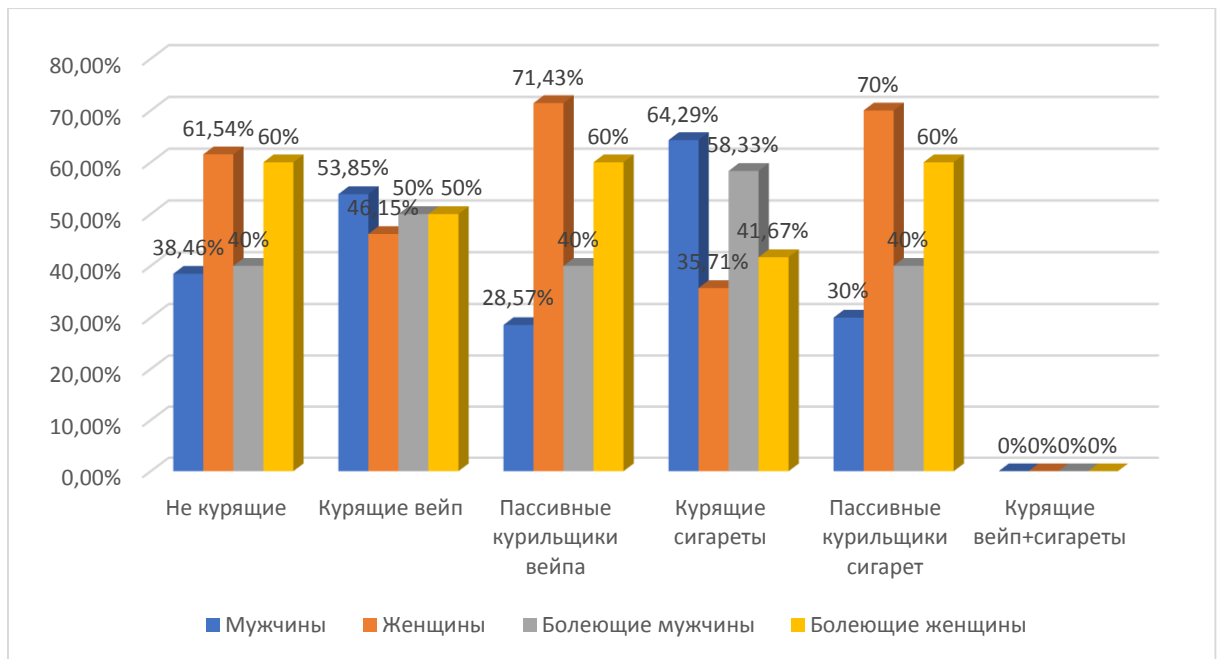


Рисунок 4 – Процентное соотношение мужчин и женщин среди опрошенных

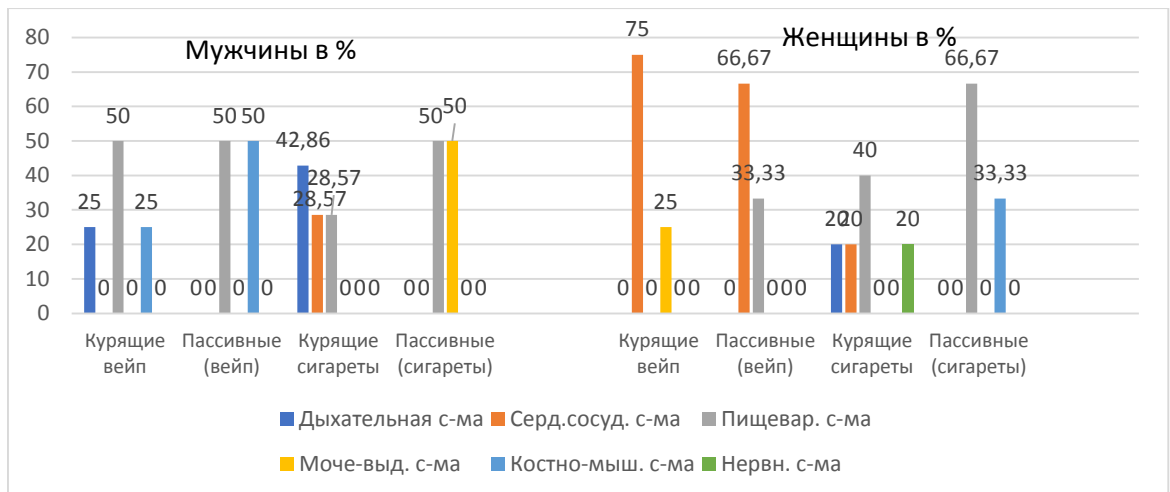


Рисунок 5 – Распределение мужчин и женщин по поражаемым системам при курении вейпа

Результаты анализа статистических данных:

о частоте заболеваемости на первом месте стоят курильщики сигарет (30%), затем не курящие (25%), далее курильщики вейпов (20%), пассивные курильщики вейпов и сигарет (по 12,5%)

реди курильщиков сигарет наибольшее количество болеющих заболеваниями дыхательной (33,33%), пищеварительной (33,33%) и сердечно-сосудистой систем (25%).

реди курильщиков вейпов на 1 месте патология сердечно-сосудистой системы (37,5%) и пищеварительной системы

некурящих больше всего случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата (50%)

ассивные курильщики вейпов чаще страдают заболеваниями сердечно-сосудистой (40%) и пищеварительной системы

ассивные курильщики сигарет чаще страдают заболеваниями пищеварительной системы (60%)

аще всего у курильщиков вейпов встречаются эпизоды заболеваний 1-2 раза в год со стороны пищеварительной системы (25 %) у мужчин и со стороны сердечно-сосудистой системы (37,5 %) у женщин.

енщины преобладают среди опрошенных в группах не курящих, пассивных курильщиков вейпов и сигарет, мужчины – в группах, курящих вейп, сигареты.

реди женщин наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной системы, у мужчин – дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, что вероятно обусловлено отношением большинства женщин к группе пассивных курильщиков, а мужчин – к группам курящих сигареты и вейпы.

Выводы:

урение вейпов сопоставимо по вредности с курением сигарет

наибольший вред вейпов оказывается на сердечно-сосудистую систему

аще всего заболевания, вызываемые курением вейпов, имеют небольшие по продолжительности эпизоды (1-2 раза в год) течения.

женщины реже страдают от вредного воздействия курения как вейпов так и сигарет

частота курения зависит от формы курения: пассивное курение в меньшей степени влияет на развитие заболеваний, но не исключает вреда здоровью

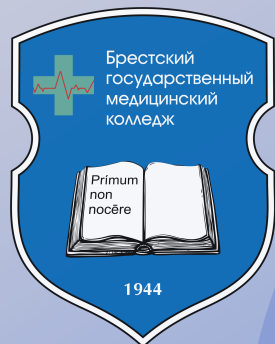
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Тихомиров А.Ю. Дело табак. О вреде курения. [Электронный ресурс] [https://kartaslov.ru/книги/Алексей Тихомиров Дело табак О вреде курения/1](https://kartaslov.ru/книги/Алексей_Тихомиров_Дело_табак_О_вреде_курения/1) (дата обращения 09.04.2024 г.)

Апороженко В.Г. Образ жизни и вредные привычки, Москва, «Медицина», 1984 г. 32 стр. [Электронный ресурс] <https://djvu.online/file/5JNpHYnPESois> (дата обращения 11.04.2024 г.)

Лубович В. Курение и здоровье, Минск, «Беларусь», 1982 г. 34 стр. [Электронный ресурс] <https://djvu.online/file/wCD0qjRLFASPs> (дата обращения 10.04.2024 г.)

Березин В. Избавление от табакокурения, Москва, 2014 г. [Электронный ресурс] [http://gorenosovo.ru/trezvost lit/berezin izbavlenie ot tabaka.pdf](http://gorenosovo.ru/trezvost_lit/berezin_izbavlenie_ot_tabaka.pdf) (дата обращения 15.04.2024 г.)



Учреждение образования
«Брестский государственный медицинский колледж»

Научно-исследовательский форум

«Взгляд в науку»

Сборник докладов участников
научно-исследовательского форума «Взгляд в науку»
26.04.2024



Учреждение образования
«Брестский государственный медицинский колледж»
выражает благодарность всем участникам
научно-исследовательского форума «Взгляд в науку»,
за проделанную работу, демонстрацию результатов
и неравнодушие к современным проблемам в области
здравоохранения.

medicalbrest.by