

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ

**ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ
У ДУХОВНО-СОЦІАЛЬНОМУ ТА ФІЗИЧНОМУ ВИМІРІ**

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

11 квітня 2013 року
м. Харків

**SPIRITUAL, SOCIAL AND PHYSICAL DISCOURSES
OF PRESENT-DAY PERSON'S HEALTH**

Scientific and practical conference with international participation

April 11, 2013
Kharkiv

Харків
ХНМУ
2013

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол №4 від 18.04.2013 р.

**Здоров'я сучасної людини у духовно-соціальному та фізичному вимі-
рі.** Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю студен-
тів, молодих вчених та викладачів. 132 наукові праці. – Харків, ХНМУ, 2013. –
172 с.

У збірці представлені матеріали доповідей учасників наукової конференції з міжнародною участю «Здоров'я сучасної людини у духовно-соціальному та фізичному вимірі», що висвітлюють філософські, соціальні, економічні, правові аспекти проблем здоров'я сучасної людини та перспективи їх вирішення.

Відповідальний за випуск – д-р філос. наук, проф. Алексеєнко А.П.

ЗДОРОВЬЕ КАК УНИВЕРСАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ

Понятие «здоровье» отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования. Поэтому оно переосмысливается всякий раз, когда в жизни человека происходят глубокие изменения. Феномен здоровья – это универсальная ценность. Суть этой ценности заключается в том, что именно оно как состояние индивида или социума позволяет человеку реализовать определенный набор физических, духовных и социальных возможностей, в той или иной мере реализовать свой человеческий потенциал.

Состояние системы здравоохранения значительно влияет на отношение человека к своему здоровью. В общем-то, человеку свойственно заботиться о себе. Это нормальный инстинкт самосохранения. Однако с каждым годом, согласно статистике, самочувствие украинских граждан ухудшается. Проблема в том, что система здравоохранения не позволяет гражданину в полной мере удовлетворить потребность в поддержании и сохранении своего здоровья.

В качестве причины своего нездоровья в настоящее время в Украине отмечают невозможность соразмерно организовать отдых, работу, сон. Это характерно для периода роста рыночной экономики. Человек находится в постоянном беспокойстве, он много работает, чтобы удержаться на своем рабочем месте, он должен быть конкурентоспособным, чтобы расти карьерно. Это приводит к состоянию постоянного стресса.

Люди устают физически и психологически, не находят времени, чтобы заняться физкультурой, пройти профилактику, лечение, у них появляются вредные привычки – злоупотребление кофе, курение, алкоголизм. Многие не могут позволить себе пройти лечение в платных клиниках и отмечают недостаточное качество медицинского обслуживания в общедоступных медучреждениях.

Почти 83% украинцев, опрошенных международным фармацевтическим холдингом STADA CIS, барьером на пути к здоровому образу жизни считают отсутствие времени. Около 64% убеждены, что быть здоровым – это дорого. Большинство считают, что регулярное занятие спортом, отсутствие вредных привычек и правильное питание – это очень трудно, сложно и вообще большое напряжение для организма.

В нашем обществе существует парадоксальная ситуация – украинцы, с одной стороны, признают, что у них проблемы со здоровьем, а с другой, – не хотят ничего делать, чтобы улучшить свое здоровье. Здоровыми считают себя лишь 12% украинцев, а необходимость в оздоровлении осознают лишь 57% наших сограждан.

В то же время украинцы имеют четкое представление о том, что такое здоровый способ жизни. Так, 48% опрошенных считают, что это регулярные занятия спортом. Около 41% убеждены, что на состояние здоровье благотворно влияет отсутствие вредных привычек. Третьим по популярности фактором здорового способа жизни было названо правильное питание. Украинцы демонстрируют существенный разрыв между декларируемой высокой ценностью здоровья и реальным поведением.

По своей ценностной сущности здоровье выступает благом, т.е. тем, что отвечает потребностям, интересам, имеет положительное значение для людей. По аксиологической иерархии здоровье относится к разряду высших, универсальных ценностей, так как имеет непреходящее, всеобъемлющее и вневременное значение. В то же время, здоровье является ценностью – средством, ибо «существует не само по себе» (Платон), а является условием существования еще более значимой ценности – жизни. Можно жить, будучи нездоровым, но нельзя, будучи здоровым, не жить. Антиподом здоровья в ценностном измерении выступает болезнь как антиценность.

Ценностное содержание здоровья аккумулируется в отношении человека (социума) к своему состоянию, которое обеспечивает успешную (достойную, приемлемую для данных условий) жизнедеятельность. Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентации, предпочтений, целей, без которых человеческое существование лишается смысла. В свое содержание здоровье как ценность включает множество субценностей, имеющих смысложизненное значение для человека. Здоровье – это и наслаждение, и польза, и слава, и красота, и добро, и счастье. И в этом отношении о здоровье можно говорить как об универсальной ценности. Носителями здоровья, а, следовательно, и субъектами ценностного отношения могут выступать отдельные личности, социальные группы, общество в целом. Различают индивидуальное здоровье, социумное (здоровье коллектива, социальной общности, этноса, религиозной конфессии, профессиональной или возрастной группы и т.д.) и планетарное (общечеловеческое) здоровье.

Здоровье индивида как ценность – это значимость меры возможного осуществления человеком целенаправленных и осознанных действий (ограничение неумением не в счет) без ухудшения своего физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде. Здоровье социума (общества) как ценность – это значимость для общества степени реализации смысложизненных возможностей его членов.

По своей структуре здоровье как ценность включает два основных компонента. Объективный компонент – это совокупность возможностей, которые могут быть реализованы при наличии полноценного здоровья. Это может быть статусная роль в обществе, профессия, род занятий, продолжительность жизни и т.п. Субъективный компонент здоровья как ценности – это отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях, мотивации в поведении по отношению к здоровью.

Для большинства людей под обычным человеческим счастьем подразумевается – здоровье себя, родных и близких, их благополучие и благосостояние, широкие возможности (финансовая независимость и достаток), а если свести эти пункты к одному знаменателю, то можно получить следующее – максимально возможное состояние положительности и наслаждения (следует учесть, что отсутствие «плохо», так же является критерием «хорошо»). Здоровье и благополучие – это универсальные положительные «хотения» людей. Но ведь каждому известны случаи, когда одному, что-то доставляет удовольствие, а для другого является чем-то плохим и негативным. Это объясняется простыми психологическими особенностями человеческой психики. В целом же, счастье человека

представляет собой положительное состояние его души, что, в первую очередь, зависит от его индивидуального отношения к другим, и к миру в целом.

Мобильность и динамизм, ставшие атрибутами современной жизни общества, включая мир повседневной жизнедеятельности человека, затрагивают базовые жизненные ценности личности. Социально-политические и экономические изменения в обществе конца XX – начала XXI вв. сопровождались радикальными преобразованиями мира повседневной жизни людей, принадлежащих к самым разным социальным группам. Мир повседневности личности – это та область ее жизненного мира, которая формирует основы индивидуальной медицинской культуры, отношение человека к ценности жизни и здоровья, где усваиваются стратегии поведения по сохранению и восстановлению своего здоровья и отношения к здоровью других людей.

Проблемой современного человека становится не наличие жестких норм, образцов, обычаев, ограничивающих его свободу, а наоборот, отсутствие таковых вследствие чрезвычайного обилия предлагаемых вариантов. Современный человек уже не может положиться на однажды сложившиеся структуры повседневности. Нести ответственность и все бремя риска такого выбора приходится самому человеку, поэтому его повседневность все больше становится источником тревоги и неуверенности. Ценность здоровья, его качества оказывается изменчивой в соответствии с изменчивостью самой жизни, ее продолжительности и качества. Отсутствие стабильности в настоящем и неуверенность в будущем в значительной степени снижают ценность долговременных явлений и вещей, наполняющих жизнь человека.

Эффективность мероприятий по улучшению состояния здоровья человека зависит в значительной степени от того, как понимается сам феномен здоровья, причем и самим пациентом, и медицинскими работниками, какая теоретическая модель здоровья составляет основу этих мероприятий. В связи с этим рассмотрение и учет личностного аспекта проблемы здоровья являются важным для повышения эффективности практической деятельности по охране здоровья граждан.

Теоретическое осмысление феномена здоровья идет в медицинской культуре общества на протяжении многих веков. За это время были созданы различные теории, объясняющие суть этого сложного, многопланового, изменчивого феномена жизни человека. В настоящее время здоровье является предметом исследования не только в медицине, но и в философии, психологии, социологии, валеологии и других науках. Такая многоплановость исследований этого феномена позволяет в наибольшей степени понять его суть и специфические особенности.

Общеизвестное определение здоровья, данное экспертами ВОЗ, несмотря на существование других определений, остается эталоном здоровья человека, отражая все аспекты его жизнедеятельности. В этом определении здоровье представлено как целостное состояние благополучия человека, включающее в себя в качестве составляющих элементов физическое, психическое, социальное и духовное, в том числе нравственное здоровье.

Физическое и психическое здоровье традиционно являются объектом исследования и профессиональной деятельности человека в области медицины. Та-

кие формы здоровья, как социальное, нравственное, душевное и духовное остаются не только за пределами медицины, но и выходят за пределы науки, смещаясь в область религии и философии. Понятие душевное здоровье часто используется как синоним психического здоровья, но оно относится к области религии и религиозной философии и обозначает состояние души – особой сущности каждого человека, дающей ему жизнь.

Роль духовной сферы в целостном состоянии здоровья признается значительной всеми специалистами, занимающимися проблемой здоровья человека. Но что является главной, ведущей сферой в здоровье как системе определяется по-разному. Для современной медицинской культуры общества практически бесспорной истиной стал афоризм «В здоровом теле – здоровый дух» («Mens sors is corpore sano»). В нем отразилось представление о первичности физического здоровья по отношению ко всем остальным видам этого состояния человека – социальному, психическому, духовному. Соответственно признано, что для сохранения психического и духовного здоровья надо сохранять и укреплять физическое здоровье. Само выражение «В здоровом теле – здоровый дух» является видоизмененной фразой древнеримского поэта-сатирика Ювенала, который в одной из своих сатир писал: «Надо молить, чтобы ум (дух) был здоровым в теле здоровом». В ряде вненаучных теорий здоровья, которые широко распространены в современной медицинской культуре общества и во всем своем разнообразии определяют особенности индивидуальной медицинской культуры человека, ведущими видами здоровья признаются душевное и духовное.

Духовная сфера признавалась в качестве основополагающей в многоплановом состоянии здоровья человека на протяжении многих столетий. Ведущие мировые религии, ряд философских учений признают в качестве ведущей сферы жизнедеятельности человека духовную, а физическое состояние организма рассматривается как проявление достоинств или дефектов духовной сферы. Бездуховность проявляется в замыкании человека на деятельности по поддержанию своего физического тела в наилучшем работоспособном состоянии.

Вся история жизни человека может быть представлена как эволюция состояния здоровья человека в физическом, психологическом, социальном и духовном направлениях. Этот процесс изменений идет по сложной «многоканальной спирали»: физическое здоровье – от максимума при рождении к минимуму перед смертью, духовное здоровье, а также социальное и психическое, изменяется неравномерно, неоднократно проходя свои спады и подъемы. Целостное состояние здоровья оказывается трудно достижимым и очень нестабильным во времени в силу изменчивости каждой из этих форм здоровья. Состояние здоровья сразу во всех областях человеческого бытия – явление редкое и представляет собой скорее идеал, чем реальное явление действительности.

Здоровье является, с одной стороны, условием полноценной во всех аспектах жизни человека, условием всесторонней самореализации, раскрытия творческого и духовного потенциала личности, с другой стороны, состоянием, которое является формой полноценной, благополучной во всех сферах жизни человека. Это форма жизни человека, которая постоянно видоизменяется под влиянием как внешних для человека, так и внутренних, сугубо индивидуальных факторов. Состояние благополучия в области физической, психологической и соци-

альной жизнедеятельности, оцениваемое как состояние здоровья может возникать не только при формах поведения, сохраняющих жизнь, но и при деструктивных формах.

Таким образом, именно духовная, нравственная составляющая феномена здоровья становится тем главным фактором, который предопределяет использование личностью жизнеспасающих форм поведения и деятельности. Субъективно состояние здоровья проявляется в чувстве удовлетворенности, благополучия, желания жить и работать, создавать что-то новое во благо других людей.

Человечество с каждой ступенью своего развития становится более монолитным, цельным организмом, что подтверждается процессом глобализации. Усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе и в плане здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяется состоянием их индивидуального здоровья. В свою очередь, состояние здоровья индивидов напрямую зависит от того, насколько здорово само общество. Такая взаимозависимость позволяет говорить о здоровье не только как о витальном, но и как о социальном феномене. В силу того, что здоровье обладает таким значением, которое обуславливает все стороны жизнедеятельности как общества, так и индивида (от самого биологического их существования до предпочтений в удовлетворении духовных потребностей), то можно рассматривать здоровье как универсальную, фундаментальную, высшую ценность.

*Mark Bolak Funteh, Ph.D.
Senior Lecturer of History, University of Maroua,
Cameroon Yuliya Sida
KhNMU, Ukraine*

THE SOCIAL PROGRAMM IN THE FORMING OF PERSONALITY'S HEALTHY LIFESTYLE

Health is a very relevant issue in our days. Back into the early 40-ies of the 20-th century, the concept of «health» has been defined as: «Healthy can be a person who is different in harmonic development and well adapted to the surrounding physical and social environment [1]». Health does not mean merely the absence of disease: it is something positive, it is cheerful and willingly carries out the responsibilities that life imposes on man (H. Sigerist). Definition adopted by the World Health Organization (WHO) states: «Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not the absence of a disease or infirmity» [2].

Healthy lifestyle is the way of life, aimed at the disease prevention and health promotion. The notion of «healthy lifestyle» is not yet clearly defined. Representatives of philosophical and sociological trend consider a healthy lifestyle as a global social problem, an integral part of the life of society as a whole.

Relevance of healthy life depends on the increase and change in the nature of loads on the human body due to the complexity of social life, an increased risk of technological, environmental, psychological, political and military, provoking negative changes in health status.

Lifestyle is a leading generic determinant of the major trends in health, is considered as a form of active human life. The structure of life with its medical and social characteristics includes:

- 1) Work and working conditions;
- 2) Economic and domestic activities (type of dwelling, living area, living conditions, the time spent on household activities, etc.);
- 3) Recreational activities aimed at restoring physical strength and interaction with the environment;
- 4) Social activity at home (child care, elderly relatives);
- 5) Family planning and family relationships;
- 6) The formation of behavioral characteristics and socio-psychological status;
- 7) Medical and social activity (related to health, medicine, setting a healthy lifestyle).

With the lifestyle we associate such concepts as quality of life (structure of income per capita), quality of life (measured parameters characterizing the degree of material security person), lifestyle (psychological individual behaviors), lifestyle (national public order of life, life, culture).

A forming of healthy lifestyle is a process of creation of system of overcoming the risk factors in the active form of human activity aimed at maintaining and promoting health. HLS consists of the following components:

- 1) conscious creation of conditions conducive to the maintenance of health and capacity for work;
- 2) active participation in cultural activities, physical education and sports, non-passive forms of recreation, training of mental abilities, auditory training, avoiding harmful habits (drinking, smoking), rational, balanced nutrition, personal hygiene, the creation of normal conditions in the family;
- 3) formation of interpersonal relations in the workforce, families, attitude to the sick and disabled;
- 4) respect to the environment, nature and high standards of behavior in the workplace, public places and transport;
- 5) Deliberate participation in prevention activities conducted by medical institutions, implementation of medical prescriptions, the ability to provide first aid, reading popular medical literature, etc.

Thus, a healthy lifestyle is associated with the personality-motivational embodiment of individuals of their social, psychological, physical abilities. This explains how important for healthy lifestyle is to create optimal conditions for the functioning of the individual and society. HLS formation is not limited to propaganda or certain types of medical and social activities.

Obviously, no one cannot make a long healthy life without his own efforts based on a deep understanding of health, knowledge and skills of revitalizing treatments, and most important – without conscious self-discipline and a desire to be healthy.

By working out of special social programs, using some educational ways of forming health behaviour we can achieve the best result in it. These ways can include: health promotion, health communication, e-health.

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a

wide range of social and environmental interventions. Health Promotion is the art and science of helping people to discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move towards a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through a combination of learning experiences that enhance awareness, increase motivation, and build skills and, most important, through the creation of opportunities that open access to environments that make positive health practices the easiest choice.

Michael P. O'Donnell suggested five main elements of health promotion [3].

1. *Physical*: Fitness. Nutrition. Medical self-care. Control of substance abuse.
2. *Emotional*: Care for emotional crisis. Stress Management.
3. *Social*: Communities. Families. Friends.
4. *Intellectual*: Educational. Achievement. Career development.
5. *Spiritual*: Love. Hope. Charity.

Healthy communication and social marketing may have some differences, but they share a common goal: creating a social change by changing people's attitudes, external structures, and/or modify or eliminate certain behaviours. Generally, a person in social marketing or health communications will create and use products, program or interventions as means to the same target: to promote health changes in individuals and communities, using strategies and tactics based on science and consumer research.

E-Health is the use of information and communication technologies (ICT) for health. Examples include treating patients, conducting research, educating the health workforce, tracking diseases and monitoring public health. Networks can play an important role in public education and advocacy on adolescent reproductive health. Networks allow different groups to work together towards a shared goal by coordinating strategies and pooling resources. Networks which include a range of organizations, groups, and individuals demonstrate to policy-makers a wide support for particular policies or programs.

The term *network* here refers to a group of organizations that communicate and collaborate on a shared advocacy strategy. Many organizations use the term *coalition* to describe a group of organizations sharing the same advocacy goals. This publication uses *network* to emphasize the important role of communication in bringing together members and establishing a common advocacy agenda. Whether the members choose to call the group a coalition or a network, the goal is to come together to resources and capabilities to advocate more effectively for adolescent health policies and programs.

Networks bring together people, organizations and resources from all parts of the community. Working together in a network can improve the quality and the quantity of work and spread responsibilities by allowing individuals and groups to contribute ideas, expertise, and resources. When advocacy efforts are successful, all members have benefit.

The purpose of social programs is to effect some change in the target audience's attitudes and behaviours. The true test of the effectiveness of the program is not the number of PSAs which were aired, but whether it contributed to improving people's

health and lives. However, there are a number of distinct levels to evaluation of the program, and each is important for different reasons. These can be divided into three basic types: process, outcome and impact evaluation. Process evaluation determines whether the intended target audience was reached. If so, outcome evaluation looks at whether they are engaged in the desired behaviour after being exposed to the message.

Литература

Давиденко Д. Основы здорового образа / Д. Давиденко, В. Петленко // ОБЖ. – 2003. – № 3. – С. 59–65.

1. Health. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int>

2. Michael P. O'Donnell (2009) Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. American // Journal of Health Promotion. – 2009, September/October. – Vol. 24, No. 1. – PP. iv-iv.

Abugu Livinus Nnadozie
KhNMU

HEALTH OF UNIVERSITY STUDENTS: DRAWING THE PARALLELS BETWEEN NIGERIA AND UKRAINE

Healthy mind and body are basic requirements for the survival of the youth and their positive contribution to the society. Fortunately, most university students fall under this umbrella; the youth. Youths have great aspirations and expectation, but in like manner, prone to frustration and demoralization. It is then of utmost importance to take into consideration, factors which are detrimental to the actualization of these dreams and aspirations. It is not then coincidental that health issues (basic hygiene, healthcare, health education, lifestyle etc) assume a pole position among such factors which could be exceedingly disadvantageous if poorly managed. To be in a position to make this bilateral comparison with my experiences in both countries is a privilege.

The first major challenge a Nigerian student experiences on the course of studies here in Ukraine is the climate. In Nigeria, we do not have winter. It then does not come as a surprise when we complain of extreme cold, common cold, coughs, sore throats, and the flu. Though we gradually get to cope with it, suffice it to say that the first two years of study really pose great health risks. Some of us fall sick, hospitalized or present different forms of allergic reactions. I have a female friend whose asthma attack becomes frequent only in winter.

To address the issue of health of students is to start with the basics; in this case, personal hygiene. This is an area majority of students are found inadequate in my opinion, both here in Ukraine and over there in Nigeria. Take for instance, a student enters a lecture hall; he shakes hands with virtually everyone he comes in contact with before taking his seat. With same hands, he takes a bubble gum from his neighbor or eats his snacks during break. He fails to acknowledge the fact that among those he shook hands with, one might have cough, flu, or perhaps came out from the toilet or finished handling a pet. Shaking hands in itself is not bad. The bad thing lies with using the same hands to eat without washing them. Other basic hygienic procedures students tend to overlook include; dental care, hair care, physical care etc

Good living conditions make for better health. This is an area where I feel most Nigerian Universities are incomplete. The living conditions in hostels are generally poor. Overcrowded rooms, inadequate supply of clean water and electricity, dilapidated social amenities and pressure on the few available ones are some of the primary causes of these regrettable states. Unlike Nigeria, the living conditions in Ukrainian hostels are above average. The steady electricity, water flow, internet access, spacious rooms and hostel cleaners/repairers construct beautiful to make for a conducive surrounding. These conditions go a long way in affecting health of students in the environment.

Peer pressure has done more harm than good when healths of youths are concerned. Primarily, alcoholism and smoking in universities are borne out of peer influence. A good proportion of students who smoke or drink excessively were drawn to the act by their friends who do same. Unlike Ukraine, smoking is not rampant in Nigeria. Social outlook on smokers deters people from smoking publicly. Those who do, smoke in secrecy. Smokers are generally seen as irresponsible.

In Ukraine, the reverse is the case. Smoking is like a second nature to many people. A lot of students who smoke cannot help it despite the fact that they know the adverse effects on their health. There is another health concern for passive smokers. A recent study shows that second hand smokers inhale over 50% of the exhaled smoke. This is alarming considering the fact that it could lead to diseases found in smokers like cancer. I feel more awareness should be made to let student-smokers actually get the picture of what a stick of cigarette does to their health.

Cultism is a menace which besieges some Universities in Nigeria. Their activities range from armed robbery, killings, torture, bully, rape of female or male victims, extorting money from non members etc. There is always unrest in universities when two or more different gangs clash. That has led to temporary closure of universities in some cases. Such groups create disorder, insecurity on campuses. Healths of students are at risk since some students could undergo torture in the hands of cultists. Rape victims are at risk of contracting Sexually Transmitted Disease. Moreover, victims experience different degrees of psychological trauma. The Nigerian government and University officials have been trying their very best to curb the menace. In recent times, cult activities have reduced.

In Ukraine, cultism is substituted with intermittent clashes between foreigners and locals or within foreigners themselves. There have been cases of fierce fighting which led to some regrettable incidents. Such scenarios could also lead to psychological trauma, calling into question, the health of the students.

Finally, World Health Organization defined health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. In this regards, every sector of the society has a role to play in maintaining good health. First, the government has to make sure that the necessary amenities and infrastructure are made available to students in addition to security of life and property. The University officials have the mandate to maintain law and order within the school premises. Offending students should be adequately punished. The students should all know that it's lies within them to do what is right for the betterment of their health.

Despite the parallels between Nigeria and Ukraine, permit me to say that both systems have produced some of the best brains of our time.

WHY NEO THOMISM

Firstly the way I see neothomism is a link for me to link scientific things with those of spiritual values this is and not basically based on what the greatest philosopher of all time ever did i.e. Thomas Aquinas and to prove the existence of GOD even to the least of carnal men in their terms.

BANG! An explosion of light caused the creation of matter and from there physical things came into place and then through several stage of genetic evolution various beings and even matter revolutionized depending on the strength of the species according to the theory of NATURAL SELECTION by Wallace and Darwin, first of all I admire them for their desire to know the truth but what is the use of zeal when it is not based the truth.

My question is when GOD was creating the world why did he first create Light why? That will take me to the days of Micheal Faraday and Albert Einstein the former who discovered the importance of light as an electromagnetic wave even to build up theories that became the back bone of scientific notions, theorems, inventions and achievements whereas Einstein's theorem on special relativity which was based on the properties of light and this was the birth of every scientific work in modern day science noting their works was based on light and this same light was the first thing created by GOD and the specific property of light is based on scientific theorems i.e. as a constant. However noting that this two scientists believed that it is only a supreme being that can sustain all things i.e. GOD, however it still puzzles me why other scientists such as Roger Bacon who believed in GOD and history says he consulted angels for wisdom still studied the same light to understand the astronomy of the universe, also Isaac Newton who discovered much about gravity and the earth still knew within him and confessed it that only a supreme being can sustain the consistency and prediction of the earth yet he was drawn to study light. This may look coincidental but however even Rene Descartes who consulted spirits and from there he himself believed that the spiritual realm existed and yet he WORKED ON LIGHT to understand the world even up till now the base of life is studied on the basis of the principles of light.

In terms of anthropology the BIBLE clearly states that man was created by GOD then in biological terms yet noting that any biologist can confirm that the Dogma of Biology is centrally based on the DNA of the nucleus of a cell and yet when the structure of the DNA In the nucleus of the body cell it was discovered that THE DNA was ordered in the word «YAH» noting that YAH is the Hebrew word that means GOD this explains that even GOD'S Trademark upon his product is centered upon the base of life itself i.e. the DNA of a nucleus.

My views about life is that as beyond the system there is an organ and beyond that organ there is a tissue and beyond the tissue there is a cell and beyond the cells there are bimolecular beyond bimolecular there is the atom and beyond the atom there are subatomic particles i.e. electrons, positrons, protons and neutrons and noting that the function of any body is by function of what it possess so thus based on that noting that subatomic particles have a function i.e. being the base for any chemical reaction

so thus the subatomic particles are composed of something thus until when that is discovered then will views about the spiritual realm be more realistic.

The base of every scientific theorem is due to the prediction of nature and the universe but no one knows why nor can any explain what controls the process of the embryonic development of fetus within the womb of a woman understanding why cells migrate from place to place to create the perfect human being thus what we now call the «fact» are things that appear unexplainable however the BIBLE gives the only explanation that GOD sustains all things in his hands.

GOD can be described as an apple that only the eater of the apple can know the taste and quality thereof and no other person can explain to the eater about the content of the apple to the eater unless he eats for himself. God can also be described as a mountain which when you climb it you can never understand the total plain of all its side until you go round about it although it will take time but the sacrifice is worth it.

My quest is to know the truth i.e. something explained and the mystery behind GOD, is creatures i.e. man and the universe.

*Алексеев Р.В., Рисованая Л.М.
ХНМУ*

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТА В КОНТЕКСТЕ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Современная система профессионального образования характеризуется наличием ряда проблем. Одна из них обусловлена тем, что в развитом обществе требуется повышенное напряжение умственных, психических и физических сил, дополнительные нагрузки на физиологические функции организма. Таким образом, достигая цели подготовки высококвалифицированного специалиста, конкурентоспособного на современном рынке труда, который работает по специальности на уровне мировых стандартов, упускаются немаловажные аспекты в подготовке такого специалиста, а именно – потеря здоровья.

Ряд ученых в своих трудах обговаривают общие вопросы здоровья молодежи (Ю. Андреев, Г. Кураев, А. Белоконов и др.), а также исследуют влияния различных факторов на формирование здорового образа жизни (В. Буйлов, С. Сергеев, Е. Пожарская и др.).

Согласно современным исследованиям, среди общего количества студентов, к моменту получения высшего образования, здоровыми остаются только 6%, около 45–50% студентов на момент выпуска имеют функциональные отклонения, 40–60% – хронические заболевания, а треть – выпускаются с ограничениями в выборе профессии.

В наше время понятие о здоровом образе жизни подразумевает не только пробежки по утрам, обливание холодной водой, зарядку и т.д., но и организацию режима труда и отдыха, режим и качество питания, организацию физической активности, личную гигиену, отказ от вредных привычек, культуру сексуального поведения, избавление от Интернет-зависимости. Ю. Лисицын акцентирует внимание на том, что здоровый образ жизни – это, прежде всего, деятельность, активность личности или группы людей, которые используют материальные и духовные условия и возможности в интересах здоровья, гармоничного физического и духовного развития человека.

На состояние здоровья студентов влияет ряд причин: дискомфорт, вызванный трудностями обучения, интенсивное негативное влияние среды обитания, сложность отношений между сверстниками, преподавателями и родителями, рост чувства неуверенности и т.д.

Формированию здорового образа жизни в студенческой среде способствуют следующие факторы: рациональный режим труда и отдыха, отказ от вредных привычек, двигательная активность, рациональное питание, физическое воспитание и т.п. Здоровье молодежи зависит, прежде всего, от поведения, которое важно правильно понимать и удовлетворять. Куда лучше, если студент будет заменять сигарету конфетой, а алкогольный напиток – минеральной водой.

Повысить мотивацию студентов к здоровому образу жизни можно с помощью внешних и внутренних факторов. К основным внешним факторам можно отнести: качество организации образовательного процесса вуза по вопросам сохранения и поддержки здоровья студенческой молодежи; эффективность содержательного и организационно-деятельного компонента здорового образа жизни в учебной практике; повышение уровня подготовки преподавательского состава по вопросам формирования здорового образа жизни и профессионального мастерства. К основным внутренним факторам можно отнести: отношение к собственному здоровью; уровень соответствующих знаний, занятия спортом и выполнение оздоровительных процедур; снятие стресса и усталости и т.д.

Для того чтобы образовательная система в формировании здорового образа жизни была для студентов продуктивной, необходимо уделить внимание таким вопросам: удовлетворение потребностей студенчества в образовательных компонентах формирования здорового образа жизни; обеспечение возможности повышения потенциала занятий на фоне формирования уверенности в практической и профессиональной важности, обеспечение таких методических указаний проведения занятий, с помощью которых студент может получить максимальный эффект без негативных последствий для здоровья.

Аулова Н.С.

Українська державна академія залізничного транспорту (м. Харків)

В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКИЙ ПРО ВПЛИВ ДУХОВНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ТА ТІЛЕСНЕ ЗЦІЛЕННЯ

Морально-етичні аспекти медицини, які виокремлює біонетика дуже важливі. Сьогодні офіційна медична наука як правило розглядає пацієнта з точки зору закритої системи, тобто набору органів тіла, які підлягають лікуванню. Проте існує традиція християнської медицини, яка розділяє хвороби на тілесні та духовні. На сучасному етапі розвитку суспільства назріла необхідність у зміні відносин лікар–пацієнт із метою лікування не лише окремих органів тіла, але й духовного, душевного і психологічного стану пацієнта, коли лікар стає духівником, а духівник лікарем. Архієпископ Лука ще в 40-х роках ХХ століття вказував на те, що лікувати потрібно не випадок, а конкретну людину, і тим самим передбачив проблеми, які розв'язує сьогодні біонетика.

Досліджуючи проблему зла й страждання у світі, він звертав увагу на те, що тілесні хвороби часто є результатом хвороб духовних, з'ясував чому моральне зло необхідне для людини. Лука доводив, що тягар, який несуть люди протя-

гом усього свого життя, є необхідним для удосконалення духу. Саме в цьому й полягає свобода волі. Архієпископ вважав, що тяжкі хвороби можуть дати можливість людині зробити вибір на користь морального життя, що було б неможливим, якби вона була позбавлена досвіду протистояння добра й зла. Величезний медичний досвід, що передував пастирському служінню, був трансформований Лукою як для тілесної, так і духовної допомоги людям.

У межах сучасної дискусії у православній психіатрії доводиться, що проповідницька спадщина Луки є унікальною, оскільки у своїх проповідях він охоплював різні, як вікові, так і гендерні групи. Одна з важливих цілей проповіді – це акцентування уваги на співпереживанні певних проблеми, щоб слухач згадував подібні ситуації із власного життя, включаючись в емоційне переживання. В.Ф. Войно-Ясенецький виявляв існування хвороби у слухача, щоб викликати потребу в її зціленні. Спектр тем, які висвітлював архієпископ Лука, виходив за рамки тлумачення біблійних текстів, і сьогодні його вплив на паству прирівнюється до психотерапевтичного впливу високого класу.

Сучасні проблеми медицини доводиться розглядати з різних точок зору – наукової, теологічної й навіть правової. Основа сьогodнішньої біонетики – це діалог лікаря й хворого, що базується на об'єктивній інформації та згоди хворого на ті чи інші методи лікування. Метою біонетики є комплексне лікування людини, надання їй не тільки медичної, але й психотерапевтичної, соціальної допомоги, тобто на сучасному етапі свого розвитку ця наука вирішує ті самі проблеми, що й архієпископ Лука у своїй діяльності як медик і пастир.

*Багиров Н.В., Трикоз В.
ХНМУ*

СЕРДЦЕ – ВЫСШИЙ ОРГАН ДУХОВНОСТИ

В культуре древних греков слово «cardia», означало не только сердце в прямом значении, но также душу, настроение, взгляд, мысль, даже благоразумие, ум, убеждение и т.д. Нам приходится в повседневной жизни слышать о том, что сердце «страдает, болит, тоскует, радуется, чувствует» и т.д. Таким образом, сердце сделалось как бы органом чувства, и при том чрезвычайно тонким и универсальным.

В отдаленную эпоху, когда наши предки находились в зоологической стадии развития, на все раздражения, получаемые ими, они реагировали почти исключительно мускульной деятельностью, преобладающей над всеми остальными рефлекторными актами. А мышечная деятельность теснейшим образом связана с деятельностью сердца и сосудов. У современного человека мускульные рефлексы почти уже сведены до минимума, связанные же с последними изменения сердечной деятельности сохранились достаточно хорошо... Современный цивилизованный человек путем работы над собой приучается скрывать свои мышечные рефлексы, и только изменения сердечной деятельности все еще могут указать на его переживания .

Так судит о сердце патологоанатом («О смерти человека») и великий физиолог И.П. Павлов («Курс физиологии» под редакцией проф. Савича, 1924).

Прибавим к этому еще некоторые замечания. Иннервация сердца поразительно богата и сложна. Оно все оплетено сетью волокон симпатической нерв-

ной системы и через нее теснейшим образом связано с головным и спинным мозгом. Целую систему церебральных волокон получает оно от блуждающего нерва, по которым предаются ему многосложные воздействия центральной нервной системы и, весьма вероятно посылаются в мозг центростремительные чувственные импульсы сердца. Мало еще изучены и полны неизвестной функции симпатической и вегетативной нервной системы, но уже теперь вполне ясно, что они глубоко важны и многосторонни. И что особенно важно, для нас, этим нервным узлам и волокнам, несомненно, принадлежит очень важная роль в физиологии чувствительности.

Таким образом, наши анатомо-физиологические знания о сердце не только не мешают, а скорее даже нас побуждают считать сердце важнейшим органом чувств, а не только центральным мотором кровообращения.

Но Священное Писание говорит нам о сердце гораздо больше. О сердце речь идет чуть ли не на каждой странице Библии, и впервые читающий ее не может не заметить, что сердцу придается значение не только центрального органа чувств, но и важнейшего органа познания, органа мысли и восприятия духовных воздействий. И больше того: сердце по Священному Писанию есть орган общения человека с Богом, а, следовательно, оно есть орган высшего познания.

*Байрачная Л.К.
Национальный университет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ПРАВО НА ЖИЗНЬ КАК ОБЪЕКТ ФИЛОСОФСКОГО АНАЛИЗА

Жизнь – одна из форм бытия и одна из высших форм движения. Однако при всей очевидности, казалось бы, и наглядности феномена жизни познание сущности жизни, ее критериев, закономерностей развития – дело чрезвычайно сложное. Показателем этой сложности служит факт, что до сих пор отсутствует определение жизни, которое удовлетворяло бы научным требованиям. Современная наука во взгляде на жизнь исходит из представлений о качественном отличии живого от неживого, о наличии общих свойств у растительного и животного мира, включая человека. Естественнонаучное познание жизни осуществляется по многим направлениям. Практически в него вовлечены все науки.

Философский интерес к проблеме жизни продиктован следующими обстоятельствами:

- во-первых, философским объяснением природы самого человека, что требует привлечения естественнонаучных представлений о жизни;
- во-вторых, необходимостью использования методологических принципов в ходе научного познания жизни;
- в-третьих, уяснением закономерностей структурно-функциональной организации живого, что способствует верному ответу на один из актуальнейших философских, мировоззренческих вопросов – в чем смысл жизни человека?

Право на жизнь образует первооснову всех других прав и свобод, складывающихся в этой сфере. Оно представляет собой абсолютную ценность мировой цивилизации, ибо все остальные права утрачивают смысл и значение в случае гибели человека.

Это фундаментальное право вполне допустимо рассматривать в двух аспектах:

– во-первых, как право личности на свободу от любых незаконных посягательств на жизнь со стороны государства, его представителей либо частных лиц;

– во-вторых, как право личности на свободное распоряжение своей жизнью. Последнее позволяет говорить о праве на жизнь как негативном праве – как свободе жить.

Однако абстрагироваться от первого аспекта вряд ли целесообразно, так как следует признать позитивные обязательства власти.

Право на жизнь означает, что государство обязано защитить человека от посягательств на его жизнь. Допустимым признаются лишь те ограничения этого права, которые содержатся в международных нормативных актах по правам человека. К примеру, Европейская конвенция прав человека не признает нарушением лишение жизни, если оно является результатом применения силы, абсолютно необходимой «для защиты любого лица от незаконного насилия», «для осуществления законного ареста или предотвращения побега лица, задержанного на законных основаниях» и «для подавления, в соответствии с законом, бунта или мятежа».

По сути дела, все остальные права так или иначе объединяются вокруг этого стержневого права. Например, такие, как право на социальное обеспечение, на охрану здоровья, на благоприятную окружающую среду, равно как право на свободу от жестоких видов обращения и наказания, выступают в качестве дополнительных инструментов, обеспечивающих его эффективную реализацию. Государство обязано признать эти права и создавать благоприятные для жизни человека условия всеми имеющимися средствами.

Важно понимать, что право на жизнь означает для государства ответственность не за любой случай смерти, а только ответственность за нарушение его обязательств, предусмотренных статьями национальных законов и ратифицированных международных актов в сфере прав человека. Существующие в государстве уровень медицинского обслуживания, социальных гарантий, льгот и пособий, обеспечивающих качество жизни, безусловно, чрезвычайно значимы. Но они защищаются не правом на жизнь, а другими правами человека. Право на жизнь включает в себя обязательства, связанные с непосредственной угрозой лишения человека жизни.

Барсукова Е.Д.
ХНМУ

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Состояние здоровья студентов – одной из представительных групп молодежи страны, является актуальной проблемой современного общества. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров, обеспечивающих устойчивость экономического развития государства, тесно связана с сохранением и укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи.

Вместе с тем все возрастающие требования к уровню подготовки специалистов, обусловленные увеличением потока научной информации, внедрением

инновационных образовательных технологий приводят к перегрузке студентов. Повышается их психоэмоциональная напряженность, истощаются адаптационные резервы нервной, эндокринной и иммунной систем, возрастает вероятность заболеваний.

Первые попытки оценки состояния здоровья студентов были проведены еще в 20-е годы XX века. Тогда наиболее распространены были такие заболевания как туберкулез легких (до 18%), ревматические заболевания сердца (30%), малокровие (10–65%), неврастения (10–28%), малярия [1].

У современных студентов наибольший удельный вес по распространенности занимают функциональные заболевания нервной системы, кариес зубов, хронические заболевания ЛОР-органов, миопия, заболевания органов пищеварения [3].

Результаты многих исследований доказали, что лишь 10–15% старшеклассников, позже и студентов имеют высокий уровень физического здоровья; 10% – выше среднего; до 30% – средний; 25% – ниже среднего [2].

Для современных вузов актуальным становится вопрос о формировании у студенческой молодежи культуры сохранения собственного здоровья и введения здорового образа жизни в процессе профессиональной подготовки во время учебы.

На сегодня специалисты выделяют два стратегических направления по укреплению здоровья студентов:

– усовершенствование и усиление всего того позитивного, что есть в каждой личности, укрепление физического, психического и духовного потенциала человека;

– преодоление и устранение болезней, плохих привычек и т. п.

Для реализации вышеприведенных направлений по укреплению здоровья студентов необходима выработка и воплощение комплексных государственных программ, обеспеченных экономически в бюджете и подтвержденных законодательными органами. На местном уровне вузы и органы местного самоуправления должны больше внимания уделять популяризации здорового образа жизни, теоретической подготовке, и обеспечить спорт площадками и спортзалами для занятий физической культурой [2].

Вопрос о формировании идеологии и культуры укрепления здоровья студентов, без решения которого общество может понести заметные потери человеческого потенциала, не должен оставаться без внимания. Сохранение здоровья, поддержание здорового образа жизни, считается одним из весомых приоритетов общей культуры человека цивилизованного общества.

Литература

1. Байер К. Здоровый образ жизни: пер с англ. / К. Байер, Л. Штейнберг. – М.: Мир, 1997. – 368 с.

2. Трахлинберг И.М. Медицина и экология. Взаимодействие – тенденция современного этапа развития / И.М. Трахтенберг, Л.М. Коршун // Довкілля та здоров'я. – 2001. – №4.

3. Шеметова Г.Н., Дурова Е. В. проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи // Саратовский научный медицинский журнал. – 2009. – №4.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ АБОРТ?

С медицинской точки зрения аборт – это искусственное прерывание беременности в сроки до 12 недель, по желанию женщины, или даже в более поздние сроки, по медицинским показаниям.

Отношение к абортам обуславливалось, прежде всего, нравственными нормами и традициями общества, условиями жизни. Так, римляне считали плод в теле матери ее частью, отдавая право решать его судьбу самой матери. Философы Платон и Аристотель рассматривали искусственный аборт как средство регулирования рождаемости и отбора. У некоторых исламских народов аборт был довольно обычным явлением. Однако религия древних евреев искусственный аборт категорически запрещала. Христианство рассматривает аборт как тяжкий грех – убийство, так как Церковь утверждает, что зарождение человеческого существа является даром Божиим.

Действительно ли эмбрион всего лишь часть организма матери, которая тогда, естественно, имеет право распоряжаться ею как хочет? Или же это человеческое существо, которое полностью зависит от организма матери только на стадии внутриутробного развития? Как отвечает на этот вопрос наука?

Философия делит эту проблему на три направления.

С так называемой «либеральной» точки зрения, «до момента естественного рождения женщина имеет полное право принять решение о проведении аборта, а врач обязан обеспечить реализацию этого права. Нерожденный плод не признается ни в каком смысле человеческой личностью, не является, следовательно, членом морального сообщества. На нерожденный плод не распространяется право на жизнь и, следовательно, он не обладает качеством, которое обязывало бы других воздержаться от действий, прекращающих его существование». Этой позиции в основном придерживаются наиболее эмансипированные женщины, а также представители Международной Федерации Планирования Семьи, для которых аборт – одно из средств контроля рождаемости.

Другая точка зрения прямо противоположна первой. Аборт не может иметь морального оправдания – он рассматривается как прямое умышленное убийство. Зародыш с момента зачатия рассматривается как личность, которой необходимо придать основной объем прав человека, – прежде всего, право на жизнь. Данной позиции придерживаются многие ведущие ученые (профессор Бернанд Натансон, французский генетик доктор Жером Лежен, генетик Эшли Монтегю, российские генетики Д.В. Попов и В.А. Голиченков и многие другие).

И, наконец, так называемая «градуалистическая» или «умеренная» позиция утверждает постепенное одушевление эмбриона и приобретение им человеческих, личностных свойств в процессе развития от зачатия до рождения. Это так называемые «мягкие» сторонники абортов. Эта последняя позиция наиболее противоречива и запутанна, т. к. разные представители предлагают различные критерии для определения того момента или периода развития, после которого человеческий эмбрион, приобретя статус человека, становится и субъектом моральных отношений. Что интересно, ни один из предложенных критериев не

предоставляет возможности выстроить на его основе логического определения морального статуса эмбриона.

Мое отношение относительно этой проблемы такое: у человека есть врожденная надежда на лучшую жизнь. Без этой надежды человечество не имело бы будущего и важнейший источник надежды – это дети. Без детей мир будет становиться все более пессимистичным и саморазрушительным. Необходимо помнить, что когда-то дети представляли самое большое счастье и смысл жизни для родителей. А сегодня дети часто становятся лишь источником неудобств и разочарований.

Бондар О.С.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В ПРОГРАМАХ ПАРЛАМЕНТСЬКИХ ПОЛІТИЧНИХ ПАРТІЙ УКРАЇНИ

Питання забезпечення медичної допомоги населенню України, створення гідних умов для материнства, дитинства, людей з обмеженими фізичними можливостями є надто актуальною. В рівній мірі, це стосується забезпечення здорового навколишнього середовища. Медичні права відносяться до соціальних прав і, залежно від того, яку ідеологічну нішу займає та чи інша політична партія, залежить її програмне бачення в реалізації цього права. В межах однієї сторінки важко висвітлити це питання, тому спробую на ньому зупинитися пунктирно.

Ліва партія КПУ в своїх програмових засадах пропонує провести націоналізацію підприємств, в тому числі й медичних, таким чином взяти під державний контроль медичну сферу та зробити її безкоштовною. Центристська партія ПР пропонує зменшити ціни на ліки першої необхідності на 30%, також зазначає, що 60% коштів державного бюджету будуть надходити до органів місцевого самоврядування. Таким чином, значна кількість матеріальних ресурсів повинні піти на забезпечення всіх сільських районів пересувними амбулаторіями. Партія центру – ВО Батьківщина пропонує відмінити медреформу та відновити цілу низьку закладів охорони здоров'я, які були ліквідовані внаслідок цієї реформи. Також законопроектом № 2438 пропонується встановити права пацієнтів в співвідношенні з положеннями Європейської Хартії прав пацієнтів, а також визначити гарантований рівень медичної допомоги, який безкоштовно надається пацієнтам в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Цим законопроектом також пропонується встановити кримінальну відповідальність за виготовлення фальсифікованих медичних виробів та медтехники, їх отримання, переправлення, зберігання з метою збуту або контрабанду фальсифікованих виробів медичного призначення, законопроект також передбачає впровадження механізму постійного моніторингу цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення, включені в обов'язковий мінімальний асортимент соціально орієнтованих засобів.

Права політична партія ВО Свобода в медичній сфері пропонує запровадити обов'язкове державне соціальне медичне страхування, яке забезпечить гаранто-

ваний базовий пакет невідкладної медичної допомоги, що надається безоплатно коштом державного медичного фонду. Також слід наголосити, про перенесення за межі населених пунктів на безпечну відстань усіх підприємств, що здійснюють шкідливі викиди в навколишнє середовище.

Слід звернути увагу на ще одну партію центру – УДАР, яка як і ВО Свобода робить свій акцент на державному соціальному медичному страхуванні, тобто державне медичне страхування базуватиметься на принципах загальнообов'язковості, солідарності, самоврядування та отримання медичної допомоги у натуральній формі без здійснення безпосередньої оплати медичних послуг пацієнтами, із забезпеченням суворого контролю з боку незалежних організацій за здійсненням будь-яких фінансових операцій.

*Боярский А.А.
ХНМУ*

ЭВТАНАЗИЯ – ПРОЯВЛЕНИЕ МИЛОСЕРДИЯ ИЛИ РАЗРЕШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО

В последнее время проблема эвтаназии привлекает внимание общества не только за границей, но и на Украине. Эта тема была и остается актуальной, так как непосредственно связана с правом человека на жизнь и правом на смерть. Социум никогда не будет безразлично относиться к этому вопросу. И, соответственно, биомедицинская этика пытается разрешить конфликт между традиционным пониманием роли врача и обязательством врача уважать решение больного. И только философия может раскрыть величие биоэтики и защитить её человечность, показывая, что медицина имеет дело не с биологическим индивидом, а всегда с уникальной личностью.

По проблеме эвтаназии сформировались две противоположные позиции, которые могут быть обозначены как либеральная и консервативная.

Либеральная позиция исходит из принципа: достойно жить, достойно умереть. Считается, что эвтаназия всегда была, есть и будет. Либеральная идеология рассматривает эвтаназию через призму человеческого права – право умереть, если смерть – единственное избавление от страданий безнадежно больного. Было бы безнравственно желать мучительной смерти для обречённого больного. Было бы гуманно рассматривать помощь больному, просящему лёгкой смерти, если боль неустранима.

Консервативная позиция по проблеме эвтаназии исходит из принципа неприкосновенности и святости человеческой жизни. Эвтаназия рассматривается как превращённая форма убийства, юридическое признание которой приведёт к разрушению социальных и нравственных позиций медицины. Отрицательное отношение к эвтаназии выражается подчас в резкой форме: врачи не должны быть палачами.

Таким образом, философские размышления о жизни и смерти оказывается необходимыми для решения конкретных проблем, связанных с процессом умирания, определения момента наступления смерти и преодоления страха смерти. Философия как потребность человеческого духа позволяет человеку оставаться личностью перед лицом смерти, то есть оставаться честным и мужественным, рациональным и духовным, без утраты личного достоинства.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЕВГЕНИКИ

Евгеника (от греч. *Ευγενες* – «хорошего рода», «породистый») – учение о селекции применительно к человеку, а также о путях улучшения его наследственных свойств. Учение призвано бороться с явлениями вырождения в человеческом генофонде.

Основные принципы евгеники были сформулированы английским психологом Френсисом Гальтоном в конце 1863 года. Он предложил изучать явления, которые могут улучшить наследственные качества будущих поколений (одаренность, умственные способности, здоровье).

Различают «позитивную» и «негативную» евгенику (хотя грань между ними условна).

Цель позитивной евгеники – содействие воспроизводству людей с признаками, которые рассматриваются, как ценные для общества (отсутствие наследственных заболеваний, хорошее физическое развитие, иногда — высокий интеллект).

Цель негативной евгеники – прекращение воспроизводства лиц, имеющих наследственные дефекты, либо тех, кого в данном обществе считают физически или умственно неполноценными.

Существует несколько проблем, которые евгеника до сих пор не в силах преодолеть:

- проблема критериев генетического отбора;
- евгеника пытается контролировать сложные поведенческие признаки людей;
- проблема методов отбора, точнее, способа использования генетически непригодного материала;
- общемировоззренческой, философской основой евгеники выступает идея приоритета общих прав над частными, индивидуальными;
- всякое усовершенствование начинается с разделения на плохое и хорошее, жизнеспособное и слабое, талантливое и бездарное.

В настоящее время действует ряд международных правовых актов, запрещающих евгеническую практику, среди них, «Конвенцию о биомедицине и правах человека» (2005 г.) и ст. 3 «Хартии основных прав Европейского союза» (Ницца, 7 декабря 2000 г.).

В современной науке и здравоохранении многие проблемы евгеники, особенно борьба с наследственными заболеваниями, решаются в рамках генетики человека. Одним из направлений в этой области является пренатальная диагностика. Распространение знаний о наследственных болезнях и развитие сети медико-генетических консультаций уже сейчас во многих случаях помогает избежать рождения детей с тяжелыми генетическими болезнями.

ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ

Ученые все ближе и ближе подходят к созданию искусственного человека, тем самым, пытаясь устранить многие изъяны человеческого тела, недостатки физического развития, улучшить здоровье. По крайней мере, сегодня мы уже можем заменять или восстанавливать большинство органов. Поэтому считаю актуальным развить тему новейших биотехнологий, которые совсем скоро будут служить людям:

Искусственные глаза

Для слепых людей даже световосприятие крайне ценно, не говоря уж о различении предметов. Бионические глаза – искусственный орган зрения, состоящий из вживленных в центр зрения электродов. Электроды воспринимают импульсы от рецептора на периферии. Рецептором выступает камера, которая фокусирует изображение. Передача импульса беспроводная, поскольку камера тоже имплантирована в глаз человека. Такое устройство поможет видеть людям, потерявшим зрение, так как их мозг умеет обрабатывать визуальную информацию.

Заново выращенная кость

Еще в 1960-х годах ученые знали, благодаря чему растет костная ткань. Фактор ее роста – специфический протеин. Но эксперименты по выращиванию новой костной ткани терпели неудачу: она росла не совсем там, где нужно. Лишь в 2005 году ученым удалось решить эту проблему. Специально смоделированный белок стимулирует рост костной ткани в тех местах, где она разрушена. А это решает проблему многих заболеваний, в том числе и острой боли, связанной с разрушением позвонков.

Портативная поджелудочная железа

Уже скоро диабетики не будут страдать от слишком высокого или низкого уровня сахара в крови. Изобретение ученых из Института исследований ювенильного диабета предусматривает одновременное определение уровня глюкозы и необходимой дозы инсулина, который тут же выделяет портативная «поджелудочная железа». Этот аппарат, по сути, является компиляцией ныне существующих глюкометров и средств доставки инсулина. Портативная поджелудочная 24 часа в сутки самостоятельно регулирует уровень сахара в крови, предотвращая возникновение осложнений диабета.

Искусственные клетки, разносящие лекарство

Проблема побочного действия медикаментов вскоре может остаться только на страницах учебников по истории фармакологии. Ученые разработали искусственные клетки, способные проникать (по принципу иммунных) в очаг патологии. Вместе с тем они являются переносчиками необходимого лекарства. Благодаря этому медикаменты будут действовать строго целенаправленно, не влияя на другие органы, ткани и клетки. С помощью искусственных клеток врачи будут бороться как с общими заболеваниями, так с опухолями.

В медицине биотехнологические приемы и методы играют главную роль при создании новых биологически активных веществ и лекарственных препаратов, предназначенных для ранней диагностики и лечения различных заболеваний.

При этом вышеперечисленные биотехнологические аппараты призваны стоять на страже нашего здоровья, которое, не смотря на смену времени, все же остается наивысшей ценностью человечества.

Литература

1. <http://www.rate1.com.ua/nauka/1212/>
2. <http://blyg.ru/archives/70>
3. http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine

*Возгрін С.Ю.
Національний університет «Юридична Академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

НЕПОРУШНІСТЬ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я: РЕАЛЬНІСТЬ І ПЕРСПЕКТИВИ

Право на охорону здоров'я, закріплене у ст. 49 Конституції України, є невід'ємним і непорушним правом кожної особи відповідно до Конституції України. Ч. 1 ст. 3 Основного Закону закріпила, що людина, її життя, здоров'я, честь і гідність визнаються найвищою соціальною цінністю. Таким чином право на охорону здоров'я визнається державою природним правом, що зобов'язує Україну захищати та охороняти вказане право.

Для реалізації цього дуже важливого права необхідно створити ефективний механізм, який би включав у себе наявність відповідних гарантій, законодавства і систему державних та недержавних інституцій.

Здійснення політики у сфері охорони здоров'я опосередковано нормами Конституції України, відповідними законами, політичними та адміністративними рішеннями, які приймають відповідні органи державної влади. Вони об'єктивуються у виступах та посланнях Президента України, в програмах діяльності Кабінету Міністрів, в заявах та виступах Прем'єр-Міністра, Міністра охорони здоров'я, у тому числі через їх накази та розпорядження.

Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Україна, як і більшість країн світу, гостро відчула наслідки світової фінансової кризи. Стан здоров'я населення України має пряму залежність від рівня фінансування системи охорони здоров'я, але за останні 15 років, цей рівень не підіймався вище 3,4% від ВВП, при мінімальній потребі у 5%. У той же час у країнах європейського регіону цей показник перевищує 10% (1, с. 25). Проте не тільки фінансова криза впливає на таку ситуацію. Більш збалансована політика держави могла б призвести до збільшення фінансування вказаної сфери. Розрив між гарантією безоплатності медичної допомоги і економічними можливостями держави на жаль великий. Це призводить до численних порушень конституційної норми щодо безоплатності медичної допомоги.

СРСР у спадок залишив Україні потужну мережу органів і закладів охорони здоров'я із значним кадровим та матеріально-технічним потенціалом. Ефективне керування цими закладами є важливим фактором покращення ситуації з реалізацією права на охорону здоров'я в Україні.

Враховуючи демографічну ситуацію в Україні, необхідно і далі посилювати контроль за станом здоров'я населення з боку держави.

Література

Монастирський І.М. Деякі аспекти медичного страхування в Україні / І.М. Монастирський // Економіст. – 2008. – №5. – С. 24–27.

*В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Існує багато підходів до розуміння сутності та змісту поняття «здоров'я». Сам термін «здоров'я» неоднозначний, бо поєднує дві науки та дві області практики медичну і психологічну. У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я зазначається: «Здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, але і повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя».

Таке уявлення про здоров'я свідчить про тісний психосоматичний зв'язок стану людини з безліччю як внутрішніх, так і зовнішніх факторів. Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємопов'язаних між собою рівнях функціонування.

Сьогодні спостерігається постійне погіршення стану здоров'я населення та молоді зокрема. У зв'язку з цим виникає необхідність формування у студентів здорового способу життя, готовності до нього, а це, в свою чергу, вимагає орієнтації системи освіти на навчання і виховання, що сприяє збереженню здоров'я. Зниження рівня здоров'я і фізичної працездатності у студентській молоді є наслідком значного психоемоційного навантаження, порушень гігієнічного режиму дня і харчування. Сформувані ставлення до здоров'я як найважливішої цінності, дати необхідні для життя кожного індивідуума знання з валеології, навчити дотримуватися здорового способу життя – основне завдання сучасної медичної освіти.

Інтерни – майбутні лікарі та студентство, як самостійна соціальна група, завжди було об'єктом особливої уваги. Протягом останніх десятиліть відзначено тривожну тенденцію погіршення здоров'я молоді, її фізичної підготовленості. Це пов'язано не тільки зі змінами, що сталися в економіці, екології, умовами праці та побуту українського населення, але і з недооцінкою в суспільстві оздоровчої та виховної функції, що позначилося на гармонійному розвитку особистості. Сьогодні здоров'я нації викликає занепокоєння у зв'язку зі збільшенням кількості споживачів алкоголю, тютюну, низькою руховою активністю молоді.

Таким чином, змінилися цілі і завдання педагогічного виховання студентів, оскільки студенти – основний резерв і значна частина трудових ресурсів народного господарства, а стан здоров'я студентів сьогодні – це суспільне здоров'я, здоров'я нації.

Встановлено, що здоров'я людини на 20% залежить від стану довкілля. Це означає, що у людей, котрі проживають в екологічно чистій місцевості, здоров'я може бути кращим, ніж у людей, які живуть в екологічно забрудненій місцевості. До іншої групи факторів (20%) належить генетичний фактор (спадковість). Відомо, що у батьків, які ведуть здоровий спосіб життя, є всі передумови для

народження здорових дітей. Хоча питаннями збереження та зміцнення здоров'я займається система охорони здоров'я, учені-спеціалісти стверджують, що здоров'я людини залежить від неї лише на 10%. На 50% здоров'я людини залежить від способу життя.

На формування здоров'я студентської молоді у процесі навчання справляють вплив безліч факторів: перша група – це об'єктивні фактори, безпосередньо пов'язані з навчальним процесом (стан навчальних аудиторій, тривалість навчального дня, навчальне навантаження, перерви між заняттями). Друга група факторів – суб'єктивні, особистісні характеристики (режим харчування, фізична активність, наявність шкідливих звичок, організація дозвілля). У реальних умовах навчання і побуту саме друга група факторів, що характеризує спосіб життя студентів, більшою мірою справляє вплив на здоров'я.

Залишається актуальною й сьогодні думка Гіппократа, яка полягає в тому, що єдина причина всіх хвороб – невідповідність між можливостями організму і вимогами, котрі висувають йому умови і спосіб життя. Досягнення науково-технічного прогресу, розвиток суспільства, соціальна сутність людини все більше деформують її біологічну природу. Одне із завдань суспільства – запобігти несприятливому впливові на все живе на планеті, у тому числі на здоров'я і довголіття людей.

*Герасимчук У.С.
ХНМУ*

ОСНОВНАЯ ИДЕЯ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время под понятием «здоровье» понимается состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Из этого следует, что непременным условием сохранения здоровья выступает потребность соблюдения неизменным некоторого оптимального состояния окружающей среды, и тем самым сохранение состояния подвижного равновесия при взаимодействии организма и среды. В соответствии с этим будут сохраняться в неизменности все структуры и функции организма. Причем под средой обитания человека понимается комплекс всех внешних действующих на него факторов как материальной, так и нематериальной природы (информацию, гипноз, духовное влияние и т.д.).

Современное общество знает о здоровье достаточно много, как и о том, что нужно для его постижения и поддержания на должном уровне. Однако для того, чтобы эти накопленные человечеством знания начали давать результат, необходимо учесть и устранить целый ряд негативных обстоятельств, препятствующих их реальному воплощению.

Считают, что здоровье можно созидать, если принять во внимание факт, что человек – открытая, саморегулирующаяся и самообновляющаяся система, которая обменивается энергией, веществом и информацией с окружающей средой. Управляя с помощью сознания механизмами здоровья и ведя здоровый образ жизни, можно постоянно поддерживать оптимальный уровень здоровья. Одним из главных факторов формирования здорового образа жизни, запускающим механизм оздоровления, следует считать гармонизацию пространства,

состояние, поддерживающее функции человеческого организма в гармонии с его характером и конституцией. Механизмами здоровья можно назвать химические, энергетические связи внутри организма, между индивидом и средой обитания; управляющими механизмами здорового образа жизни – сознание, под-сознание, высшую нервную деятельность. Следовательно, здоровье можно рассмотреть как внутрисистемный порядок.

Таким образом, можно сказать, что любое действие, любое желание, любое стремление человека направленное на поиск и достижение своей оптимальной среды, как единой целостной субстанции видит своей целью достижение общего искомого равновесия. Здоровье является одной из составляющих этого общего равновесия, касающееся в основном анатомо-физиологической части организма. Другими составными частями организма является психо-эмоциональная, моральная и духовная сферы, которые также имеют свои состояния равновесия, иногда не только не совпадающие с равновесием физиологическим, но и прямо противоречащими ему.

Литература

1. Торохова Е.И. Валеология: словарь [Текст] / Е.И. Торохова. М.: Флинта: Наука, 1999.

2. Орлов Ю.М. Саногенное мышление [Текст] / Ю.М. Орлов. Составители: А.В. Ребенок, О.Ю. Орлова; серия: Управление поведением. – Кн. 1. – М.: Слайдинг, 2003.

3. Царегородцев Г.И., Шингаров Г.Х. Психосоматическая проблема и ее значение для понимания путей совершенствования человеческого потенциала [Текст] / Г.И. Царегородцев, Г.Х. Шингаров // Человеческий потенциал современной России: сборник: под ред. Г.Х. Шингарова, И.Е. Задорожнюка. – М.: Изд-во СГУ, 2005.

4. Мельников В.И. Теория замкнутой системы / Норильский индустр. ин-т. – Норильск, 2003. – 148 с.

5. Д.О. Сиваков. Философско-исторические заметки: сб. авторский публикаций. – М.: Союз, 2010. – 85 с. (Проект «Творческая мысль»).

6. Саркисов Д.С. Философия в системе медицинского образования // Клиническая медицина, 1999. – № 1.

7. Ракитов А.И. Наука и науковедение XXI века // Вестн. РАН, 2003. – № 2. – С. 133.

*Глєбова Л.І.
ХНМУ*

КРИЗА ДУХОВНОСТІ ТА КУЛЬТУРНІ ЦІННОСТІ

Початок третього тисячоліття позначений увагою до проблем розвитку людства взагалі та українського суспільства зокрема. Новітні дослідження в галузі філософії, культурології, соціології та інших гуманітарних наук констатують радикальні системні перетворення. Вибуваєтьса зміна індустріального суспільства на постіндустріальне, капіталізму – на пост капіталізм, модернізму – на постмодернізм. Наша епоха асоціюється з «кінцем історії». Під впливом глобалізації відбуваєтьса руйнування усталеної системи цінностей, на базі якої фор-

мувалися суспільні та особистісні ідеали впродовж тривалого історичного періоду. Таку ситуацію сповна ілюструють слова С.Л. Франка, написані ще 1925 року: «Людство переживає нині одну з найтяжчих і найглибших криз, будь-коли ним пережитих. Старі вірування занепали й не мають влади над серцями; нової віри не видно – людство не знає вже, чого має прагнути, для чого жити, які начала воно повинно втілювати в життя. Оскільки остання перевірка світогляду є його додаток до життя, досвід узгодженого з ним життя, то ця ідейна криза найбільше виявляється у факті суспільної безідейності та суспільної зневіри. На словах або в абстрактному мисленні більшість людей начебто ще мають якусь віру: оді вірують у християнство, другі – в науку, треті – в людину тощо. Проте мало у кого залишилася та цілісна, справжня віра, що визначає всю поведінку людини і виражається в ясному й безпосередньому розумінні добра і зла, належного і допустимого в особистому та суспільному житті» [1, с. 8].

В Україні внутрішні політичні та соціально-економічні фактори, пов'язані з процесом становлення державності, формуванням ринкових відносин, нездатністю православної релігії заповнити «екзестинційний вакуум», спровокували глибоку соціокультурну кризу. Українське суспільство втратило ціннісні орієнтири, принципи світобудови, гармонії та духовності. Зазвичай українці не читають художньої літератури, не ходять до театрів. Статистика фіксує зростання алкоголізму, наркоманії, захворюваності вірусом імунодефіциту. Зростають напруженість і агресивність, правовий нігілізм, втрачається здатність співпереживати чужому горю, помічати красу. Переважання технократичного мислення призвело до формування однобічно розвинених типів людей: людина-гвинтик, людина-гедоніст, людина-прагматик. На перший план суспільство висунуло людину-прагматика, що будь-якими засобами прагне до своєї мети.

Слід констатувати: що більше наше суспільство засвоює установки споживацької поведінки, то більше духовна проблематика набуває в науковому дискурсі нові – «іміджеві» конотації.

Головною перспективою подолання системної кризи в Україні є звернення до духовності, в основі якої лежать загальнолюдські цінності. У суспільстві необхідно культивувати цінності міжособистісного спілкування (чесність, порядність, доброзичливість), демократичні (права людини, свобода слова та совісті), світоглядні, моральні, естетичні та ін.

Отже, духовність є тією піковою точкою, в якій сходяться різні соціокультурні проблеми сучасного життя. Вони детерміновані, з одного боку, загальносвітовими тенденціями, що пов'язані з концепціями споживацького суспільства, утвердженням культу масового споживання, поглибленням тотального відчуження особи від природної та соціальної реальності. З іншого боку, криза духовності не є чимось абстрактним і не може бути пояснена через набір певних ознак (на кшталт «втрати релігійності», «падіння моральності» тощо). Вихід з кризи духовності можливий на шляху комплексного осмислення проблем, які висунуло суспільство, з огляду на загальнолюдські цінності.

Література

1. Франк С.Л. Религиозные основы общественности / С.Л. Франк // Путь. – 1925, № 1. – С. 8–30.

ФОРМИРОВАНИЕ ДУХОВНОГО АСПЕКТА ЗДОРОВЬЯ

Что такое здоровье? Кто дает тому четкие критерии? Всемирная организация здоровья еще в 1946 году дала четкое определение этому понятию. По уставу ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Здоровье подразумевает собой ведение определенного образа жизни, который приносит человеку удовлетворение. Понятие здоровья физического всегда было определенным и понятным каждому. Но как же быть с формулировкой духовного? Каждый из нас более-менее представляет свое видение о состоянии организма, «здоровье» или «нездоровье», но с душевным положением все намного труднее. Этот вопрос вызывает у многих затруднения. Что же представляет собой духовное здоровье, как мы можем связать его с физическим?

В первую очередь, человек должен обладать знаниями о здоровье. Они определяют образ его жизни и критерии, по которым он сам судит о своем состоянии, именно благодаря им человек добивается определенного уровня в жизни, занимая соответствующее социальное положение. Философские убеждения, взгляды, религия – это шаги к здоровью, признаки духовного развития. Если в картине жизни недостает этого пазла, то в человеке чувствуется внутренняя пустота, не столько физическое, сколько духовное уродство. Возможно, из-за этого некоторые люди совершенно не беспокоятся о своем духовном состоянии, не видя связи между духовным и физическим здоровьем.

Развитие представлений человека о философии жизни и его развития телесного – это два кита, несущих на своих спинах образ счастливого человека. Станьте счастливыми, и врач вам будет не нужен! Это ваш выбор. Человек может быть счастлив или нет, и опять же, это его собственный выбор. Лучитесь искренностью и любовью, пониманием и силой души. Если человек – мерило жизни, то счастье – его единственный критерий.

Любой из нас должен видеть смысл жизни, понимать для чего он живет. В противном случае добиться чего-либо, не понимая, для чего ты это делаешь, практически невозможно. У каждого этот аспект реализуется по-разному, ибо смысл для каждого из нас индивидуален.

Не нужно останавливаться на достигнутом. Жизнь, словно река, имеет свое течение, направление, подводные камни и обрывистые берега. Остановиться – означает добровольно отдаться течению. Оно унесет, без учета прошлых достижений, и на очередном повороте может легко выбросить на берег.

Еще один аспект гласит, что человек должен блюсти равновесие, сохраняя его, словно зеницу ока. Эмоциональная сбалансированность и оптимальный взгляд на жизнь – вот то, что нужно для гармоничного развития социального человека.

Немаловажный принцип – стремление к духовному развитию. Думайте, мечтайте, принимайте смелые решения, развивайте свои желания. В жизни должен быть стимул, заставляющий идти вперед, даже когда силы на исходе, когда спотыкаешься и падаешь – встать и, успокоившись, снова идти.

Ваше личное видение определяет, в каком мире мы живем. Для каждого он свой, хотя для всех – он один, просто мы по-разному на него смотрим.

Исходя из вышесказанного, мы можем сказать, что телесные, духовные и душевные аспекты здоровья являются прочно связанными между собой и взаимообусловленными. Они дают человеку возможность реализации личного потенциала, самым оптимальным способом решать задачи, поставленные жизнью. Высший уровень здоровья – духовный, регулирует воздействие на остальные аспекты. Происходящие отклонения в духовном либо душевном аспектах здоровья обязательно скажутся на образе жизни человека, соответственно на его физическом здоровье.

Годзь Н.Б.

НТУ «Харківський політехнічний інститут»

ЕКОЛОГІЧНА ФУТУРОЛОГІЯ ЯК ОСНОВА ЛЕГІТИМАЦІЇ МАЙБУТНЬОГО ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА

Поняття «здоров'я» має багато семантичних змістів, які закладені у багатьох національних мовах як систем їх семантичних властивостей. Завдячуючи цьому ми можемо підходити до дослідження поняття «здоров'я» не тільки з медичної позиції, але й з філософської – наприклад, з позиції філософії мови, семантики та семіотики. У цій площині цікаво проаналізувати модель «культурних сценаріїв», про які писала А. Вежбицька [1]. Володіючи ознаками загальнолюдської цінності, здоров'я, його семантичне навантаження та семіотична транскрипція мають певні мовні висловлювання та визначення, закріплені за допомогою знаків механізми (те, що ми в певний час досліджували як «культурні стереотипи»). Здоров'я таким чином ми можемо розглядати й як поняття, й як феномен. Воно може виступати не тільки як цінність, але й як певний ідеал. Отже, йому властиво у власних ознаках через використання у філософському, науковому та побутовому середовищах отримувати й певну міру викривлення змісту, ідеалізації. Таким чином, здоров'я можливо досліджувати ще й як певну суспільну цінність, яка відмінна у різних епохах, етносах, на різних щаблях суспільства і має свої певні відмінні характеристики й ознаки, закодовані через культурні сценарії (на разі й мовні) та яка передається та зберігається за допомогою тих самих культурних стереотипів. Життєвий простір, який займає індивід, на разі й у власній професійній навчальній, творчій діяльності є особливе середовище – природне та штучне (створене у процесі історичної діяльності та розвитку людства).

Життєве середовище пересікається з середовищем праці, таким чином, уся трудова діяльність людини пролягає у «просторово-часовій заданості» [2, с. 62]. Здоров'я як індивідуальне та як показник цілих поколінь або навіть суспільства у цілому також формується та отримує можливість бути вивченим у першу чергу за допомогою порівняльно-зіставлюючого аналізу, не в останню чергу за допомогою вивчення та порівняння минулого, сучасного та проєктивному підході дослідження майбутнього. Відповідно до цього питання «Що саме представляє собою феномен здоров'я», «Що є відповідним стандартом здорового індивіду», порівняння між «здоровим індивідом та здоровою особистістю», «Які чинники

входять до поняття «Здорове суспільство» – безпосередньо мають футурологічне забарвлення, футурологічну скерованість.

Екологія у цілому та екологія людини безпосередньо пов'язані з механізмами проектування та передбачення, прогнозування [3, с. 40–46]. Таким чином, ми продовжуємо вводити поняття «екологічна футурологія» та пов'язуємо його разом з іншими задачами з задачею прогнозування та збереження майбутнього здоров'я спільноти. Можемо звернути увагу, що окреслене поняття та термін вже мусять бути введені до широкого використання та розробки, бо ми нещодавно мали нагоду зустріти використання словосполучення, хоча й без окремої його методичної розробки у публікації у А.Н. Фомічова [Див. 4, с.153–168].

Література

1. Вежбицкая А. Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики: пер. с англ. А.Д. Шмелева / А. Вежбицкая. – М.: Языки славянской культуры, 2001. – 272 с.

2. Маркович Д.Ж. Социальная экология: пер. с сербскохорватского / Д.Ж. Маркович // – М.: Просвещение, 1991. – 176 с.

3. Годзь Н.Б. Філософські підстави розуміння потреби інтерпретації екології та футурології у контексті тлумачення проблеми «постлюдини» та «постдовкілля» / Н.Б. Годзь // Вісник Черкаського університету: серія Філософія. Науковий журнал. – 2012. – №11 (224). – С.40–46.

4. Фомичев А.Н. Проблемы концепции устойчивого экологического развития: системно-методологический анализ / А.Н. Фомичев. – М.: Книжный дом «Либроком», 2009. – С.153–168.

Голубнича В.О.

Українська державна академія залізничного транспорту (м. Харків)

ЗДОРОВ'Я І НЕДУГА В СОМАТИЧНОМУ ТА ЕКЗИСТЕНЦІЙНО-АНТРОПОЛОГІЧНОМУ ВИМІРАХ

Здоров'я і недуга це артефакти соматичного буття, а загальна поліморфність екзистенціально-антропологічного простору та неоднозначність поняття «недуга» пояснюють багатоваріантність трактувань щодо хвороби, яка є доповненням здоров'я, його зворотним боком. Значення недуги як розладу соматичного буття не може бути однозначним, оскільки воно варіюється відповідно до тих моделей здорового існування, в межах яких оцінюється життєдіяльність людини.

В опозиції здоров'я – недуга принцип протиставлення змінюється принципом доповнення. Екзистенціально-антропологічна інтерпретація недуги передбачає розгляд цього феномена у внутрішньо особистісному, інтераперсональному плані життєздатності і лікування можливе як упорядкування індивідуального способу життя, помірності в усьому і турбота про себе. Недуга розглядається як наслідок людської недосконалої у філософській антропології, гріха в релігійному контексті, невтриманості, як моральної характеристики. При цьому варто звернути увагу на ставлення традиційної медицини до хворого, яке ігнорує його особистість з екзистенціальними переживаннями, а боротьба з незнищуваним злом тілесної і душевної патології часто заважає сприйняттю і розумінню людини як автономної і цілісної персони в її соматичному бутті. Та-

ким чином, недуга – це складна екзистенційно-антропологічна проблема, яка містить у собі релігійні, морально-етичні і філософсько-антропологічні аспекти і є одним з показників персонального соматичного буття людини. Немає значення, що стало першопричиною недуги, головне, що вона порушує цілісність людини, спричиняє стан внутрішньої деструктивності соматичного буття.

Здоров'я і недуга людини фіксують не лише стан її організму, а з огляду на екзистенційно-антропологічний контекст, вони набувають різних змістовних домінант з цілою гамою соматичних відчуттів і переживань. Хворий з-поміж здорових виділяється як відокремлена істота, оскільки має досвід екзистенційно-жахливого і це надає вагомості його доказам. І хоча здоровій людині важко уявити рівень болю і прикростей, яких зазнає хворий, все ж за умов надзвичайної сили уяви болю людина може відчувати себе не зовсім здоровою. Хвороба як стан соматичного буття – це плоть, яка прагне звільнитися, бунтуючи і нездатна більше служити людині, це зрада органів. Кожний з них прагне діяти поодиноці, раптово чи поступово відокремлюється, виходячи з ладу, перестає взаємодіяти з іншими і шукає пригод. На відміну від соматичного компоненту здоров'я і недуги, який криється в них самих, екзистенційно-антропологічний – має певні духовно-світоглядні наслідки.

*Гончаренко Л.О.
ХНМУ*

ПРОТИРІЧЧЯ АКСІОЛОГІЧНОГО ВИМІРУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

*Протиріччя є критерій істини,
відсутність протиріччя – критерій омани.*

Г. Гегель

Цілий спектр трансформацій, що викликали зміни у світі й країні, прямо або побічно впливає на предмет нашого дослідження – цінності здоров'я людини. У свою чергу, це веде до появи протиріч, які можуть загострюватися в міру відмови від їхнього вирішення. У сучасному українському суспільстві склалася тісно переплетена низка протиріч, що пов'язані з цінностями здоров'я людини. Найбільш значущими серед них є такі протиріччя:

– між актуальними соціально-економічними потребами країни в здорових і працездатних громадянах та її низькими соціально-економічними можливостями по медичному забезпеченню населення;

– між потребою суспільства у формуванні гармонійно здорової людини, орієнтованої на духовно-моральні цінності здоров'я, і відсутністю адекватної моделі реалізації в соціумі;

– між державною програмою здоров'я нації, що розглядає конкретного індивіда й населення в цілому як об'єкт додатку лікувальних технологій і необхідністю бачити людину як суб'єкта зі зміненою свідомістю, мотиваціями й цінностями, яка формує своє здоров'я й несе за нього відповідальність перед собою, родиною, корпорацією, державою;

– між необхідністю забезпечення індивідуального медико-профілактичного й лікувального підходів і традиційно валовим підходом до реалізації проблеми за рахунок кількості на шкоду якості;

– між прагненням медицини до збереження здоров'я людини й зміною його генної структури негативним медикаментозним і екологічним впливом;

– між соціально-економічною обстановкою, що склалася в країні, і актуалізувала потребу в підвищенні особистої відповідальності за своє здоров'я й неможливістю її реалізації для основної частини населення. Дана тенденція характерна, насамперед, для людей із високим рівнем забезпеченості й гарним здоров'ям;

– між збільшенням тривалості життя й зниженням якості здоров'я, що неминуче веде до скорочення активної фази життя людини;

– між високомотивованим прагненням населення самостійно займатися своїм індивідуальним здоров'ям і низьким рівнем санітарно-гігієнічної поінформованості й грамотності людей;

– між високою цінністю медицини для населення країни й падінням її престижу як обмежено доступної для всіх громадян;

– між декларованою роллю інституту сім'ї як суб'єкта формування ціннісного відношення до здоров'я і його реальною некомпетентністю в цій сфері, а також низькою роллю родини в створенні позитивних типів поведінки самозбереження;

– між якісними змінами молодого покоління, викликаними появою негативних видів поведінки самозбереження (наркоманія, токсикоманія, використання стимуляторів і депресантів, ігнорування культури харчування, гіподинамія, авітальні стилі одягу й взуття, фетишизм, негативний частотно-хвильовий вплив та ін.) і консервативною системою реагування держави й суспільства на соціальні виклики подібного роду;

– між існуючою системою освіти й відсутністю стрункої концепції збереження й розвитку здоров'я школярів і студентів, яка сприяла б виробленню навичок ЗСЖ і формуванню свідомості, спрямованої на розуміння здоров'я як цінності й ресурсу для досягнення певних цілей. До речі, саме школа сприяє розвитку в дітей так званих «шкільних хвороб»;

– між картиною масової свідомості населення старшого покоління стосовно відповідальності за своє здоров'я, що склалася, й трансформацією світогляду молодого покоління, викликаного соціально-економічними й соціокультурними змінами в країні й світі;

– між наявністю в медицині цілого арсеналу вітчизняних і закордонних методик і методів ефективного лікування й обмеженими можливостями їх застосування до малозабезпечених верств населення.

Реалізація інтересів людини, у тому числі й цінностей її здоров'я, вимагають уміння ефективно вирішувати протиріччя, не накопичуючи їх, а перетворюючи в джерело прогресу й саморозвитку. Саме такий підхід здатний забезпечити вирішення проблеми збереження здоров'я людей.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Здоровье человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук. Изучение основ здоровья – это в большей степени медико-биологический аспект. И все же необходимо помнить, что хотя все медицинские доктрины в своей основе имели две взаимосвязанные цели – сохранение здоровья и лечение болезней, фактически медицина является наукой о болезнях. Человек связан с отношениями в обществе и его социальной структурой. Поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Любой аспект социальной работы касается сбережения здоровья и содействует ему. Без представлений о феномене здоровья и о здоровом образе жизни социальная работа неполноценна.

Здоровье отдельного человека связано с большими колебаниями важнейших показателей жизнедеятельности, приспособительными возможностями организма. Известно, что абсолютно здоровых людей нет. Здоровье не исключает наличия в организме ещё не проявившегося болезнетворного начала, колебаний в самочувствии человека или даже некоторых отклонений оттого, что рассматривается как физиологическая норма.

Общественное здоровье как характеристика здоровья членов общества в целом не является только медицинским понятием. Оно представляет собой общественную, социально-политическую и экономическую категорию, а также объект социальной политики. Общественное здоровье обуславливается социальными факторами, зависящими от социальных условий – социально-экономического и политического развития, а также от природных условий. На показатели общественного здоровья влияют многочисленные конкретные факторы окружающей человека действительности, среди них важное значение занимает состояние здравоохранения и охрана окружающей среды.

Социальная медицина занимается изучением закономерностей влияния социально-экономических условий, факторов и образа жизни людей, а также его отдельных групп на здоровье населения. Кроме того, в сферу интересов этой науки входит теоретическое обоснование эффективной системы государственных и общественных мероприятий, путей и методов, направленных на устранение влияния вредных факторов окружающей среды, обеспечение высокого уровня здоровья всех членов общества, увеличение периода их активного творческого долголетия.

ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ. ДУХОВНИЙ ТА ФІЗИЧНИЙ АСПЕКТ

Харківський національний медичний університет є взірцем багаторічної і плідної підготовки студентів України, ближнього і дальнього зарубіжжя. Невід'ємним і важливим ланцюгом лікарської підготовки є вивчення нейронаук.

Саме тому неврологія посідає важливе місце в клінічній підготовці лікарів. Сучасна орієнтація підготовки сімейних лікарів тільки підкреслює обов'язкове врахування ролі нервової системи в генезі та перебігу будь-яких хвороб людини. Це вимагає викладачів навчати студентів постановити діагноз, для чого оволодіти сучасними методами діагностики, і умінню лікувати конкретного хворого, особливо при наявності невідкладних неврологічних станів.

В цьому аспекті, особливо при навчанні за Болонською системою, велике значення має особистість педагога. В біблії говориться «...знайди собі вчителя...». В нашому славному університеті є немало гідних вчителів, на прикладі яких виховувались сучасні педагоги: це Л.Т. Мала, Г.І. Дуденко, М.П. Воронцов, Ж.Д. Сімідоцька, В.В. Бобін, А.Я. Циганенко, В.І. Грищенко, Є.Г. Дубенко, В.І. Сало, А.Я. Браславець, А.А. Жук, А.Ф. Яковцева та багато інших. Ректором університету В.М. Лісовим створюються всі умови для гідного навчання і виховання студентів і молодих учених. Проте втілювати в педагогічний процес всі набудки треба особисто кожному педагогу.

На кафедрі неврології впроваджується метод, що надає можливість оцінити фізичний стан здоров'я людини – це вимірювання електронегативності ядер букального епітелію (ЕНЯ). Що ми виявили? У тих студентів, які задоволені навчанням, після пари з неврології показник ЕНЯ набагато краще, чим у тих, хто пропустив заняття і відробляє їх по суботах. Також цей показник значно нижчий у осіб, які палять і мало бувають на свіжому повітрі. Особливо важливим є викладання складного неврологічного матеріалу у доступній формі. В свій час великий філософ Конфуцій сказав: «Від слів вимагається тільки те, щоб вони були зрозумілими». Для втілення у життя цього принципу, викладачі кафедри неврології складають власні методичні розробки різного рівня складності, задачі, власні схеми і таблиці, залучаючи до цього процесу студентів. Студенти іноді самі жартують над захопленням деяких з них автоматичним вивченням лише тестів. Так, ними був складений анекдот: «Приходить хворий до лікаря і скаржитися: «Доктор, в мене болить поперек і біль віддає в ліве стегно». На що лікар відповідає: «Я знаю! Це відповідь «С». Ось чому після розбору складних неврологічних випадків, коли студентам стає все зрозумілим, вони йдуть до нашого наукового студентського гуртка, публікують дані своїх досліджень, з якими виступають на міжнародних конференціях. В наш прагматичний час, на жаль, втрачається духовність і людяність. Без цих якостей навіть вельми освідчена людина перетворюється на робота. Тому поряд із тотальною комп'ютеризацією повинно бути добре слово лікаря, співчуття, любов до своєї справи. Неврологія – це вища математика медицини. Тому ми вважаємо доцільним обов'язкове відвідування всіх лекцій і практичних занять. Студенти дуже люблять, коли їм на лекції і практичних заняттях демонструють тематичних хворих. Саме майстерність і досвід педагогів і наполеглива самостійна праця студентів сприятиме успішному оволодінню нашої цікавої і важливої дисципліни. Немає студентів, яких не можливо було б навчити, але для успішного навчання необхідно бажання самих студентів. З цього приводу хочеться навести слова нашого земляка Г. Сковороди: «Не той дурний, хто не знає, але той, хто знати не хоче».

Викладачі нашої кафедри доводять нашій молоді тезу Ф. Достоевського «Головне в людині – це не розум, а те, що ним управляє: характер, серце, добрі почуття, передові ідеї», і слова почесного ректора ХНМУ А.Я. Циганенка «Навчитися лікувати – це не все. Головне – навчитись любити людину!»

Гоцуляк С.Л.
Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»

ПРАВОВІ ЗАСАДИ САНІТАРНОГО ТА ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

У сучасній Україні діє законодавство, яке регламентує здорові умови життя та праці громадян й забезпечує їхнє санітарно-епідеміологічне благополуччя. До основних нормативно-правових актів, що безпосередньо стосуються системи охорони здоров'я, належать закони України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про охорону навколишнього природного середовища», «Про охорону атмосферного повітря», «Про питну воду та питне водопостачання», Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу в Україні та ін.

Сучасна законодавча база санітарно-епідеміологічного благополуччя виникла не на порожньому місці. Санітарно-епідеміологічне законодавство має давню історичну базу. У зв'язку з цим, слід сказати про Статут лікарняний в редакціях 1832, 1857, 1892, 1905 рр., що діяв у Російській імперії та займав важливе місце в регулюванні питань, пов'язаних з епідемічними захворювання, та санітарним забезпеченням XIX–XX ст. Цей Статут був чинним до 1917 р. й на сьогодні є важливим історико-правовим джерелом зі становлення й розвитку санітарно-епідеміологічної справи на території українських губерній.

У радянські часи розвиток санітарно-епідеміологічної справи набув нового змісту. Так, у 1923 р. Радою Народних Комісарів УСРР було прийнято постанову «Про санітарні органи республіки». Цим документом були визначені права та обов'язки санітарних органів, на державному рівні визначено організаційні засади проведення санітарних та протиепідемічних заходів. Саме на підставі цієї постанови було затверджено структуру та штати санітарних органів республіки від центра до периферії.

У жовтні 1927 р. був опублікований Закон «Про санітарні органи республіки», відповідно до якого обов'язковим елементом діяльності санітарних органів установлювався попереджувальний нагляд.

21 листопада 1949 р. була прийнята постанова Раднаркому СРСР №5272 «Про Всесоюзну державну санітарну інспекцію та органи санітарно-протиепідемічної служби». Всесоюзна державна санітарна інспекція виконувала функцію попереджувального санітарного нагляду, а поточний нагляд здійснювали санітарно-епідеміологічні станції.

Наказ від 23 січня 1951 р. №199 «Про санітарно-протиепідемічну службу СРСР» та розпорядження Ради Міністрів СРСР від 5 травня 1950 р. №6684 регламентували розподіл функцій держсанінспекції і санітарно-епідеміологічної станції.

29 жовтня 1963 р. було прийнято Постанову Ради Міністрів СРСР від 29 жовтня 1963 р. №1107 «Про державний санітарний нагляд у СРСР», метою якої було вдосконалення діяльності органів санітарно-епідеміологічної служби та визначення шляхів подальшого розвитку санітарного нагляду.

У травні 1973 р. було затверджене Положення про державний санітарний нагляд в СРСР, яке визначило завдання, структуру санітарно-епідеміологічної служби, коло посадових осіб, які очолюють систему державного санітарного нагляду, їхні права та обов'язки, що сприяло подальшому розвитку санітарно-епідеміологічної служби, її організаційному і науково-технічному поліпшенню.

Здобуття Україною незалежності на початку 90-х років активізувало зусилля керівників та спеціалістів Держсанепідслужби щодо удосконалення її організаційної структури, а також визначення і закріплення її ролі у системі органів охорони здоров'я. Так, 24 лютого 1994 р. Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про забезпечення санітарного епідемічного благополуччя населення». Цим документом і сьогодні регламентується діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби України.

Таким чином, зазначені вище нормативно-правові акти важливе місце відводять регулюванню питань, пов'язаних з протидією епідеміям та збереженням здоров'я населення. Аналіз нормативної бази минулого дозволяє отримати чітке уявлення про шляхи вирішення проблем, які можуть виникнути у майбутньому в сфері правового регулювання відносин пов'язаних з забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

*Дейнека В.В.
ХНМУ*

ДИАЛЕКТИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВЬЯ В АНТИЧНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ФРАГМЕНТОВ ГЕРАКЛИТА ЭФЕССКОГО

«Здоровье» и «болезнь» относятся к числу диалектических категорий, которые в принципе не могут быть однозначно определены. Любые представления о здоровье детерминированы определенным социокультурным контекстом, в котором они формируются, и потому не могут быть абсолютными. Их осмысление и переоценка происходят в контексте постижения сущности бытия человека в различных его аспектах.

Социокультурные феномены, относящиеся к сфере понятий «здоровья» и «болезни» становятся устойчивыми системными архетипическими компонентами самоопределения статуса личности в контексте качественных психосоматических характеристик здоровья.

Диалектический характер понятий, описывающих существенные свойства и характеристики процесса жизнедеятельности человека, прочно закрепленные в общественном и индивидуальном сознании, впервые в античной культуре представлен у Гераклита Эфесского (544–483 гг. до н. э). По его мнению, «Болезнь делает приятным и благим здоровье, голод – сытость, усталость – отдых» [DK 111]. Болезнь, голод и усталость, у Гераклита, структурно подчинены более общему понятию – страдание. Переход от страдания к его противоположности – удовольствию, является благом. «Удовольствие» и «страдание» – это чувственные характеристики самооценки актуального состояния личности субъекта.

Они закреплены на уровне обыденного сознания. Понятие «благо», отражает свойства такого состояния на более высоком уровне – коллективного сознания, где оно существует на уровне целого и отдельных его проявлений в общем ценностном дискурсе. По мнению Гераклита, сами по себе чувственные состояния ценностно нейтральны. Их оценивание – результат подчинения мышления стереотипным формам обыденного сознания. «Врачи режут, жгут, всяко мучают зло [больных] и еще требуют платы [у больных], нисколько ее не заслуживая, ибо причиняют то же «добро», что и болезни» [DK 58].

Стоики, объявившие о своей доктринальной преемственности Гераклиту, определяли удовольствие как отсутствие страдания, но при этом путь к «благу» всегда сопряжен, по их мнению, с преодолением «страдания». Природу последнего стоики рассматривали в контексте психической деятельности личности, негативные явления которой основаны на аффектах психики (удовольствие, отвращение, вожделение и страх). В поздней Стое Цицерон полагает, что основой здоровья является равновесное состояние психики, согласно его определению, «здоровье» – это «правильное соотношение различных душевных состояний».

*Денисенко И.В.
ХНМУ*

ЭВТАНАЗИЯ

Эвтаназией считается безболезненное доведение безнадежного больного к смерти. И в этом вопросе можно выделить два аспекта: субъективный и объективный. Субъективный аспект выражает собой суть этого вопроса со стороны человека, который болен неизлечимой болезнью. Он стремится, как можно быстрее умереть, руководствуясь тяжестью своих страданий, у него одна цель – прекратить свои мучения. Такой человек не будет считаться с социальными или иными факторами. Второй аспект – объективный. Он отображает мнение общества в целом, которое разделилось на «за» и «против».

Юридически эвтаназия в нашем государстве приравнена к убийству. Объектом преступления при этом является жизнь неизлечимого больного. Объективная сторона выражается в действии врача или иного лица. Субъективная сторона эвтаназии характеризуется наличием умысла, направленного на лишение жизни больного. Мотив, как правило – сострадание, вызванное безнадежным состоянием больного. Впрочем, осуществление эвтаназии может быть основано и на других мотивах – корыстных. Юридическим взглядом, эвтаназия – убийство одного человека другим. А убийство, даже безнадежно больного, по его собственному желанию или просьбе, противоречит самой сущности врачей. Призвание, которому они посвящают жизнь, – борьба со смертью, а не помощь ей. Клятва Гиппократ в традиционной форме противоречит реализации идеи эвтаназии: «Я никому, даже если кто-то просит, не дам вызывающее смерть лекарство и не предложу ничего подобного», – писал отец медицины Гиппократ. Врачу, наделенному правом убивать, рано или поздно люди перестанут доверять свою жизнь. Убийство не бывает гуманным, ведь суть гуманизма в том и заключается, чтобы помочь выжить другому человеку, а не умереть.

Со стороны религии эвтаназия это грех. Человек не сам дал себе жизнь, и он не должен пренебрегать Божьим даром жизни. Эвтаназия – это грех, в котором

соединяется убийство и самоубийство. Конечно, иногда не стоит искусственно поддерживать жизнь человека, который страдает и точно скоро умрет. А тем более в человеке, у которого душа уже, возможно, покинула тело, но тело проявляет некоторые признаки жизни. Но соучаствовать в самоубийстве или совершать его – это всегда грех.

Люди, которые выступают за эвтаназию, лишены сострадания и чувства любви к ближнему, поэтому ради своего душевного спокойствия они готовы на все. Это кощунство, направленно на то, чтобы больные люди не маячили перед глазами здоровых. К тому же у нас отменена смертная казнь, как после этого можно сознательно убивать человека? Человек может испытывать дикие болезненные ощущения, и его состояние может дойти до момента, когда жизнь ему не мила. Но и в этом случае другой человек не в праве лишать его жизни. Давать жизнь и забирать ее – это воля Всевышнего, а не простых смертных. Последние, подгоняемые благими намерениями, хотят якобы угодить смертельно больному, помочь ему, поддержать на смертном одре этой самой эвтаназией, но сегодня больной, находящийся в тяжелой депрессии на фоне неизлечимого заболевания, может сказать: «Убейте меня», а завтра поменяет свое решение, какой врач возьмет на себя ответственность лишить жизни человека?

*Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А.
ХНМУ*

ПУШКИН И МЕДИЦИНА ЕГО ВРЕМЕНИ

В молодости А.С. Пушкин, как почти все молодые люди во все времена, относился к своему здоровью легкомысленно, лечиться не любил и по возможности от лечения старался уклониться. Описание врача в ранней лицейской поэме «Бова», эпиграммы на докторов, лечивших его и близких, отражают юный нигилизм поэта:

Я ускользнул от эскулапа,
Худой, обритый, но живой.
Его мучительная лапа
Не тяготеет надо мной.

Эпиграмма показывает, как поэт не любил болезненных медицинских процедур.

Об этом вспоминает доктор Е.П. Рудыковский, сопровождавший семейство генерала Раевского, с которыми путешествовал Пушкин по Кавказу и Крыму: «После обеда у него озноб, жар и все признаки пароксизма...». Болезненные процедуры, горькие микстуры, требование тепло одеваться во время лихорадки и прочие назначения врача раздражали поэта, но при обострении болезни он снова обращался к нему и обещал выполнять все требования.

Известные основания для негативного отношения к врачам давала сама жизнь: практическая медицина, лишённая развитой теоретической базы, была часто бессильна. Пушкин испытал это на себе. Кровопускание считалось первейшим средством от всех болезней. Поэта, как и многих больных, сажали в ванну со льдом. «Лекарствословие осложняется со дня на день», – сетует один из врачей, современников поэта.

Друг Пушкина, врач и писатель В.И. Даль, с огорчением писал, что врачи «99 рецептов пишут если не вредных, то бесполезных, а один путный».

Став старше, поэт постепенно меняет своё отношение к здоровью и врачам. Он отмечает их человеколюбие, жертвенность, с горечью пишет в 1831 г. о 15 убитых врачах во время холерного бунта.

Женившись, Пушкин становится заботливым семьянином и отцом. Он заботится о здоровье своего семейства, приглашает лучших врачей к своим 4 детям, к близким, следит за строгим выполнением их предписаний.

В своих произведениях Пушкин отходит от скептического изображения врачей. В незаконченной повести «Марья Шонинг» (1834 г.) возникает образ доктора Кельца – отзывчивого, доброго, знающего врача.

С возрастом растёт интерес поэта к медицине, к проблемам, составляющим её содержание. Лицей, дававший широкое гуманитарное образование, очень мало уделял внимания естественным наукам, поэтому всё, что Пушкин узнал впоследствии о строении и деятельности человеческого организма, о болезнях и их природе, он узнал по собственной инициативе. Друзья поэта свидетельствуют, что никто так не трудился над дальнейшим своим образованием, как Пушкин.

Также серьёзные болезни, как чума («Пир во время чумы»), холера («Заметки о холере», письма) находят отражение в наследии Пушкина. Среди медицинских проблем проблема безумия особенно привлекала Пушкина.

К числу пушкинских героев-безумцев относятся Мария («Полтава»), Мельник («Русалка»), Герман («Пиковая дама»), Евгений («Медный всадник»). Описание Пушкиным большинства душевнобольных героев (их поведение, мысли, стремления) соответствует научным представлениям того времени о безумии.

Подводя итог, можно сказать, что Пушкин в своём стремлении «в просвещении стать с веком наравне» внимательно следит за развитием медицины как сферы знаний, в которой активно проявляется стремление человека познать свою природу.

Добридень О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОГО СПОЖИВАННЯ

Хочу привернути вашу увагу до вкрай важливого питання. До питання споживацьких процесів в Україні, учасниками яких ми стаємо кожного дня в контексті використання новітніх технологій.

Новітні технології, які є результатом наукових проривів генної інженерії, біології, хімії, фізики і втілюються в усіх галузях нашого життя, які надають людині надшвидкісні можливості пересування, передачі й отримання інформації, забезпечують щоденними зручностями, сприймаються сьогодні як буденні стандарти сучасної цивілізації, як прогрес, як атрибут свободи. Чи не є ілюзією таке відчуття прогресу і свободи?

Ніхто із споживачів особливо не звертає уваги на попередження, що періодично лунають у ЗМІ з боку авторитетних вчених про не просто загрозливі, а незворотні для діяльності мозку. наслідки використання мобільного телефону, які призводять до мутацій ДНК і провокують онкологічні захворювання. Проте, якщо у випадку використання бездротових інформаційних систем ми ще маємо

елемент власного вільного вибору (хоча він доволі умовний, оскільки навколо кожного з нас постійно присутнє радіохвильове втручання від інших користувачів), то в разі з продуктами харчування все відбувається, як-то кажуть, під чесне слово. Адже генетично модифіковані продукти, консерванти, синтетичні речовини, стабілізатори росту худоби, хімікати у рослинництві – поступово поглинають натуральне продовольство, а разом з ним і право кожної людини бути фізично і психічно захищеною.

На превеликий жаль, споживачеві сьогодні доведеться подовгу мандрувати супермаркетом, щоб знайти хоча б будь-який товар без вмісту хімічних харчових добавок, що вже звично маркується літерою «Е» (від першої літери в слові Еуропа – Європа). Адже саме в Європейському Союзі з 1953 року замість повних назв хімічних добавок запроваджена система кодифікації, згідно з якою вказується літера «Е» і коди функціональної приналежності певної добавки, які від Е 100 до Е 999 (це серед відомих!) відповідно визначають вміст барвників, консервантів, стабілізаторів, емульгаторів, ароматизаторів, посилювачів смаку, підсолоджувачів, антиокислювачів тощо. Слід зазначити, що за даними ФАО (Food and Agriculture Organization of the United Nations Міжнародна організація з питань харчових продуктів і сільського господарства при ООН) хімічні речовини від кожного ряду кодів загрожують виникненням злоякісних пухлин, призводять до хвороб печінки, нирок, шлунку. Виникає питання: то де ж «безпека продукції»?

Інший приклад масової ходи в ногу з комфортними технологіями в нікуди – мобільний зв'язок і бездротові інформаційні системи. На початку нового ХХІ століття група шведських вчених, зокрема відомий нейрохірург Лейф Селфорд, після проведення дослідів впливу опромінення від мобільних телефонів на щурів, дійшли висновку про незворотні зміни у судинах головного мозку тварин. Подальші дослідження дозволили вченим через засоби масової інформації приголомшити світову спільноту, професор Селфорд заявив: «Добровільне опромінення мозку мікрохвилями від мобільного телефону – це найбільший біологічний експеримент над людиною».

Можна приймати до уваги або ні подібні заяви науковців, це залежить від власної освіченості, інформованості, відповідальності людини за себе, своїх дітей, свою родину й, згодом, низки об'єктивних факторів. Однак слід знати, що Всесвітня Організація Охорони Здоров'я рекомендує обмежити використання мобільного зв'язку з боку дітей.

Споживання генетично модифікованої продукції, хімічних добавок, використання мобільних телефонів і бездротових систем не несуть моментальної загрози, проте їх шкідливі впливи накопичуються в організмі людини. Навряд чи є сенс очікувати, що на упаковці цукерок з'явиться надпис – «вміщує Е 120, призводить до онкологічних захворювань», а на коробці з новеньким мобільним телефоном – «при розмові відбувається опромінення, призводить до появи злоякісних пухлин».

Проте, інформування, навіть нав'язливе інформування громадян – це завдання держави. Повинне відбуватися безперервне навчання споживачів на всіх рівнях: від лекцій в школах, вищих навчальних закладах, підприємствах до інфор-

мування через ЗМІ в prime time, коли є надія, що якомога більше людей матиме шанс почути.

Зміни в сучасній споживацькій системі уможливлються лише тоді, коли дарувати торти, цукерки або годувати дитину печивом і морозивом із хімічними добавками стане показником плохого смаку і безглуздості, коли незмірне використання мобільного телефону сприйматиметься як показник неосвіченості людини, тобто коли громадська думка рушить з місця. Коли наші сучасні споживацькі традиції будуть під тиском громадської думки і контрольованих законодавчих актів. Тоді можливо щось побачимо щось у перспективі.

Тези не передбачають детального аналізу проблемних питань, я й не ставила це за мету, хотілось привернути вашу увагу до цього проблемного питання, бо всі про це знають, але шалені швидкості нашого життя зводять перед нами інші пріоритети.

*Домрин А.С.
ХНМУ*

ФЕНОМЕН СМЕРТИ В МЕДИЦИНЕ И ФИЛОСОФИИ

Проблема смерти актуальна, так как она до конца не может быть исследована. В обществе существует разное отношение к смерти: её боятся, исследуют, к ней стремятся и т.д.

В разных науках к проблеме смерти относятся по-разному, например, согласно энциклопедическому словарю медицинских терминов В.И. Покровского, смерть – это необратимое прекращение жизнедеятельности организма, являющееся неизбежной заключительной стадией его индивидуального существования [1]. Наука, изучающая процессы умирания в отдельности и смерть в целом, называется танатологией, а ее раздел, входящий в компетенцию судебных медиков, – судебно-медицинской танатологией. Один из основоположников современной танатологии выдающийся французский анатом, физиолог и врач Мари Франсуа Ксавье Биша говорил, что «Жизнь – это совокупность явлений, противящихся смерти» [2].

Ссылаясь на судебно-медицинскую классификацию смерти, её происхождение классифицируется по двум основаниям: 1) как явление биологическое, либо 2) социально-правовое. Биологическая классификация подразделяет смерть на естественную (физиологическую) и неестественную (преждевременную). Физиологическая смерть может быть обусловлена старением организма и физическим или физиологическим недоразвитием новорожденного. Преждевременная смерть вызывается болезнями, различными видами внешнего воздействия, врачебными и не врачебными вмешательствами в состояние здоровья, физическим перенапряжением, голодом, жаждой, а также механически вызванным кислородным голоданием. В данной работе мы исследуем феномен смерти как биологический процесс, и именно эта классификация на наш взгляд является наиболее приемлемой с точки зрения медицины.

С точки же зрения философии, смерть всегда несла некий отпечаток таинственности и мистичности для человека. Непредсказуемость, неизбежность, неожиданность и подчас незначительность причин, приводящих к смерти, выводили само понятие смерти за пределы человеческого восприятия, превращали

смерть в божественную кару за греховное существование либо в божественный дар, после которого человека ожидает вечная и счастливая жизнь. У многих народов существовали представления о смерти, как о моменте, когда бессмертная душа человека расстаётся с телом и направляется к душам предков. Также имелись различные обряды поклонения смерти и непосредственно самого процесса захоронения.

С точки зрения двух принципиально разных направлений, в философии смерть рассматривали по-разному. Например, классик материализма Фридрих Энгельс в «Анти-Дюринге» написал, что «жизнь есть способ существования белковых тел, и этот способ существования заключается по своему существу в постоянном обновлении их химических составных частей путем питания и выделения» и далее сформулировал следующий тезис: «Жить значит умирать». Совершенно иной взгляд на смерть был у философа Артура Шопенгауэра, который создал теорию палингенезии, представляющую собой философскую альтернативу религиозной реинкарнации. Он отказывается говорить о метемпсихозе, то есть «переходе целой так называемой души в другое тело», предпочитая именовать свою теорию «палингенезией», под которой он понимал «разложение и новообразование индивида, причём остаётся пребывающей лишь его воля, которая, принимая образ нового существа, получает новый интеллект» [3].

В свою очередь, Зигмундом Фрейдом было введено одно из основных понятий в классическом психоанализе, такое как «влечение к смерти». Это понятие Зигмунд Фрейд ввёл для обозначения присущего всему живому стремления к разрушению. Влечение к смерти направлено на разрыв связей, на возвращение живого организма в состояние неорганической материи, так как неживое было раньше живого. Живая субстанция создается из неживой, но прямым или окольным путем вновь возвращается в свое первоначальное состояние, поскольку «целью всякой жизни является смерть». Влечение к самосохранению – частный случай общего влечения, направленного на обеспечение организму собственного пути к смерти. В этом смысле жизнь влечений нацелена «на достижение смерти».

В свою очередь если сопоставить представления Фридриха Энгельса и его оппонентов, которых он критиковал, то окажется, что принципиальных различий между ними не существует. Более того, все они исходили с позиции, что жизнь – это не более чем белковая форма существования организмов.

Все мировые религии описывают продолжение «жизни» после смерти, но уже в других формах. Следовательно, опровергая существование смерти как таковой.

Таким образом, феномен смерти является одним из самых не разгаданных, и волнующим человечество вопросом. Никто знает, что нас ждёт после смерти. Но как бы там ни было, хочется верить, что смерть это не полный конец, а всего лишь переходной момент на новый, не материальный, а так сказать энергетический уровень существования, и как говорит руководитель и глава ныне действующего суфийского ордена Хидаят Инаят Хан: «Все, что кажется смертным, есть лишь оболочка. Жизнь бессмертна, и тело – это только чехол, который придает ей видимую смертность, когда дыхание становится неактивным».

Литература

1. В.И. Покровский. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – Изд-во: Медицина, 2005. – [Электронный ресурс]. Доступно на сайте <http://lib.rus.ec>
2. «Смерть: различные версии этого явления» [Электронный ресурс]. Доступно на сайте: <http://tanat.info/stati/nauka-i-smert/smert-razlichnye-versi-yetogo-javlenija.html>
3. «Метафизика Шопенгауэра» [Электронный ресурс]. Доступно на сайте: http://www.e-reading-lib.org/chapter.php/39113/36/Mironov-Filosofiya_Uchebnik_dlya_vuzov.html

Дубінін С.О.
ХНМУ

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ УКРАЇНИ

Проблема збереження здоров'я серед студентської молоді є виключно актуальною. Відхилення у стані здоров'я визначаються медиками майже у 90% студентів, серед яких більше половини мають незадовільний фізичний стан [Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, N 24, ст.173].

Що ж таке здоров'я? В визначенні Всесвітньої організації охорони здоров'я говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Тож знаходження відповіді на питання про причини зниження рівня здоров'я серед українського студентства, визначення заходів необхідних задля запобігання цьому, вимагає комплексного підходу з урахуванням багатьох нюансів.

Оскільки погіршення рівня здоров'я є властивим також і для інших груп населення окрім розглянутої нами, пропоную розділити чинники, що сприяють цій тенденції на дві групи: ті, що безпосередньо пов'язані з освітнім процесом, та всі інші негативні фактори, що потенційно мають негативний на всі верстви населення. Детально розглянемо першу групу чинників, до якої відносяться інтенсифікація, нераціональна організація учбового процесу, невідповідність рівня навчального навантаження віковим особливостям студентів, підвищений стресовий вплив та спровокований цим неправильний спосіб життя. Гіподинамія в поєднанні з тривалою та напруженою розумовою діяльністю, стреси призводять до зниження резистентності організму, активності його функціональних систем. У той же час оптимізм по відношенню до власного здоров'я серед студентів переважає над турботою про нього. Тож збереження здоров'я студентської молоді є важливим та актуальним питанням, яке потребує детального розгляду та активного опрацювання.

Дума Г.І., Скорбач Т.В.
ХНМУ

НОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ІСНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА

Зі швидкісними темпами розвитку науково-технічного світу з'являються нові соціальні умови існування особистості, оскільки одночасно з розширенням

можливостей високих технологій і доступу до них збільшується їх вплив на людину. Комп'ютери та Інтернет стали невід'ємною частиною сучасної реальності. Популяризація комп'ютерних технологій вимагає проведення нових психологічних і соціальних досліджень особистості, її особливостей.

З того часу, як люди стали розуміти, що психологічні проблеми існують, вони набули актуальності. Ці проблеми пов'язані насамперед з тим, що ми живемо в час зміни комунікативних технологій. Час нерухомих букв змінився на час рухомих картинок. Книга була замінена телевізором і комп'ютером. Це призвело до колосальних наслідків, вплив яких на нас не можна зрозуміти, тому що перебуваємо «всередині» процесу.

По-перше, перервався зв'язок поколінь. Батьки підлітків багато в чому ще люди книг, а діти – люди електроніки. Це означає, що у дітей і батьків мало спільних асоціацій і загальних понять, менше, ніж у бабусь–дідусів і мам–тат між собою. Шевченко і Загребельний, Толстой та Достоевський, інша класична література дітям мало про що говорить. У той же час, батьки мало що розуміють у квестах і стратегіях, у мережевих іграх. Засобів і способів впливати на своїх дітей у батьків усе менше, від цього в родинах зростає тривога, що призводить до соціально-психологічних проблем як дітей, так і батьків.

По-друге, змінюється характер спілкування між людьми. Чільне місце посіло віртуальне спілкування. Формальні характеристики віртуального співрозмовника не важливі, зокрема, зовнішність, стать, ім'я, родина. Спілкування відбувається тут і тепер, воно анонімне, що для багатьох є дуже важливим. Необхідна приналежність до певного співтовариства, наприклад, до спільноти людей, які грають у певну Інтернет-гру. Якщо для людини книг важливі саме індивідуальні характеристики: характер, смаки, історія життя, то для людини електроніки важливі групові характеристики, «ми мурахи з одного мурашника, і говоримо не один про одного, а про наш мурашник». «Мурашники» можуть бути найрізноманітнішими, «Живий журнал» та інші блоги.

По-третє, є патоморфоз психічних захворювань. Наприклад, депресія може набувати вигляду комп'ютерної залежності. Для вирішення цих проблем у масштабах суспільства створюються необхідні довгострокові соціально-психологічні проекти, спрямовані на масове просвітництво людей, навчання навичкам психологічної самопомоги, створення груп взаємної психологічної підтримки як офлайнних, так і онлайнних співтовариств. Якщо здорові сили суспільства будуть об'єднуватися для реалізації подібних програм, це зможе стати реальним шляхом вирішення соціальних проблем, удосконалення суспільства в цілому.

«Опора на колективізм (комунітаризм), принаймні з психологічної точки зору, – важливий ресурс стійкості та розвитку суспільства, а також вирішення індивідуальних проблем громадян».

ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА В ДУХОВНО-СОЦИАЛЬНОМ И ФИЗИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ

Медицинский университет – это ВУЗ мирового уровня, который готовит квалифицированных специалистов. Поэтому, при обучении студентов необходимо учитывать все стороны их профессиональной подготовки.

Здоровье человека, зависит не только от его физического состояния, но и от духовно-нравственного. Бывает, что он заболевает, когда нет никаких физиологических предпосылок, но при этом есть серьезные духовно-нравственные расстройства. Это может быть вызвано, например, переживанием смерти близких или сложившейся тяжелой жизненной ситуацией. Поэтому, выявляя причины болезней и проповедуя здоровье человека, врач должен учитывать все факторы. Развитию у студента таких навыков способствует изучение не только физиологических дисциплин, но и духовно-нравственных.

В жизни каждого человека периодически возникают всевозможные трудности: на работе, в учебе, семейном кругу, в том числе и со здоровьем. В основном, хоть и не всегда, причиной является грех. Что же такое грех? Этимология слова относится к слову погрешность. Так называли расстояние от середины мишени до промаха. Такие ошибки человек совершает каждый день. Он позволяет развиваться в голове плохим мыслям, попускает себе говорить неблагозвучные слова и допускает совершение нехороших проступков. Совокупность таких факторов приводит к появлению привычек, которые в свою очередь определяют образ жизни и последующую судьбу. И если человек так живет, то не приходится удивляться появлению различных расстройств и заболеваний, которые являются последствиями всего вышперечисленного.

В святоотеческом учении грех это нарушение закона или ошибочный проступок, но еще и болезнь, которую необходимо лечить. Это осуществляется при помощи метанойи. С греческого языка, это переводится как покаяние или обращение, то есть поворот на 180 градусов. Бог призывает человека потрудиться. Такое сотрудничество называется синергией. Господь будет делать все, что зависит от Него, но и человек должен делать все от него зависящее.

В этом и заключается метанойя, проявляющаяся в синергии, Бога и человека. Условием прощения является обращение, которое должно быть искренним, от всего сердца. Это значит, что необходимо не только не допускать плохих мыслей слов и поступков, но еще и наоборот, стремиться к чистоте, добру и совершенству в своей внутренней и внешней жизни.

Научные исследования показали, что верующие люди выздоравливают почти вдвое быстрее, и количество осложнений у них в несколько раз меньше, чем у атеистов.

Хотелось бы закончить словами святителя Феофана Затворника «Здоровье не от одной пищи зависит, а наиболее от душевного спокойствия».

HEALTH OF STUDENTS

It turns out that independence isn't all it's cracked-up to be. With independence and freedom comes responsibility. Most college-age men and women have a youthful vitality that causes them to take good health for granted. Faced with the freedom to structure their own lifestyles, sometimes college students slip into habits that, if allowed to continue, «chip away» at their basic good health. They become fatigued, stressed out, and less resistant to the respiratory viruses encountered in any environment where there are lots of people.

Someone once asked this question; can a college student structure and live a health-promoting lifestyle? Well, I think so, and here are some suggestions that may help make sure these new freedoms and challenges inherent in the college situation are handled as they should be handled, I've tried them and it works.

Establish a routine for your daily life. At first, you may really relish «freedom» from the daily patterns (meal time, bedtime, rising time, etc.) that your parents probably established and your home situation reinforced. That freedom isn't as cool when you oversleep your first morning class and can't find a clean shirt, much less the assignment due in your next class. Establish patterns that make for an orderly day. Put things you need to use every day, like keys, ID-cards, notebooks, in a designated place. Keep materials for each course in its own folder or notebook or scanned in to a file in your computer. These are simple things, but they'll bring a calming, «de-stressing» effect on your busy days. They also give you «space» in your days for surprises or extra opportunities that arise.

Get enough sleep. God designed us to need sleep; it's a phase of repair and renewal for the entire body. Deprived of sufficient sleep (7–8 hours for most) we don't think or learn well, and we're grouchy, both of which negatively affect relationships as well as academics! Going several days without enough sleep lowers resistance, and we're «easy prey» for the next virus that finds us.

Eat properly... that means breakfast, too! Three simple things that will improve the nutritional wellbeing of everyone, including college students like us are: (1) eat breakfast before coming to school that way you can avoid living daily on snacks sold in the different cafeteria (2) have at least servings of vegetables and fruit daily; and (3) drink sweet, carbonated beverages (soda) in moderation, if at all; drink water when you're thirsty.

Learn to avoid and/or manage the stressors of college life. College life, wonderful and exciting as it is, has numerous stress-inducing aspects. There are not only the expected academic hurdles to clear, but relationships as well. In addition to those unavoidable stressors, we manage to create many of our own stressors, and those are the ones we need to work on avoiding. Those stressors inherent to the college experience, we need to learn to manage. Over time, stress that we don't manage well produces fatigue, lowers resistance, and results in a host of signs and symptoms that signal an undermining of health and vitality. In order to avoid or manage stress, here are some suggestions that could work.

Don't procrastinate. Due dates for papers and projects that seem far in the future will be here before you know it! Time pressure is a major cause of stress; lessen it by

starting early and completing major projects in a step-wise, organized fashion. Don't let small problems grow into big ones before doing anything about them. If you're feeling «lost» in a class, see your teacher/lecturer during practice classes before you've accumulated a series of failed tests.

Don't over-commit your time and energy. There are a multitude of «extra-curricular» things on which to spend time in college. Club/association activities, social events, pre-professional organizations, intramural sports or varsity athletics, or just hanging out with friends can totally consume your time. You can't do everything; if you try, you will be «frazzled».

Learn to live in today, rather than yesterday or tomorrow. We can wear ourselves out worrying about mistakes we made yesterday, or things that may happen tomorrow. That is an «exercise in exhaustion». Live to the utmost the day you're in, and when tomorrow comes, we'll find that God's grace has preceded us.

Don't let the «busyness» of college life crowd personal devotions and prayer out of your daily routine. We need time to re-charge our spiritual batteries. Make out time to meditate or have communion with God, as a christian this works best for me but if you are into any other religion you can apply it too.

Learn to laugh. Look for the humour in life; even a lot of the stressful situations we get into have a funny side. Look for it, and let yourself laugh. Be ready to laugh at yourself and with others. Laughter relaxes tense muscles, causes deep breathing and lowers the stress response. Obviously, not all of life's difficult situations have a «funny» side; if you must deal with one of those for several days, look for a humorous book or article.

Build at least a half-hour or more of physical exercise into your daily routine. It doesn't take a genius to look at our bodies and see that they are designed for movement. They're not only designed to move, they're designed to NEED to move. However, very little of what most of us have to do each day at school, yet even as our school have facilities and programming available and has put sports/physical training in our time table, we usually skip sports period for other things.

Bottom line... «off to college» and «healthy lifestyle» are not mutually exclusive concepts. But it takes care, planning, and intentionality to stay fit and live healthy.

Ekott, Nyikkeabasi Basse
XHMY

HEALTH OF STUDENTS FROM AN INTERNATIONAL STUDENT'S PERSPECTIVE

It was interesting to learn from my Safety lecture, that the health of a person is determined to the tune of about fifty percent by the lifestyle of that person, twenty percent by environment, twenty percent by the genetic pool and ten percent by healthcare systems. The environment, lifestyle and healthcare systems interplay in the state of health of an international student.

Like many international students, I arrived Ukraine in November. November is already winter here and in Nigeria, there is no winter. The winter is very cold. Temperatures are usually subzero. If you keep your hands out of your gloves for a while, they will freeze and sometimes you could feel the hairs in your nostril freeze. I had to wear many sweaters and a thick coat to ensure I did not fall sick. Many students fall

sick when they move here because of the subzero winter of this part of the world. Although the climate here is harsh on many international students, it is something they can take care of if they dress warmly. There is also another thing that has to do with the climate. This one happens when the seasons are changing. My Zimbabwean friend usually has headaches, a blocked nose and a swollen face in autumn. Autumn is when leaves fall off the branches and that is not good for her health as she suffers from hay fever. There is nothing much one can do about it than to let it run its course. For me, the change in weather affects my central nervous system. In those days when one day is winter weather while the next day is autumn, my pulse pressure rises and this leaves me miserable. I feel very dizzy and weak. The doctor would usually give drugs (to help my heart) and recommend bed rest. I would rest for some days and I would be fine. There is usually nothing more that needs to be done.

Let us keep the environment aside and examine the lifestyle of students. Students are very stressed people. Medical school everywhere is difficult but here it is very stressful as we have to prepare for classes the next day as required by the Bologna process. You come home from school by 6 pm. You start to do assignments and prepare for your classes the next day. You are also far away from home so you go through a great deal of emotional stress as you miss your loved ones and learn to survive in a new environment. You are homesick and sometimes in culture shock. Our bodies are made in such a way that stress reduces our immunity. So with stress, students are prone to becoming sick.

There is even a more unpleasant news. Many of the components used for our immune system are protein. Yet the diets of students are very deficient. One cannot safely say why this is so. Some students mostly females say they are dieting so they eat nothing. Some are not used to the food so they eat the favorite food of many students – potato or sometimes rice – for breakfast, lunch and dinner. They do not eat enough proteins. Money might not be the problem as some international students spend good money eating at fast-food restaurants. They eat there daily and so consume much protein but the problem is fast-food is hardly balanced diet and many scientists say it is junk. Why students do not eat well is a topic open for debate, but we know they don't.

Smoking and drinking too is something prevalent among students. A number of student drinkers like many young people drink until they are intoxicated. That is bad for their health. Smoking is even worse. The number of medical students who smoke is disheartening. They smoke everything legal – from cigarettes to Shisha. The problem with smoking is passive smoking because it makes smoking dangerous not only for the smoker but for those around him or her. In the university, passive smoking is not a problem as one can only smoke in designated areas. It is unfortunate that one cannot say the same about outside the university just like it is unfortunate that medical students should smoke at all. For me, the argument that it is a cold country does not hold. They should drink tea or maybe coffee.

It will be appropriate to end by talking about the problem of drug abuse among students. Many students abuse drugs though in this case not narcotics but antibiotics. With antibiotics, a little knowledge is dangerous. That is why even in clinical practice, three people might have the same infection yet be given three different antibiotics after careful consideration of different factors by the physician. During winter, a

number of people get down with the flu and some students immediately rush to treat their flu with antibiotics. However, the flu is caused by a virus and cannot be treated with antibiotics. What they should do is drink soups, drink tea and take lemons.

Also, pathogens spread easily in winter and our immunity against many infections declines. So a number of students have bacterial infections like palpebritis and they rush to take antibiotics. Antibiotics have adverse effects that should be carefully considered by a physician before administration. Also a physician would advise about possible interactions of antibiotics with other substances. The healthcare system is available so it is amazing that some students still resort to self medication. This should not be so. One of the classes of antibiotics which people consume like candy is the Cephalosporins. It is a broad class containing different generations of drug that are effective against different bacteria. What some people do not know is that if you take Cephalosporins and alcohol, you might feel like you are going to die!

*Єщенко В.Ю., Єщенко К.М.
ХНМУ*

ЗДОРОВ'Я ТА ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні вражаюча. Країна вступила в якісно новий етап свого розвитку – депопуляцію. Вже 20 років річна чисельність померлих перевищує чисельність народжених. За п'ять років (2006–2010) чисельність населення скоротилася на 1 млн 151 тис осіб (МОЗ України, 2011). Така ситуація відбувається на тлі прогресуючого впровадження технічних засобів: комп'ютерів, мережі Інтернет, мобільних телефонів, які стають невід'ємними компонентами життя, змінюють його фізіологічні умови і можуть сприяти розвитку захворювань.

Головним джерелом несприятливого впливу на здоров'я користувачів персональних комп'ютерів (ПК) являється монітор. Поряд із негативними ергономічними параметрами: зниженим контрастом зображення, дзеркальними бликами від поверхні екрану, мерехтінням зображення, небезпеку становить електромагнітне випромінювання (ЕМВ). Найбільш шкідливий монітор на електронно-променевої трубки. Але ЕМВ мають і рідинно-кристалічні екрани. Про механізми дії на організм ЕМВ відомо небагато. До його біологічної дії найбільш чутливими системами організму є нервова, імунна, ендокринна та статеві. Часто комп'ютерна залежність пов'язана з «інтернетоманією», яка призводить майже до такого ж руйнування особистості, як алкоголізм і наркоманія. На перше місце у користувачів ПК виходять зміни психологічного стану та невротичні розлади. Робота за комп'ютером передбачає постійну концентрацію уваги та засвоєння великої кількості інформації, яка «перевантажує» мозок та пам'ять і приводить до розумової втоми та порушення уваги. Ранні наслідки впливу ЕМВ проявляються у функціональних порушеннях з боку нервової системи у вигляді вегетативних дисфункцій, неврастенічного та астеничного синдромів. Змінюється вища нервова діяльність. Вплив інтенсивного ЕМВ на імунну систему проявляється в пригніченні клітинного імунітету. У процесі роботи з ПК може розвиватися комп'ютерний зоровий синдром, який ґрунтується на зоровому стомленні, та синдром сухого ока – наслідок порушення зволоження роговиці слізної рідиною. Робота сидячи з нахилом вперед вносить зміни в конфігурацію

хребетного стовпа і призводить до звуження грудної клітини. Порушення з боку серцево-судинної системи проявляються у лабільності пульсу та артеріального тиску, болю у ділянці серця та ін. Вимушене положення може стати чинником порушення метаболізму та гіпоксії у м'язах ший, спини та плечового поясу, скривлення хребта, остеохондрозу, утрудненого дихання, захворювань кистей рук. Можуть виникати статеві порушення, пов'язані зі зміною регуляції з боку нервової та нейроендокринної систем. Відзначено специфічну дію ЕМВ на статеву функцію жінок, розвиток ембріону, якість сперматогенезу, тобто репродуктивну функцію молоді.

У світі зареєстровано 4,6 мільярда користувачів мобільних телефонів (МТ). Основним механізмом взаємодії між радіочастотною енергією та організмом людини являється нагрівання тканин, перш за все, нагрівання головного мозку. Навіть незначне підвищення температури може сприяти підвищенню проникливості гемато-енцефалічного бар'єра. В 2011 році ВООЗ та Міжнародне агентство з вивчення раку класифікували радіовипромінювання стільникових телефонів як потенційний канцероген, визначивши в групу 2В «можливо канцерогенних для людини». Причиною ЕМВ являються також бездротові інтернет-технології – Wi-Fi.

Впровадження у широке користування МТ, стаціонарних та портативних комп'ютерів, бездротового Інтернету та інших технологічних нововведень потребує досконалого вивчення їх впливу на здоров'я, проведення профілактичних заходів для попередження технологічних залежностей та розробки ефективних і здійснимих санітарно-гігієнічних норм їх використання.

*Журавльова Л.В., Александрова Н.К.
ХНМУ*

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ЛІКУВАЛЬНИЙ ТА ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАХІД В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Сучасна терапевтична патологія складається з хронічних неінфекційних захворювань, які схильні до прогресуючого перебігу. Ще однією характерною рисою захворювань внутрішніх органів є коморбідність. Основний контингент хворих – люди старшої вікової групи. Такі вихідні дані ставлять перед лікарем декілька важких питань: як запобігти поліпрагмазії, як підтримати комплаєнтність хворого до лікування, як подовшати життя і покращити його якість, якщо хвороба є принципово невиліковною і вимагає замісної або підтримуючої терапії протягом всього життя?

На кафедрі внутрішньої медицини № 3, де студенти вивчають модуль № 1 «Основ внутрішньої медицини», тобто гастроентерологію, ендокринологію, пульмонологію та гематологію, велику увагу під час педагогічного процесу викладачі приділяють питанням здорового способу життя (ЗСЖ). Так, наприклад, коли мова йде про цукровий діабет, то відомо, що дієта і фізичні вправи мають найвищий рівень доказовості за даними багатоцентрових досліджень, який прирівнюється інсулінотерапії. І навіть найсучасніші лікарські засоби і терапевтичні схеми не нададуть належного ефекту, якщо хворий не буде дотримуватись певних правил харчування та поведінки. Вміння розраховувати енергетичний баланс, цінність продуктів у хлібних одиницях, знання глікемічного індексу

су харчових продуктів є таким же важливим для хворого, як і навички ін'єкцій інсуліну. Лікар мусить визначати індекс маси тіла кожного хворого з ознаками метаболічного синдрому.

Дієтотерапія є також повноправною частиною лікарських призначень особам з захворюваннями органів травлення. Вміння скласти раціон хворого з урахуванням індивідуальних особливостей, енергетичних витрат хворого та перебігу захворювання є обов'язковою лікарською навичкою. Лікар будь-якої спеціальності пропагує відмову від паління, але для хворих на хронічне обструктивне захворювання легень тютюнопаління є основним етіологічним чинником хвороби, тому відмова від цієї шкідливої звички, як і дихальна гімнастика, раціональне харчування, закалювання є неодмінною вимогою ефективного лікування.

Ожиріння є однією із найактуальніших проблем цивілізованого суспільства, що веде до збільшення серцево-судинної захворюваності і смертності та вносить чималий внесок в виникнення цукрового діабету, захворювань суглобів, органів травлення, дихання тощо. Нестача заліза та вітамінів лежить в основі виникнення багатьох анемій. Раціональне харчування та фізична активність сприяють також корекції проявів астеноневротичного синдрому, який часто супроводжує перебіг захворювань внутрішніх органів, а інколи і сам є фактором ризику виникнення або загострення соматичної патології. Вести ЗСЖ не завадить в будь-якому віці і особам із різним рівнем здоров'я. Але не варто забувати про те, що ЗСЖ сприяє профілактиці виникнення багатьох захворювань від перинатального періоду до айджинг-асоційованої патології. Це стосується не тільки хворих, але і самих майбутніх лікарів. Тому на заняттях питань, пов'язані із ЗСЖ, обговорюються не тільки з професійної, а й з виховною метою.

Таким чином, професійна підготовка студента-медика повинна містити глибокі знання з санології, валеології, дієтології, лікувальної фізкультури тощо. Лікар повинен буди переконаним прихильником ЗСЖ і усвідомлювати значення своїх рекомендацій щодо цього аспекту для життя і здоров'я своїх пацієнтів.

Журавлева Л.В., Олейник М.А.
ХНМУ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В последние годы отмечаются изменения в демографической структуре общества, обусловленные процессом старения населения, что конечно вызывает закономерный интерес к социальным и медицинским проблемам пожилых людей. В резолюции ООН в отношении пожилых людей определены роль и место престарелых людей в обществе, включающие обеспечение независимости, ухода, участия в социальном развитии, возможности в реализации своего внутреннего потенциала – «Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста». Работа нашей кафедры тесно связана с работой областной клинической больницы, частыми пациентами которой являются люди преклонного возраста, поэтому, учитывая ускорение темпов старения общества, возникла необходимость в углубленном изучении различных факторов, связанных с этим явлением. Геронтологическая помощь рассматривается как медико-социальная проблема. Гериатрия (клиническая геронтология) направлена на изучение особенностей

диагностики, лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Старение населения делает актуальной проблему оказания медицинской и социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, около 80% которых страдают множественной хронической патологией. Течение многих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои характерные особенности. При этом сочетание трех, четырех, а иногда и более заболеваний создает дополнительные трудности в лечении и ухудшает прогноз в отношении выздоровления. Проблема коморбидности выходит на первый план у этих пациентов. Работая в тесной связи с кардиологическим, эндокринологическим, ревматологическим и гастроэнтерологическим отделениями, мы сталкиваемся с наиболее распространенными заболеваниями пожилых, а именно сахарным диабетом, остеоартрозом, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, различными гастропатиями. Многие распространенные заболевания могут протекать у пожилых больных скрыто, без четких клинических симптомов, одновременно сопровождаясь склонностью к развитию серьезных осложнений. Эти трудности связаны еще и с тем, что сам больной пожилого возраста подчас не может четко провести границу между здоровьем и болезнью, объясняя возникшее недомогание чисто «возрастными» причинами. Наличие у пожилого пациента нескольких заболеваний, закономерно сопровождается увеличением потребления таким пациентом разнообразных лекарственных средств. Однако в организме пожилых людей чаще всего изменяются фармакодинамика и фармакокинетика препаратов, отмечается значительно большая частота их побочных действий. Незнание врачом этих особенностей может усугубить течение болезни у пожилых пациентов. Поэтому весьма актуальной задачей является овладение врачами различных специальностей основами гериатрической фармакологии. Одним из правил, которой является строгая индивидуализация доз. Большинство проблем, связанных с диагностикой, лечением и реабилитацией пожилых больных, по-прежнему, приходится решать врачу-терапевту, от которого требуются общеклиническая подготовка, умение решать смежные, междисциплинарные вопросы. Так же важной, является проблема обеспечения преемственности различных служб (стационарных, амбулаторных, помощи на дому), включающих профилактику заболеваний, компенсацию нарушенных функций, поддержку независимой жизни дома.

Обязательной является помощь в поддержании функциональных способностей хронического больного до достижения максимально возможного уровня его физического, психического и социального благополучия. Целью помощи является улучшение качества жизни, что включает в себя способность совершать работу, способность поддерживать взаимоотношения, способность осуществлять повседневную деятельность, способность реализации различных социальных ролей. И главным для врача любой специальности является индивидуальный подход к каждому пациенту, а особенно пожилому.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ СТУДЕНТІВ

Навчання у вищому закладі освіти для сучасної молодої людини є одним з найважливіших періодів її життя, саморозвитку та становлення як кваліфікованого фахівця. Протягом навчального процесу виникають труднощі, що потребують термінових дій та пошуків їх усунення. Сьогодні однією з таких актуальних проблем є фізичне та психологічне здоров'я молоді. Високі розумові навантаження, нераціональне харчування, постійне психологічне напруження та інші фактори призводять до різноманітних розладів в організмі та нервових зривів. Слід зазначити, що в більш скрутному становищі знаходяться молоді люди, що приїхали навчатися з інших міст. У них майже відсутня психологічна підтримка з боку сім'ї і вони в більшості випадків не цікавляться станом свого організму. Серед опитаних мешканців гуртожитків було виявлено, що на перший план постають питання фінансового та побутового характеру. Така ситуація призводить до повного нехтування фізичного дискомфорту, тому як візит до лікаря потребує нових грошових витрат і часу. Слід зазначити, що однією з головних причин недомагання є відсутність раціонального харчування. Сучасний ринок пропонує багато продуктів швидко приготування, занадто шкідливих для молодого організму. Для студента така пропозиція вигідна з боку економії часу і як наслідок кожен другий страждає на захворювання шлунково-кишкового тракту. Варто згадати, що велике значення в забезпеченні власного здоров'я є також нормований робочий графік, достатній відпочинок та сон. Сучасне місто має велику кількість розважальних центрів, у яких молодь бажає побувати і все спробувати. Такі експерименти закінчується невтішно і похід до нічного клубу є причиною жахливого стану на наступний день. Якщо таке явище є регулярним, то сміливо можна стверджувати про хронічне недосипання таких студентів. Усі ці фактори сильно послаблюють імунітет молоді і наразі ми маємо невтішну картину. За даними соціологічного дослідження проведеного у 2012 році загальний рівень здоров'я студентів знизився на 40% порівняно з 2008–2010 роками. Якими мають бути міри, щоб зберегти своє здоров'я та запобігти погіршенню загальної статистики?

Ця проблема має вирішуватися не тільки на державному рівні, а й на свідомому рівні кожного студента. В університетах усі сили повинні направлені на формування правильної самосвідомості студентів. Молодь повинна розуміти, що для неї краще фізична праця замість розважальних центрів, нормований день і раціональне харчування. Такого ефекту можна досягнути заохочуванням студентів до активного спорту, запровадження різноманітних конференцій та пропаганди здорового способу життя. Такі методи покращать ситуацію та викличуть позитивні зрушення в цій проблемі. Вони не тільки не тільки сприятимуть професійному становленню студентів, а й допоможуть їм у пошуку шляхів, що ведуть людину до вершин розвитку її фізичних, психологічних та духовних сил.

Література

1. http://otherreferats.allbest.ru/sociology/00137000_0.html

2. <http://uk.wikipedia.org/>
3. <http://old.niss.gov.ua/MONITOR/april08/27.htm>
4. http://www.rusnauka.com/6_PNI_2012/Psihologia/5_102199.doc.htm
5. Молодь України: Стан, проблеми, шляхи розв'язання. – К.: УНДПМ, 2007. – Вип. 6.
6. <http://www.lnu.edu.ua/faculty/sport/img/>

*Завгородня Н.І.
ХНМУ*

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТА МЕДИЧНОГО ВНЗ

«Універсальний словник-енциклопедія» визначає культуру як сукупність матеріального і духовного надбання людства, закріпленого і збагаченого упродовж історії, яке передається від покоління до покоління. У той же час культура – це не просто спосіб буденної життєдіяльності, заснований на певних обмеженнях, нормах поведінки, ціннісних засадах, ідеалах, а й спосіб активного впровадження власного світогляду, можливість самовизначення та саморозвитку. Власне, культура – це втілення у реальність духовного багатства її носіїв. Це стосується, зокрема, не тільки і не стільки, предметів матеріальної культури, а й моралі та її відображенню в культурі духовній. Без сумніву, світ був би порожнім без витворів мистецтва, літературних шедеврів, наукових відкриттів.

Образ лікаря в очах громадськості виражає певні ментальні уявлення про стан лікарської професії та медицини в цілому, опосередковано окреслюючи соціальний статус та культурне призначення медичного працівника. Лікар оцінюється громадською думкою за рівнем його професійної підготовки, досвідом, знаннями, вміннями, кваліфікацією, і так само відносинами в царині професії, адже особливістю повсякденної професійної діяльності лікаря є вплив на неї специфіки клінічного мислення, деонтологічних норм та етичних правил поведінки.

Професійна діяльність лікаря розглядається як гармонійне поєднання природних (вроджених) здібностей і суб'єктивних інтересів до своєї професії, що має на меті самореалізацію та реалізацію у професійній діяльності на користь суспільства. Лише за умови сполучення об'єктивних можливостей та індивідуальних особливостей можливе формування лікаря у професійному та загальнокультуральному контексті.

Не дивлячись на те, що медична освіта приділяє багато уваги так званому «гуманітарному блоку» предметів (серед яких філософія, культурологія, історія медицини, філософія), остаточне формування філософських категорій «моралі» та «моральності» із урахуванням особливостей майбутньої професійної діяльності лікаря відбувається саме на «профільних кафедрах», безпосередньо у процесі освоєння професійних знань та вмінь. Формування загальної культури доповнюється медичною культурою.

Медична культура як самостійна система включає особистісний елемент, тобто систему внутрішніх інтелектуальних, психологічних та духовних якостей лікаря та професійну (однакову для усіх) базу, що призначена безпосередньою для здійснення професійної діяльності медика. Крім того, медицина і як теоре-

тична, і як практична галузь знань активно використовує надбання попередніх поколінь – предметні форми медичної культури (форму одягу, символи) та духовні ідеали попередників (традиції, світогляд).

Формування особистісного компоненту медичної культури майбутнього лікаря в процесі вищої медичної освіти є однією з важливих завдань виховання студента в стінах сучасного вишу.

Молоде покоління українських лікарів, що вже досить скоро представлятимуть нові здобутки української медичної науки на конференціях, форумах, стажуваннях зможуть гідно увійти до світової цивілізованої спільноти лише за умови усвідомлення себе у якості лікаря нової генерації українців, лікаря, що творить на благо своїх співвітчизників та своєї Батьківщини.

Запорожец И.В., Дмитриенко Н.Ф., Красникова С.А.

ХНМУ

О ФАКТОРАХ ГАРМОНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Известно, что обучение должно соединять в себе три основных компонента: 1) формирование системы знаний, умений, навыков; 2) воспитание; 3) сохранение и укрепление здоровья учащихся. Соответственно в идеале конечным итогом реализации учебных программ должен быть «высокопроизводительный труд всесторонне развитой здоровой личности» (1, с. 226).

В целом синхронная работа звеньев процесса обучения определяется пространственно – временной структурой системы обучения, позволяющей одинаковые по объему модули знаний передавать обучаемым в одинаковые интервалы времени, соответствующие началу и концу занятия.

Правильное понимание кредита времени и ритма его течения позволяют преподавателю и студентам совместными усилиями организовать синхронную работу, построенную по законам гармонии.

Несомненно, что человек, будучи существом биологическим, подвержен влиянию биологических ритмов, которые синхронизированы с сезонными и суточными ритмами окружающей среды.

Нам представляется необходимым учитывать фактор влияния окружающей среды в антропологическом пространстве, обуславливающим существование и развитие человека. Это положение подтверждается определением системогенеза жизнедеятельности как «процесса упорядочения отношений отдельных живых существ и их сообществ с окружающей средой» (1, с. 391).

В этом смысле уместно говорить о коэволюции как гармоническом совместном существовании человека и природы, обеспечивающем здоровье индивидуума.

Таким образом, определяя учебный процесс как гармоничный, синхронный творческий процесс передачи и получения знаний, можно сделать выводы:

Учебный процесс не может рассматриваться изолированно от окружающей среды, представленной совокупностью влияющих факторов: природные условия, научная, культурная, общественно-политическая жизнь.

Учебный процесс организуется в соответствии с ритмами внутренней и внешней жизни обучаемых.

Планирование учебного процесса должно соответствовать пространственно - временной структуре, обозначенной четкими рамками начала и конца.

Соблюдение этих условий будет способствовать гармонизации учебного процесса, подразумевающую развитие всесторонне развитой здоровой личности.

Литература

1. Коробчанский В.А. Системогенез жизнедеятельности. – Харьков, 2005.

Зелёная И.И.
ХНМУ

ГУМАНИТАРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК ФАКТОР СТАНОВЛЕНИЯ ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТА

Высшее медицинское образование стремится к достижению трёх взаимосвязанных и взаимообусловленных целей: дать выпускнику вуза знания, умения, навыки на современном научном уровне по важнейшим разделам медицины; научить постоянному пополнению знаний, самосовершенствованию по избранной специальности, навыкам самообразования; создать условия для развития инициативной, творческой личности врача.

К представителям медицинской профессии общество во все времена предъявляло повышенные моральные требования. «...При всех прочих равных условиях, – писал В.В.Вересаев, – врач на голову в моральном отношении выше представителей других специальностей».

Стремительное развитие медицины, ее техническая оснащенность, высокая степень интеллектуальных инноваций настоятельно диктуют необходимость обращения к проблемам гуманности, нравственности, требуют, прежде всего, поиска наиболее эффективных подходов, которые способствуют развитию у студентов медицинского вуза творческих способностей и клинического мышления.

Переживаемый сегодня кризис экономический сопровождается давно наступившим и пока не проходящим кризисом нравственности. Поэтому все большую значимость, приоритетность приобретает воспитание духовно-нравственной культуры студентов по сравнению со всеми другими направлениями воспитания. Духовно-нравственная культура студента – это сложная интегральная система его личностных качеств, которая характеризует степень развития и саморазвития его нравственных ценностей, убеждений, мотивов, знаний, умений, чувств и способностей. Они проявляются в различных ситуациях нравственного выбора и нравственной деятельности, в сравнении с теми высокогуманными ценностями, принципами, правилами, которые в современной культуре и деятельности принято считать нормативными и (или) идеальными.

Задача гуманитарного знания – сформировать у врача осознанную потребность в нравственном совершенствовании, укрепить его веру в возможность использования знаний во благо человека, убедить его в существовании четких критериев зла и добра, порока и добродетели, преступления и подвига, бесчестия и достоинства, беззакония и закона, произвола и свободы. Сегодня гуманитарное знание приобретает все большее значение как интегрирующий центр в

системе наук. Только интеграция гуманитарной и естественнонаучной составляющих в культуре каждого индивида может служить устойчивой внутренней основой для понимания личностью уникальности каждого человека, каждой культуры. Гуманитарный аспект медицинского образования отражает парадигму гуманитарных проблем профессиональной деятельности врача – проблемы взаимоотношения с пациентами, членами их семей и коллегами, вопросы медицинского права, проблемы целостного подхода в профилактике и лечении заболеваний, аспекты влияния научных открытий на безопасность и улучшение здоровья человека, проблемы обмена передовым профессиональным опытом. Гуманитаризация высшего медицинского образования предполагает формирование духовно развитого человека – будущего специалиста, уровень подготовки которого гармонично сочетает образованность, профессионализм, духовность, нравственную воспитанность. В совокупности это и составляет гуманитарный потенциал медицины.

Таким образом, нравственная культура врача – это не просто заслуживающее уважения свойство личности, но и качество, определяющее его профессионализм. Формирование такого образа врача, органичное вхождение в него, позволяет студенту оценить самого себя и соотнести эту самооценку с представлением о том, каким он должен стать. Способствуют этому все кафедры медицинского вуза, поскольку гуманитарное и гуманное, моральное, нравственное «разлито» по всей медицине.

Высшее медицинское образование стремится к достижению трёх взаимосвязанных и взаимообусловленных целей: дать выпускнику вуза знания, умения, навыки на современном научном уровне по важнейшим разделам медицины; научить постоянному пополнению знаний, самосовершенствованию по избранной специальности, навыкам самообразования; создать условия для развития инициативной, творческой личности врача.

К представителям медицинской профессии общество во все времена предъявляло повышенные моральные требования. «...При всех прочих равных условиях, – писал В.В. Вересаев, – врач на голову в моральном отношении выше представителей других специальностей».

Стремительное развитие медицины, ее техническая оснащенность, высокая степень интеллектуальных инноваций настоятельно диктуют необходимость обращения к проблемам гуманности, нравственности, требуют, прежде всего, поиска наиболее эффективных подходов, которые способствуют развитию у студентов медицинского вуза творческих способностей и клинического мышления.

Переживаемый сегодня кризис экономический сопровождается давно наступившим и пока не проходящим кризисом нравственности. Поэтому все большую значимость, приоритетность приобретает воспитание духовно-нравственной культуры студентов по сравнению со всеми другими направлениями воспитания. Духовно-нравственная культура студента – это сложная интегральная система его личностных качеств, которая характеризует степень развития и саморазвития его нравственных ценностей, убеждений, мотивов, знаний, умений, чувств и способностей. Они проявляются в различных ситуациях нравственного выбора и нравственной деятельности, в сравнении с теми высо-

когуманными ценностями, принципами, правилами, которые в современной культуре и деятельности принято считать нормативными и (или) идеальными.

Задача гуманитарного знания – сформировать у врача осознанную потребность в нравственном совершенствовании, укрепить его веру в возможность использования знаний во благо человека, убедить его в существовании четких критериев зла и добра, порока и добродетели, преступления и подвига, бесчестия и достоинства, беззакония и закона, произвола и свободы. Сегодня гуманитарное знание приобретает все большее значение как интегрирующий центр в системе наук. Только интеграция гуманитарной и естественнонаучной составляющих в культуре каждого индивида может служить устойчивой внутренней основой для понимания личностью уникальности каждого человека, каждой культуры. Гуманитарный аспект медицинского образования отражает парадигму гуманитарных проблем профессиональной деятельности врача – проблемы взаимоотношения с пациентами, членами их семей и коллегами, вопросы медицинского права, проблемы целостного подхода в профилактике и лечении заболеваний, аспекты влияния научных открытий на безопасность и улучшение здоровья человека, проблемы обмена передовым профессиональным опытом. Гуманитаризация высшего медицинского образования предполагает формирование духовно развитого человека – будущего специалиста, уровень подготовки которого гармонично сочетает образованность, профессионализм, духовность, нравственную воспитанность. В совокупности это и составляет гуманитарный потенциал медицины.

Таким образом, нравственная культура врача – это не просто заслуживающее уважения свойство личности, но и качество, определяющее его профессионализм. Формирование такого образа врача, органичное вхождение в него, позволяет студенту оценить самого себя и соотнести эту самооценку с представлением о том, каким он должен стать. Способствуют этому все кафедры медицинского вуза, поскольку гуманитарное и гуманное, моральное, нравственное «разлито» по всей медицине.

*Зеленская Е.А.
ХНМУ*

СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты.

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом. Исключительно человеческий акт, суицид встречается во всех культурах. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Самоубийство, если дать ему краткое определение, есть осознанное, самостоятельное лишение себя жизни.

Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадежности. Вопрос о самоубийстве есть вопрос, о том, что человек попадает в темные точ-

ки, из которых не может вырваться. Человек хочет лишиться себя жизни, но он хочет лишиться себя жизни именно потому, что он не может выйти из себя, что он погружен в себя. Выйти из себя он может только через убийство себя. Как бы ни были многообразны жизненные события и конфликты, приводящие к самоубийству, у всех у них есть один общий этический аспект: на уровне морального сознания все они апеллируют к нравственным ценностям: именно в этом качестве выступают все представления о счастье, добре, справедливости, долге, чести, достоинстве и т.п. Иными словами, суицидогенные события – это мощные удары по моральным ценностям личности.

Само суицидальное решение – это акт морального выбора. Отдавая предпочтение самоубийству, человек соотносит его мотив и результат, принимает на себя ответственность за самоуничтожение или перекладывает эту ответственность на других. Так или иначе, когда человек выбирает этот поступок, он видит в самоубийстве не просто действие, причиняющее смерть, но и определенный поступок, несущий положительный или отрицательный нравственный смысл и вызывающий определенное отношение людей, их оценки и мнения. В этико-психологическом анализе самоубийств следует главным считать категорию «жизненного смысла» – одну из наиболее общих, интегральных характеристик жизнепонимания и жизнеощущения личности.

Позиция личности в ситуации конфликта – это смысловое образование, в котором интегрируются отношение личности к ситуации и к себе (в данной ситуации), оценка значимости ситуации, прогнозирование ее исхода, что служит основанием для выбора тактики поведения. Оказавшись в условиях конфликта, субъект структурирует в сознании целостную ситуацию, прежде всего вычленив из нее два основных момента: «Я» и «не – Я», и размещает их один относительно другого в субъективном пространстве. Окончательный выбор тактики поведения непосредственно детерминруется той позицией, которая складывается в итоге процесса самоопределения и принимается субъектом. Конфликтная ситуация лишь тогда перерастает в суицидальный кризис, когда в ее сферу вовлекаются главные смысловые образования – ценностные отношения человека к жизни и смерти. Смысловые образы при этом выходят за рамки отражения конкретных обстоятельств, охватывают более широкую и отдаленную социальную ситуацию, соотносящуюся с представлениями о будущем «Я».

Вышеизложенное свидетельствует о том, что изучение суицидального поведения при депрессиях у лиц молодого возраста является важной медико-социальной проблемой. Вместе с тем, отсутствие систематизированных исследований в данной области, ставит много клинических вопросов, неизученность которых существенно затрудняет решение диагностических и терапевтических проблем у данной категории больных и создает предпосылки для многочисленных диагностических ошибок и расхождений, что препятствует проведению адекватной, своевременно начатой, дифференцированной терапии и профилактики.

ЄВТАНАЗІЯ: ЗА І ПРОТИ

Медична практика довго презентувала докторам, філософам та юристам неподатливі моральні ділеми, складність та об'єм яких все більше зростає зі стійкими досягненнями медичної науки. Конституція України в статі 27 закріпила положення про те, що кожна людина має невідемне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань. Частина 4 ст. 281 Цивільного Кодексу визначає заборону задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя, тим самим реалізуючи положення Конституції про захист життя людини. Основи законодавства про охорону здоров'я у ст. 52 визначають евтаназію як навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань і прямо забороняють її проведення. Тому постає питання: чи є у невиліковно хворої людини право самою розпоряджатися своїм життям, право на евтаназію?

Сьогодні питання щодо можливості застосування евтаназії залишається відкритим. Але щодо міжнародної арени, то можна прослідкувати тенденції щодо зростання відсотку країн, які легалізували евтаназію. Німеччина, Франція, Швейцарія, Голландія, Швеція дозволяють громадянам обрати легку смерть, Бельгія впровадила можливість застосовувати евтаназію до дітей, в Нідерландах процедуру можна замовити до дому, т.зв. «виклик мобільних команд». Досить цікавим є те, що країни є державами-членами Євросоюзу, основними цінностями якого, згідно до ст. 2 Договору про Європейській Союз є повага до людської гідності, свобода, демократія, рівність, верховенства права та повага до прав людини, отже легалізація евтаназії не приводить до порушення цих цінностей. Досить цікавим є досвід американського та канадського правосуддя щодо вирішення питання узаконення евтаназії, а саме, справа до Верховного суду Канади (Rodrigues V., British Columbia), а також справи до Верховного Суду Америки (State of Washington v. Glucksberg et al. and Vacco et al. V. Quill et al.) (факт є тим, що позивачі померли до закінчення вирішення справи). Позивачі вимагали узаконення права на смерть. Вони оперували тим що, пряма заборона у сприянні та співучасті медичного суїциду(+ визнання цих діянь злочинами) є пряме насилля над правами та свободами людини, тобто заборона самогубства за допомогою лікаря запобігає здійсненню права на свободу та охорону людини.. Це право інтерпретувалося як обов'язковий захист свободи інтересів громадян, де право на евтаназію вважали саме захищене право на особисту свободу. Проте було затверджено, що заборона евтаназії є та принципіальна модель відношення держави до життя як до святості, і нормою в свободному та демократичному суспільстві, а також спрямованість держави на повагу та бажання захистити людське життя. Сьогодні тільки штат Орегон дозволяє здійснення евтаназії. Загалом противники легалізації евтаназії наводять такі аргументи: 1) можливість помилкового діагнозу, коли первинно невиліковне захворювання, виявляється, надалі піддається лікуванню; 2) паралізація наукового процесу;

3) гуманність професії лікаря, що зобов'язує останнього продовжувати життя, а не прискорювати прихід смерті; 4) дозвіл евтаназії здатний призвести до зловживань з боку медичних працівників – це і можливий неприпустимий тиск на інвалідів, літніх людей, складність встановлення добровільного ухвалення рішення про застосування евтаназії; 5) право людини на евтаназію, виходячи з визначення, повинно передбачати обов'язок медика сприяти прискоренню смерті. У той же час аргументи прихильників легалізації евтаназії зводяться до такого: 1) це прояв реалізації права людини на життя; 2) законодавство дозволяє хворому відмовитися від лікування; 3) краще спокійна гідна смерть, ніж важкі, принижуючі страждання, породжені нестерпним болем; 4) обмеження прав невиліковно хворих людей порівняно з іншими людьми, оскільки останні для зведення «рахунків з життям» можуть зробити самогубство, у той час як невиліковно хворі за станом здоров'я часто позбавлені такої можливості.

На мою думку, досить важливим аргументом проти евтаназії – це неможливість «розірвати договір», тобто неможливість змінити своє рішення. Питання евтаназії – це питання віри людини, внутрішньої боротьби цінностей, але легалізація, тобто втручання держави у зовнішню сторону можливості здійснити медичне самогубство, може привести до гіпертрофованості права людини на смерть і як наслідок зменшення істотності права людини на життя.

Иванова Е.С.

Национальный фармацевтический университет

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ: «PRO» И «CONTRA»

Выглядеть на свой возраст сейчас не модно. Модно быть стройным и молодым, излучать здоровье и оптимизм. Еще несколько лет назад политики и поп-звезды все как один кололи себе «Ботокс» и худели по Волкову, а сегодня новое веяние – стволовые клетки. Омоложение или ревитализация, реювенация (лат. *rejuvenatio*) – обращение процесса старения организма. Эту дорогостоящую процедуру делали Борису Ельцину, после чего он заметно окреп и помолодел. Вокруг клеточной темы сразу возник ажиотаж, а в газетах появились страшные истории про то, как сильным мира сего делают инъекции из перемолотых эмбрионов. Каждому хочется сохранить свою молодость, но каждый выбирает свой способ: спорт, здоровое питание, пластические операции, лазерную коррекцию или же омоложение стволовыми (эмбриональными) клетками. Под эмбриональными стволовыми клетками правильно понимать те клетки, которые возникают сразу же после оплодотворения и которые ещё способны развиться в любую другую клетку организма. Те же дорогостоящие стволовые клетки, которые предлагаются на рынке, являются не ранними эмбриональными стволовыми клетками, а дифференцированными стволовыми клетками организма – они были получены от нерождённых младенцев. Стволовые клетки участвуют в восстановлении поврежденных тканей. Установлено, что в регенерации участвуют два вида стволовых клеток – специализированные тканевые и универсальные стромальные клетки костного мозга. Из стромальных клеток костного мозга можно вырастить любые клетки.

Идея использовать клетки для омоложения отнюдь не нова. Сам термин «стволовая клетка» был изобретен русским ученым Александром Максимовым

еще в начале XX века, а уже в 30-е годы швейцарский профессор Поль Ниганс создал метод омолаживающей терапии клетками новорожденных животных. Правда, эффективность процедуры уже тогда вызывала много вопросов, но богатые клиенты были готовы за круглую сумму испытать на себе новую чудо-технологии.

Настоящая революция в клеточной биологии произошла в 1998 году, когда американцы Джеймс Томпсон и Джон Беккер смогли выделить и клонировать целые линии эмбриональных стволовых клеток человека. И вот с этого момента развитие клеточной биологии пошло двумя разными путями. Одни стали заниматься исследованием клеток с целью терапевтического клонирования и лечения тяжелых заболеваний. Другие – активно применяют клетки в клинической практике для модной сегодня процедуры «ревитализации» – омоложения организма клеточными инъекциями в комплексе с другими косметическими процедурами.

По мнению немецких ученых эффективность метода под вопросом, зато гарантированы побочные явления: раковые заболевания, подорванная иммунная система и опасность заражения вирусными заболеваниями.

По мнению немецкого ученого профессора Штарка, утверждение некоторых клиник, что терапия стволовыми клетками восстанавливает мужскую потенцию можно сравнить только с представлениями древних народов-каннибалов, которые верили в то, что с поеданием своих врагов они получают их силу. Основной утверждать, что стволовые клетки улучшают мужскую потенцию, не говоря уже о доказательствах такого действия, до сих пор нет. Такие утверждения – это шарлатанство!

С целью узнать отношение жителей г. Харькова к омоложению стволовыми клетками мы провели исследование, опросив 150 человек разного возраста. Статистика нас приятно удивила, но не в ценовом ли вопросе дело? В Украине омоложение стволовыми клетками не проводится столь открыто, как в России, где оно узаконено. В соседнем государстве процедура обходится от 495000 рублей, не учитывая последующего обследования.

Следует задуматься, стоит ли жизнь будущих детей красоты стареющего поколения?

*Ime Etukudo
KhNMU*

YOUTH HEALTH

It is a known fact that the youth are the future of any society. Suffice to say that they make up the present. Evidence from statistics and experiment of Youth serving NGOs show that youth who are healthy and happy are better equipped to contribute to their communities as young citizens despite the major shifts occurring in the world.

When it comes to health, the youth rarely conceptualize health in terms of the WHO's definition as a state of well-being. In fact, they view health and well-being as two different concepts. For them, it is an act of doing, and more specifically «doing the right thing». When discussions with respect to physical health surfaces, youths who had undergone social and emotional trauma tend to emphasize the importance of mental health more than physical health. It would be pertinent to state that we have

mental, physical and social health. While physical health involves optimum exercise, personal hygiene; mental health is about self-esteem; social health includes one's ability to interact and thrive in a society.

A lot has been said and written about the physical health of individuals. Not much attention has been given to a very important aspect; social and mental health. The purpose of this article is to therefore, throw light to this salient factor. Self-esteem is a term used in psychology to reflect a person's overall emotional evaluation of his or her own worth. It is judgmental as well as reflective. It encompasses belief and emotions such as triumph, despair, worthiness, pride, discouragement, and shame. As Smith and Mackie put it; «the self-concept is what we think about the self. It could be the positive or negative evaluations of the self». There are four behaviors of self-esteem; disclosure, seeking acceptance, engaging in a pastime and introspection.

Youth all over the world are faced with the problem of self-esteem. It is always accompanied by despair, gender inequality, anger, fear of rejection etc. The adverse effects cannot be over emphasized. Most youth decide to take the bull by the horn and end up on a sad note. Smoking, drug addiction, killing, social violence, armed robbery, alcoholism, unhealthy sexual life and many other are just a few of such problems that manifest when an individual has inferiority complex.

In conclusion, for a healthy lifestyle of the youth, a positive environment for promoting rights of young people, skills acquisition programs, social awareness on how to handle inferiority complex etc are necessary. At each levels of the society; be it the family, school or community, provisions should be made for the young people both for their care and protection. To secure our future, the present must be certain. The youth hold the key.

*Ингинова К.А.
ХНМУ*

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ

Актуальность темы. Так сложилось исторически, что в современном украинском обществе значительный процент населения составляют люди пожилого и старческого возраста. Формирование их личности, мышления и морали происходило в совершенно других условиях, нежели у современной молодежи. Поэтому отношение людей такого возраста к лечению, работникам здравоохранения и к болезни в целом резко отличается от таковых у других возрастных категорий населения. Этот факт требует к себе огромного внимания при общении медицинского персонала с такими пациентами во избежание конфликтов.

Геронтология (от др.-греч. γέρων – «старик» и λόγος – «знание, слово, учение») – наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложение).

В настоящее время проблемы сохранения здоровья пожилых людей являются первоочередными. Пожилые люди более подвержены возникновению различных заболеваний по сравнению с людьми средних возрастов. Так, 80% всех посещений к врачам составляют обращения пожилых лиц.

J.W. Overall (1997) в своих исследованиях показала, что виды ухода, которые требуются пожилым с различными ограничениями дееспособности, имеют следующую иерархию:

медицинская помощь – хирургические манипуляции, лекарственные препараты, приспособления для ухода, уход за полостью рта, физиотерапия, мануальная терапия;

персональный уход – удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности;

работа по дому – приготовление пищи, уборка, поддержание порядка;

социальная поддержка – помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение;

наблюдение – уменьшение риска для наиболее уязвимых старых людей

реабилитация – при наличии функциональных нарушений и хронических заболеваний для сохранения независимости и способности к самопомощи.

Выводы. В связи с тем, что современные люди пожилого возраста отличаются своей психологией, при лечении пациентов такой возрастной категории нужен совершенно иной подход, который должен учитываться молодыми врачами.

*Калиниченко О.В., Николаева А.А., Заверуха Я.И.
ХНМУ*

ФЕНОМЕН «ЧАЙЛДФРИ»

За окном XXI век. Век свободы волеизъявления и демократии, технического прогресса и капиталистического общества. Доселе скрытые общественные феномены проявились именно в недалеком прошлом. Одним из таких феноменов является «чайлдфри».

Целью моей работы будет попытка выяснить, откуда же появился этот феномен, как он развивался и развивается, какие факторы влияют на выбор человека при его вступлении в это движение и отношение общества к таким людям.

«Чайлдфри» (англ. childfree – свободный от детей, бездетный; childless by choice – добровольная бездетность) – отсутствие детей и сознательное нежелание когда-либо иметь их [3].

Идея «чайлдфри» появилась в конце XX века. Хотя люди, которые не хотят иметь детей, были всегда. Интересно, что изначально идея возникает как регуляция человеческой популяции в целом. Об этом движении общество узнало в 70-х годах прошлого века, когда была создана национальная организация для «Не родителей США». В Америке с каждым годом растет количество таких отказников. В 1982 их было чуть меньше 2,5%, в 2009 г. их количество достигло 15%.

В России движение появилось в 2004 году. Первое виртуальное сообщество насчитывало 500 человек [4]. Относительно Украины сложно сказать, потому что статистика по этому вопросу отсутствует. Хотя можно посмотреть вокруг, на своё окружение, и понять, что семей, пар без детей достаточно много.

Почему-то принято считать, что большая часть членов организаций «чайлдфри» – женщины. Это мнение возникает потому, что якобы основными причинами нежелания иметь детей является боязнь боли, возможные осложнения во время беременности и родов, нежелательные изменения фигуры. В какой-

то мере это правда, но последователей «чайлдфри» мужчин и женщин практически равное количество, поэтому причины этого явления не столь явны [2].

Люди не хотят терять привилегий, которые они получают от самого же общества за бездетность: понимание того, что рождение ребенка повредит карьерному росту; способность поддерживать определенный уровень контроля над жизнью; нежелательность потери времени, сил, приватности и свободы. Общество как организатор не способно устранить глобальные проблемы: нет гарантии того, что человек проживет хорошую жизнь.

Также люди не хотят жертвовать личным пространством, близостью отношений с партнером, спонтанностью в поступках; они не хотят что-то менять в своей жизни.

По статистике сторонники «чайлдфри» – молодые люди с хорошим образованием и карьерой, как правило, жители крупных городов, они не религиозны, стремятся успеть как много больше в жизни и не готовы тратить время на детей [1].

Одной из «угроз» обществу со стороны «чайлдфри» является якобы то, что эта организация пропагандирует отказ от деторождения. На самом деле не о какой пропаганде речь не идет. Каждый из нас волен поступать в жизни как ему заблагорассудится, ведь каждый имеет права и обязанности, прописанные тем самым обществом (парадокс!). И среди обязанностей не в одной из стран мира не прописано, что нужно оставить после себя потомка. А право на свободное изъяснение своих мыслей и воли мы имеем. Очевидно, что бездетная семья подрывает основу общества. Общество ополчается. Интересы отдельного человека ценятся меньше чем интересы общества.

Удивительно, мир становится более полярным в отношении проблемы наличия детей в семье: наряду с «бебибумом» растет количество приверженцев «чайлдфри». Думаю, это позитивная тенденция – отсутствует перекоп в демографическом плане. Причем люди, избавившись от стереотипов, становятся счастливее. А ведь это самое важное – исполнение желаний, чувство комфорта независимо от выбора. Надеюсь, так и будет. Ведь тот или иной выбор – проявление свободы человека.

Литература

1. М.М. Бичарова «Феномен «чайлдфри» и проблема «другого» // Астраханский государственный университет, Россия.
2. Селивинова Е. Чайлдфри: без паники / Е.Силивинова // Социологический взгляд. – 2010.
3. Режим доступа: <http://krasena.ru/20091020/>
4. Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Чайлдфри>.

*Калініченко О.В., Набока М., Кулікова І.І.
ХНМУ*

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

У наш час існує безліч соціально-психологічних проблем, які пов'язані зі здоров'ям людини.

Однією з найважливіших є спосіб життя людини. Ми всі живемо в суспільстві, а тому кожного дня піддаємося впливу соціуму. Наслідки його можуть бути різними: шкідливі звички, які погіршують фізичне здоров'я людини, несприятливе соціальне середовище, порушення режиму дня. Усе це негативно впливає на здоров'я людини. Ще однією глобальною проблемою є погіршення довкілля. З кожним роком усе більше й більше забруднюється середовище, в якому ми проживаємо. Це призводить до появи різних хвороб, що є причиною великої смертності населення. Їжа, яку ми вживаємо, також не є екологічною. Гіппократ писав, що «людина народжується здоровою, а всі хвороби приходять з їжею». Тому нам усім слід оберігати навколишнє середовище від негативного впливу.

Не менш важливою соціально-психологічною проблемою здоров'я сучасної людини є стан медицини. Хвора людина, звертаючись до лікарні за медичною допомогою, не завжди отримує її. Причиною є погане фінансування медичних закладів, застаріле обладнання. У деяких випадках проблемою є неякісна медична допомога, що інколи призводить до інвалідності чи до смерті.

На здоров'я людини також впливає економічно-політичне життя. Несприятливий економічний і політичний стан негативно діє на людину, призводить її до різноманітних стресів та депресій. Безпосередньо, однією з найактуальніших проблем сьогодення є залежність від соціальних мереж. Це стосується не тільки молоді, а й дорослих. Будучи залежним від Інтернету, людина живе у віртуальному світі, а тому стає байдужою до людей і подій, що відбуваються навколо неї в реальності.

Отже, зі сказаного вище можна зробити такий висновок: соціально-психологічні проблеми можуть бути різними. Нам слід усвідомити, що щасливе майбутнє в наших руках. І тільки ми самі можемо змінити наше життя на краще. Для того, щоб дихати чистим повітрям, вживати екологічну їжу, отримувати якісну медичну допомогу потрібно діяти, а не сидіти, склавши руки. Тому саме нам, майбутнім лікарям, слід проводити профілактичну роботу серед студентської молоді та населення.

Камінська Т.М.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ БЛАГО

Здоров'я є економічним благом, тому що, на відміну від дарових благ, його підтримання протягом життя потребує трудових витрат. Вони пов'язані, по-перше, з профілактикою захворювань і правильним способом життя; по-друге, з грошовими витратами на лікування й альтернативними витратами для людини та держави (через втрату першою непрацевдатності). Соціальним благом здоров'я є тому, що воно не відчужується від людини, яка є соціальною істотою, бо існує у суспільстві та взаємодіє з іншими людьми. Крім того, важливою умовою поліпшення суспільного здоров'я є соціальна складова – доступність для всіх громадян якісного медичного обслуговування незалежно від платоспроможності. І, зрештою, при поширенні інфекційних захворювань здоров'я однієї людини залежить від профілактики захворювань іншої людини (вакцинація, флюорографія тощо).

Здоров'я є не тільки кінцевим, але й проміжним, інвестиційним благом. Як кінцеве благо міцне здоров'я забезпечує добробут і безпеку людини, надає їй свободу, можливість пізнання світу. Якщо здоров'я погіршується, то зменшується якість та очікувана тривалість життя людей. Останній параметр є складовою індексу розвитку людського потенціалу взагалі. Його щорічно досліджує ООН з метою ранжування країн світу. У 2011 р. він коливався від 0,943 у Норвегії до 0,729 в Україні та 0,286 – у Конго. Орієнтуючись на ІРЛП, уряди різних країн розробляють конкретизовані показники суспільного здоров'я.

Як проміжне, інвестиційне благо міцне здоров'я створює передумови для якісного відтворення людського капіталу та активної економічної самореалізації індивіда. За такої постановки питання людина розглядається не пасивним споживачем, а також активним учасником перетворення довкілля і створення економічних благ в умовах обмежених ресурсів. Наполегливе поліпшення здоров'я громадян США в ХХ ст. майже вдвічі збільшило економічне зростання. Нездорове населення збільшує бюджетні витрати на медицину, скорочуючи можливості їх альтернативного використання в інших сферах національної економіки. Суспільне здоров'я стає макроекономічною категорією поряд з національним багатством, національним доходом, якістю життя, освітнім рівнем населення.

Соціально-економічне значення здоров'я впливає на вибір джерел його фінансування. Приватна медицина і прямий рух грошових коштів від пацієнтів до лікаря переважає у багатьох країнах, що розвиваються. В США, Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії поширена система приватного медичного страхування. До цієї групи наближуються також Азербайджан і Грузія. Проте приватна медицина має низку ризиків і перешкоджає відтворенню людського капіталу відповідно до вимог постіндустріальної економіки. Недарма Б. Обама почав усі економічні реформи з охорони здоров'я.

Джерелом фінансування суспільної охорони здоров'я є або податкові надходження до держбюджету, або страхові платежі до національних фондів соціального (обов'язкового) медичного страхування з територіальними підрозділами. Перше джерело переважає у Національних системах охорони здоров'я Беверіджа (у Великобританії, Данії, Ірландії та скандинавських країнах, частково в Італії, Португалії), друге – у системах охорони здоров'я Бісмарка (у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, деяких країнах Латинської Америки). Переваги обох систем полягають у найвищому ступеню соціальної справедливості й солідарності населення, коли реалізується принцип «здоровий платить за хворого, багатий за бідного». ОМС характерно також для Канади, нових країн ЄС та Росії.

В Україні офіційне фінансування співіснує з тіньовими, неформальними платними послугами, в обхід податкових закладів. Воно порушує ст. 49 Конституції України. Різні форми неофіційної оплати медичного персоналу існують також у Греції, Польщі, Угорщині, країнах СНД. Першочерговими завданнями України, поряд із структурними реформами в охороні здоров'я, покращенням способу життя та довкілля, є скорочення тіньової економіки, збільшення бюджетного фінансування галузі, зростання ефективності використання ресурсів.

НАНОЧАСТИЦЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ – НАШЕ БУДУЩЕЕ В ПОБЕДЕ НАД ОПАСНЫМИ НЕДУГАМИ!

Нанобиотехнологии открывают широкие возможности в медицине для создания новых классов лекарственных препаратов, которые в составе нанокомпозитных систем доставляются непосредственно в орган-мишень, что минимализирует побочные реакции лекарств системного характера, и таким образом улучшает качество жизни пациентов.

Разрабатываются новейшие уникальные кровезаменители, более эффективные при геморрагическом шоке и лишенные недостатков донорской крови. Это поколение кровезаменителей основано на создании искусственных эритроцитов, содержащих гемоглобин и ферментативные системы (например, модель искусственного эритроцита Chang et al.). Оболочкой такой искусственной клетки служит тонкая мембрана, состоящая из кополимера полилактида и полиэтиленгликоля, и проницаемая для глюкозы и других небольших гидрофильных молекул. Внутри искусственного эритроцита содержится гемоглобин, супероксиддисмутаза, каталаза и метгемоглобинредуктаза. Результаты экстраполяции экспериментальных данных, полученных на крысах, показывают, что среднее время циркуляции таких искусственных эритроцитов в крови человека может составлять до 41 часа.

Так же нанобиотехнологии можно применить и для лечения и предупреждения такой глобальной медико-социальной проблемы человечества, как атеросклероз.

Современные разработки ученых Вашингтонского университета показали, что лекарственное средство Фумагиллин, которое тормозит рост новых сосудов, питающих непосредственно атеросклеротические бляшки (т.е. нарушение трофики и собственного кровоснабжения бляшки приводит к ее обратному развитию), в применяемых эффективных антиатеросклеротических дозах оказывает серьезные нейрокогнитивные побочные эффекты, вызывающие повреждение мозга. А созданная композитная система Фумагиллина с наночастицами решила одновременно несколько проблем. Из доклада доктора философии Патрика Винтера: наночастицы способны контролировано доставлять одно или сразу несколько лекарств прицельно в орган-мишень без системного нежелательного влияния на все другие ткани организма. Наночастицы способны сконцентрировать (депонировать) лекарственное средство именно в месте патологии, что позволяет получить пролонгированный эффект на более низких дозах лекарства; возможность создавать нанокомпозитные системы с эффективными, но ранее не разрешенными к применению из-за высокой токсичности лекарственными средствами; и принципиальное новшество – это возможность визуализации (наночастицы легко обнаруживаются стандартными просмотрами на аппарате ядерно-магнитного резонанса) самого патологического очага, депонирования в нем лекарственного средства и возможность наглядного динамического контроля за течением болезни и эффективностью проводимого лечения.

HUMAN BODY AS A CENTER IN ETHICS DEBATES

The storage and the different uses of human body and body parts have recently become a central issue in ethics debates. Expanding the human life span has become a scientific project as it transformed from an object of utopian desire to mundane biotechnological bricolage. Recycling our biological building blocks and reprogramming our stem cells in place of the earlier surgical and biochemical treatment methods has made it possible to rebuild, quite literally, certain parts of our body.

These scientific advances invoke new questions concerning the philosophical relationship between the body and person. To what extent are we able to control and to make informed decisions on the extra-corporal or implanted elements of body? Considering these bodily changes from ethical perspectives, not only body images are affected but individual expectations and even personality rights may change.

How might the problem of choice be changing in response to newly emerging reproductive technologies and how might a pro-choice sensibility inform our understanding of morphological freedoms promised by genetic, prosthetic, and cognitive modification? Is the body of biotechnology more a promise of empowerment, a site of struggle, a recipe for market exchange and exploitation, a text for experts to read, or a poem we read against the grain?

Is the body of biotechnology more a promise of empowerment, a site of struggle, a recipe for market exchange and exploitation, a text for experts to read, or a poem we read against the grain? Should we find in biotechnology a threat to nature, an expression of nature, or possibly its proliferation?

Reproducing human being is a profoundly social act, yet we tend to think mostly of the biological aspects of conceiving and birthing children when the term «reproduction» is mentioned. It is necessary to explore variations, changes and constraints in the choices people make about new reproductive technologies.

Supporters of cloning, for example, believe that if the vital organs of the human body can be cloned, they can serve as backup systems for human beings. Cloning body parts can serve as a lifesaver. When a vital organ such as a kidney or heart fails to function, it may be possible to replace it with a cloned body organ. This group believes that human cloning can prove to be a solution to infertility for non fertile couples allowing them to produce children. It also offers the opportunity to reproduce a certain trait in human beings, producing people with certain qualities, and certain desirable traits. This group of supporters believes that the latest cloning technologies can prove helpful for the researchers in genetics offering additional help in combating a wide range of genetic diseases.

On the other side of the debate are non-supporters who vehemently believe that the cons outweigh the pros and they are vast including the fact that human cloning creates identical genes. It is a process of replicating a genetic constitution, thereby hampering the diversity in pure genes, lessening the diversity which weakens our ability of adaptation which is detrimental to the beauty that lies in diversity itself. While cloning allows man to tamper with genetics in human beings, it also makes deliberate reproduction of undesirable traits a very strong probability.

This group believes that cloning human organs and using them for transplant is unethical and the practice omits the female involvement thus making human beings a man-made object! They believe that in cloning human beings themselves, technical and economic barriers must be carefully considered. Finally their concerns are that cloning will put human and animal rights at stake leaving society with a few critical unanswered questions such as; Will cloning fit into our ethical and moral principles? Will cloning eventually make man just another man-made being? Will it devalue mankind? Will it undermine the value of human life? Is cloning equal to emulating God? Is it absolutely risk-free? Will cloned organs be cost-effective?

The debate for and against Human Reproductive Cloning offers strong arguments from both sides which only time will resolve.

Квіткін П.В., Дятлова І.В.

Харківський університет Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба

ДУХОВНІСТЬ І ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА

У системі цінностей сучасного суспільства особливе місце посідає здоров'я. Проблеми здоров'я присвячені чисельні дослідження, однак, здоров'я розглядається переважно у фізичному плані, як стан функціонування організму людини. За таким підходом поза аналізом залишається духовне здоров'я соціуму, яке за впливом на долю людства має провідне значення.

Домінуюче положення духовного здоров'я соціуму визначається сутністю історичного прогресу, який полягає у переході суспільства до становища, що забезпечує найбільш повні можливості для розвитку людини, реалізації її сутнісних сил, фізичних та духовних потенцій у житті та діяльності, забезпеченню ефективного взаємозв'язку суспільства з природою.

Духовне здоров'я визначається досягнутим рівнем розвитку духовної культури суспільства та особистості – способом і характером духовного осягнення та ставлення до світу й відповідною їм системою духовних цінностей, які визначають зміст, спрямованість та ефективність суспільної та особистої життєдіяльності. Духовна культура має багатотисячолітню історію, є характерною ознакою історичного розвитку окремих країн і народів, історичних епох і соціальних трансформацій, зльотів і падінь людства та окремих цивілізацій, візитною картою минулого, сучасного і майбутнього.

Критерієм духовного здоров'я суспільства та особистості є духовність. Духовність – це інтегральна властивість, що полягає в усвідомленні особистої причетності до всіх подій у світі і країні, відповідальності за долю людства, кожної людини і природного середовища, співчутті та співпереживанні.

Проблема формування духовного здоров'я, подолання бездуховності є не лише актуальною, але й негайною проблемою сучасного українського соціуму, яка визначає його майбутнє.

*Квіткін П.В.
Харківський університет Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба
Прудникова О.В,
Національний університет «Юридична Академія України
ім. Ярослава Мудрого*

ВІДРОДЖЕННЯ ДУХОВНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВА ВІДТВОРЕННЯ ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

За роки незалежності українське суспільство пройшло складний і суперечливий шлях, який отримав неоднозначну оцінку як за спрямованістю, так і за ефективністю розвитку. Найбільш небезпечним наслідком соціальних трансформацій стало те, що у процесі змін та перетворень була «втрачена» людина. Людина була відчужена від влади, накопиченого за попередній період розвитку національного багатства, можливостей захисту своїх прав. Людина стала інструментом реалізації політичних амбіцій і матеріального збагачення політичних і фінансово-економічних груп. У процесі трансформацій відбулася не лише деформація, але й руйнація духовних цінностей суспільства.

Головна причина кризи – це не складності і суперечності процесу пострадянської і постсоціалістичної трансформації українського суспільства, світові фінансово-економічні кризи і трансформація системи міжнародних відносин, а модель соціальної трансформації і розвитку українського суспільства, що була обрана «політичної елітою», яка на хвилі народного піднесення на зорі незалежності «приватизувала» владу.

Відродження українського суспільства можливо лише на шляху «видужання» суспільства, відтворення його духовного здоров'я. Основу цього процесу складає відродження духовності, яка ґрунтується на усвідомленні кожним членом суспільства причетності до усіх подій у світі і країні, особистої відповідальності за долю людства, кожної людини і природного середовища, співчутті і співпереживанні.

Вихідним пунктом процесу відродження духовності повинні стати всебічна і публічна моральна оцінка політичних програм і доктрин, політичних переконань і поглядів, практичних дій і поведінки, повсякденного життя політичної еліти українського суспільства, представників органів влади та управління.

*Кінаш Ю.О.
Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ДО ПИТАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПОЛІТИЧНИХ ПРОГРАМАХ ПОЛІТИЧНИХ ПАРТІЙ

Стаття 49 Конституції України закріплює невід'ємне право кожної особи на охорону здоров'я. Відповідно до ст. 3 «Основ законодавства про охорону здоров'я» охорона здоров'я, визначається як, система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження і відновлення фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. В

контексті цього, особливу увагу привертає до себе питання охорони здоров'я в політичних програмах провідних політичних партій, які увійшли до складу українського парламенту. Незважаючи на те, що в Верховній Раді України представлені політичні партії різного спрямування, кожна з них одним з пріоритетних напрямків своєї діяльності визначила сферу охорони здоров'я. Відтак, узагальнюючи основні програмні положення «Партії регіонів», ВО «Батьківщина», ВО «Свобода», партії «УДАР» та Комуністичної партії України, можна підбити підсумки.

Реформування системи охорони здоров'я повинно відбуватися через:

– запровадження системи обов'язкового державного соціального медичного страхування із гарантуванням базового пакету невідкладної первинної медичної допомоги;

– передання органам місцевого самоврядування повноважень щодо оптимізації медичної інфраструктури на місцях та вирішення питань фінансування медичних комунальних установ

– відновлення української фармацевтичної промисловості та сприяння національному товаровиробнику лікарських препаратів та медичного обладнання, підтримання конкурентоздатності української фармакологічної індустрії, контроль за цінами на лікарські препарати, особливо імпортного походження.

– підтримання материнства та дитинства;

– культивування в суспільстві здорового способу життя, яке включає в себе пропаганду укріплення духовного і фізичного здоров'я, боротьбу із алкоголізмом, наркоманією, тютюнопалінням та численними хворобами, які спіткали людство в цілому, через запровадження відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, як на місцевому рівні, так і на загальнодержавному із забезпеченням їх належного фінансування.

З вищевикладеного можна зробити висновок про те, що пріоритетні напрямки на поточну та найближчу перспективу намічені, але водночас перед народними обранцями постає питання розробки та запровадження дієвого механізму здійснення змін в сфері охорони здоров'я. Саме такого механізму, який зрушить з місця сучасний стан медичної сфери та призведе до стрибку в якісному розвитку суспільства та потягне за собою позитивні надбання. Бажано, щоб перспективні намітки знаходили своє відображення на практиці, а не перетворювались лише на декларативні наміри. А для цього, безумовно, слід докласти спільних зусиль, адже сильна нація – це, перш за все, здорова нація, здоров'я якої зумовлюється гармонійним поєднанням таких важливих складових – фізичного, духовного та соціального благополуччя населення. І не слід забувати про те, що здоров'я – це ще не все, але все без здоров'я – ніщо.

Клочко Т.Ю.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ЮРИДИЧНІ І МОРАЛЬНІ АСПЕКТИ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Актуальність даної теми беззаперечна, оскільки порушується питання про священний для кожної людини взаємозв'язок матері і дитини.

З моральної сторони існують різні точки зору, але часто висувається позиція, що цей метод нехтує тією глибокою емоційністю і духовною близькістю, яка встановлюється між матір'ю і немовлям під час вагітності і провокує кризу ідентичності у дитини (яка мати – справжня). Ця репродуктивна технологія не визнається й ісламською, православною християнською, католицькою світовими релігіями як така, що порушує головний інстинкт жінки – інстинкт материнства. Причина – мати, що народила дитину, повинна віддавати її. До того ж найчастіше відносини гестаційної сурогатної матері і генетичних батьків є суто комерційними. Тому законодавство багатьох країн світу, а саме: Норвегії, Швеції, Франції, Італії, Швейцарії, Німеччини – забороняє сурогатне материнство.

Проте згідно з даними, наведеними у розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки» від 27.04.2006 р., 10–15% українських сімей страждають від безпліддя. За інформацією ВОЗ в світі це число коливається від 7,5% до 15,5% залежно від способу підрахунку показника. Поряд з усиновленням й іншими методами ДРТ для подолання цієї проблеми використовується і сурогатне материнство. Тому на даний момент таке явище в українській медицині, біоетиці й законодавстві все ж існує, але постає питання, а якщо сурогатна матір відповідно до свого інстинкту вирішить залишити немовля собі?

За законами України це неможливо, згідно з ч. 2 ст. 123 СКУ батьками дитини визнаються генетичні, а ч. 2 ст. 139 підкреслює, що оспорювання материнства в цьому випадку не допускається. Схожа точка зору підтримується у Великобританії, Республіці Казахстан, Білорусі.

Ч. 4 ст. 51 СК РФ навпаки, зазначає, що лише за згодою жінки, яка народила дитину, генетичні батьки можуть біти записані як батьки дитини. При цьому, якщо сурогатна мати не дасть такої згоди, то буде вважатися матір'ю немовля з усіма можливими наслідками. Подібний підхід практикується в Канаді і Киргизькій Республіці.

В США це питання в різних штатах вирішується по-різному, в деяких – дозволене лише некомерційне сурогатне материнство (Нью-Гемпшир, Вірджинія), а в інших (Нью-Джерсі, Аризона, Мічиган) заборонено взагалі. Але, як стало відомо зі славнозвісної справи Mary Beth Whitehead проти подружньої пари William and Elizabeth Stern 1988 р., Верховний суд США первинним визнав право генетичних батьків, хоча й надав гестаційній сурогатній матері можливість відвідувати і зустрічатися з дитиною. Тому у випадку з Верховним Судом Каліфорнії у 1994 році за справою Marriage of Moschetta, коли сурогатна мати була і біологічною матір'ю дитини (надала свою яйцеклітину як генетичний матеріал для запліднення) жінці дозволили залишити дитину у себе, незважаючи на договір із сімейною парою «замовників».

Отже, зважаючи на українські реалії, на недостатній розвиток інституту сурогатного материнства, а в тому числі гарантій прав сурогатної матері, слабкий контроль цього процесу з боку держави, переважний комерційний характер відносин, але враховуючи, що механізм сурогатного материнства в нашій країні вже запущено і він набирає обертів, Україні необхідна інша «м'якіша» модель правових відносин між біологічними батьками і сурогатною матір'ю. Враховуючи, що підхід США при забороні в Україні біологічного сурогатного материнства є неприйнятним і він вважається дещо більш «жорстким», найбільш оптимальною для нашої країни є російська модель сурогатного материнства.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ – ВАЖНЕЙШИЙ ИНДИКАТОР БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА

Здоровье и благополучие детей – главная забота семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние культуры и науки.

Именно поэтому тема сохранения и укрепления детского здоровья, управления этим процессом является всегда актуальной для специалистов различных отраслей знаний: медицинских работников, педагогов, социологов, психологов и т.д. Каждый рассматривает и исследует эту тему в разрезе своей профессиональной деятельности, ищет ответы на вопросы о средствах, методах укрепления здоровья детей, выявляя причины, способствующие его нарушению и ухудшению.

В последние годы отмечаются определенные негативные тенденции в состоянии здоровья детей.

Можно выделить наиболее значимые проблемы детского здоровья:

- хронические формы соматической патологии у детей;
- экологически детерминированные синдромы и заболевания (синдром экологической дезадаптации, синдромы химической и радиационной гиперчувствительности, проявлений экогенной интоксикации, хронических заболеваний полигенной природы);
- психические расстройства, стрессовые ситуации;
- наркотизация и алкоголизм, подростковая преступность.

Социальными партнерами в процессе улучшения здоровья молодого поколения как социально-демографической группы в регионе должны быть: семья, система здравоохранения, система образования, предпринимательство, органы государственной власти, органы местного самоуправления. Миссией названной концепции является разработка такой социальной политики по отношению к социально-демографической группе детей и подростков (в регионе), которая способствовала бы развитию их состояния здоровья (физического, психического, нравственного) до уровня, необходимого для надежной социальной адаптации в новых условиях, для успешного включения в социальную деятельность и для социализации личности.

Укрепление здоровья является одной из существенных функций общественного здравоохранения, определяемой как «организованные действия общества по охране и укреплению здоровья и по предотвращению заболеваемости, травм и инвалидности». Укрепление здоровья получило широкое признание после соглашения по Оттавской хартии по укреплению здоровья, которая основывается на «Здоровье для всех в 21-м веке». Специалистами признается и выделяется пять сфер деятельности для укрепления здоровья: укрепление потенциала отдельных лиц, укрепление потенциала общества, укрепление системы здравоохранения, межотраслевое сотрудничество, наращивание потенциала для укрепления здоровья.

Среди основных стратегических направлений деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ – реализация политики «Здоровье – 2020», главной целью которой определено содействие улучшению здоровья и благополучия.

*Кожина Г.М., Хаустов М.М.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Однією з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу (ВНЗ) є робота зі студентами першого курсу, спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до нової системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів. Завдання ВНЗ в цей складний для молодого людини період допомогти йому якомога швидше і успішніше адаптуватися до нових умов навчання, влитися до лав студентства.

Адаптацію студентів до навчання у вищому навчальному закладі необхідно розглядати як динамічний, багатосторонній і комплексний процес формування навичок задоволення тих вимог, що пред'являються до студента в період навчання та виховання у вищій школі. Прі цьому до показників ефективності адаптації студентів до навчання у ВНЗ необхідно віднести об'єктивні та суб'єктивні критерії. А саме – об'єктивні критерії: навчальна успішність (поточна та підсумкова); стабільність у процесі навчання функціонального стану організму студента (відсутність різких порушень більшості психофізіологічних функцій); відсутність яскраво виражених ознак стомлення при виконанні навчальної діяльності. Суб'єктивні критерії: задоволеність процесом навчання, а також колективом і сформованими в ньому відносинами (психологічним кліматом); прояв студентами активності в навчальній і суспільній діяльності.

Будь-яке навчання, особливо вузівське, є справою не з легких. Це пов'язано з численними причинами організаційного, методичного і психологічного характеру. Існують як загальні труднощі, типові для всіх студентів, так і приватні, характерні лише для студентів молодших курсів, наприклад, стресові стани, що виникають у випускників шкіл у зв'язку з переходом до іншої форми діяльності.

Одним із найважливіших соціальних чинників, який впливає на поведінку студента першого курсу, на його взаємини з іншими учнями і викладачами ВНЗ є зміна соціальної ситуації, необхідність звикання до нових умов навчання, освоєння нової соціальної ролі – студента вищого навчального закладу.

Збільшення інформаційного навантаження в процесі навчання, невідповідність її якості та кількості психофізіологічним і особистісним можливостям студентів, виникнення емоційно-стресових ситуацій можуть суттєво впливати на успішність, самопочуття та здоров'я студентів. Найбільш часто доводиться зустрічатися зі станом стомлення, що виражається в тимчасовому зниженні розумової працездатності, інтенсивності зовнішньої роботи органів і систем.

Виходячи з сутності розладів адаптації, як хвороби особистості, психотерапевтичні форми впливу при корекції дезадаптивних реакцій і состояни набувають першорядну значимість, будучи основними методами патогенетичної терапії, за допомогою цих же методів необхідно проводити також і психопрофілактичну роботу.

Система психопрофілактики розладів адаптації повинна включати в себе заходи первинної психопрофілактики – розробку та впровадження довгострокової програми індивідуально-особистісної підтримки і поетапної її реалізації; допомогу в адаптації першокурсника до специфіки навчання у ВНЗ, виділення груп ризику розвитку реакцій дезадаптації. Вторинної – оцінку особистісних особливостей студентів та прогнозування їх адаптаційних реакцій, проведення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованого на підвищення адаптаційних можливостей; ранню діагностику розладів адаптації. І третинної психопрофілактики – профілактику рецидиву розладів адаптації.

*Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Могиленец Е.И.
ХНМУ*

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Здоровье непосредственно влияет на работоспособность и производительность труда, экономику страны, нравственный климат в обществе, воспитание молодого поколения, отражает образ и качество жизни.

В последнее время проблеме состояния здоровья студентов уделяется все больше и больше внимания, так как около 70% студентов имеют хронические заболевания. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, преимущественно острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей; возрастает удельный вес болезней органов пищеварения, глаз, мочеполовой системы, травм и отравлений, а также функциональные заболевания нервной системы, хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, артериальная гипертензия.

Анализируя состояние проблемы здоровья, в частности студентов, видно, что система формирования образа жизни еще не на достаточном уровне. Ухудшение здоровья студентов в период обучения в вузе в большей степени связано с неблагоприятным воздействием социально гигиенических факторов среды и наследственной генетической предрасположенностью. При поступлении в вуз у многих студентов происходит изменение привычных жизненных стереотипов: смена места проживания, смена режима и качества питания. Студентам приходится приспособляться к новым условиям проживания в общежитии, обучению; происходит формирование межличностных взаимоотношений вне семьи. Многие студенты, в том числе и студенты-медики вынуждены совмещать учебу с работой в вечернее или в ночное время, что приводит к значительному нарушению режима дня а в последствии к развитию синдрома хронической усталости.

В настоящее время среди молодежи отмечается рост герпесвирусных инфекций, которые характеризуются латентным течением. Нельзя умолчать о самой грозной болезни XX века – ВИЧ-инфекции, по темпам роста заболеваемости которой Украина, к сожалению, занимает одно из лидирующих мест в Европе.

В результате проведения исследований отмечен рост негативных тенденций в гигиеническом поведении студентов. Увеличилось количество студентов, которые употребляют алкоголь, наркотики, курят. Почти у 70% студентов низкая физическая активность. А какое же питание у наших студентов? Стиль питания однообразен, насыщен животными жирами и сахарами; студенты употребляют

в основном бутерброды, а горячую пищу только один раз в день. В пищу употребляют очень мало фруктов, овощей, плодов, круп, что необходимо для работы желудочно-кишечного тракта.

К сожалению, физическое здоровье студентов с каждым годом не улучшается, о чем свидетельствует обследование медицинским персоналом данного контингента. Важным профилактическим фактором в укреплении здоровья человека является здоровый образ жизни. Вот, почему физическая культура и спорт являются в настоящее время наиболее эффективным средством сохранения и укрепления здоровья молодежи.

*Коростий В.И., Гайчук Л.М.
ХНМУ*

ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В последнее время в психиатрической литературе широко используется понятие стигматизации больных, которое подразумевает широкий спектр явлений, связанных с наличием психического заболевания, его медицинских и социальных последствий.

Шизофрения – одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся полиморфизмом психопатологических проявлений, в основном в сфере мышления, эмоций и воли, а также нарушением единства психических процессов и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Стигматизация больных шизофренией также связана с наличием видимых соматических и неврологических расстройств, которые могут негативно восприниматься окружающими, вызывать их отчуждение. До настоящего времени, во всем мире нередко встречаются случаи дискриминации психически больных, ограничения их прав, что приводит к социальной изоляции, ухудшает качество их жизни. Таким образом, изучение факторов стигматизации больных шизофренией является актуальной задачей современной психиатрии, решение которой может быть основой для проведения комплексной медико-социальной реабилитации этих больных, улучшения качества оказания им психиатрической помощи.

По нашему мнению, важным также является вопрос о стигматизации больных шизофренией со стороны студентов медицинского вуза, т.к. именно психиатры, а также врачи других специальностей могут и должны внести важный вклад в снижение факторов стигматизации психически больных, повышение качества их жизни.

Нами проведено анонимное анкетирование 250 студентов 4-го курса ХГМУ, изучивших курс психиатрии. Средний возраст обследованных составил 20 лет.

В ходе данной работы нами был проведен анализ знания студентами медицинского вуза некоторых социально-бытовых и профессиональных ограничений, связанных с шизофренией, что позволило оценить уровень стигматизации в отношении данных больных.

Согласно полученным нами только 12,5% опрошенных отметили, что продолжали бы поддерживать дружеские отношения с больным шизофренией.

Лишь 15,4% опрошенных лиц продолжали бы общение с больными шизофренией, которые не входят в число их друзей. Как показали результаты нашего опроса, достаточно сильным стигматизирующим фактором является само пребывание больного в психиатрической больнице. Так, 52,9% студентов отказались бы от вступления в брак с человеком, который лечился в психиатрической больнице, а еще 44,2% приняли бы окончательное решение, только узнав о причине пребывания и поставленном диагнозе.

Таким образом, даже среди студентов медицинского вуза существует предрасположение в отношении пациентов психиатрических больниц, что является отражением социальной стигматизации психически больных вообще и лиц, страдающих шизофренией, в частности.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что, несмотря на наличие у студентов 4-го курса медицинского университета базовых знаний по психиатрии, среди будущих врачей отмечается высокий уровень стигматизации в отношении больных шизофренией; студенты медики еще недостаточно высоко оценивают роль социально-психологических факторов в предупреждении социальной дезадаптации психически больных вообще и страдающих шизофренией в частности, улучшении качества жизни таких больных, а также не всегда правильно оценивают специфику данного заболевания, что снижает их возможности дать адекватные социальные рекомендации больным и их родственникам.

*Кравченко В.І.
ХНМУ*

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЯК ПОЛІТИКО-ЕКОНОМІЧНА ПРОБЛЕМА

За станом здоров'я населення Україна стабільно посідає далеко не почесне місце у другій сотні країн світу. Такий стан справ не може не хвилювати і вимагає від уряду, парламенту прийняття кардинальних дієвих заходів. Проблемою проблем тут залишається фінансування галузі і ефективно, за призначенням використання коштів. На сьогодні держава у бюджеті виділяє до 4% від ВВП, що у два рази менше, ніж країни Євросоюзу, у 2,5 рази менше, ніж Німеччина та у 3,75 рази менше, ніж США. У найближчі часи сподіватись на значне збільшення державного фінансування не приходиться, то ж єдиний шлях – додаткові джерела і у першу чергу – страхові кошти. Про страхову медицину мова іде другий десяток років та реальних зрушень у цьому немає, а те страхування, що провадять деякі банки, страхові компанії не можна навіть умовно назвати дієвими. Створення єдиного страхового фонду під патронатом МОЗ – це додаткове джерело корумпованості в медицині, хоча якась частка цих коштів до хворого все-таки дійде. То ж в умовах бідного у переважній частині населення і надвисокого рівня корумпованості у державі цей шлях неприйнятний. Вихід, на наш погляд, по-перше, у децентралізації коштів охорони здоров'я; по-друге, у введенні цільового оподаткування на охорону здоров'я; по-третє, введення жорсткого громадського контролю за використанням коштів; по-четверте, структурні зміни у підпорядкуванні закладів галузі.

Щодо першого. Концентрація коштів в руках МОЗ – прямий шлях до зловживань владою у їх використанні та корупції. Держава у особі МОЗ повинна взяти на себе фінансування лікувально-профілактичних заходів дітей та підлітків, студентської молоді, пенсіонерів. Усі інші категорії населення повинні фінансуватися регіональними чи республіканською лікарняними касами, які зосереджують цільові фонди охорони здоров'я, що формуються за принципом обов'язкового медичного страхування за рахунок відрахувань від заробітної плати працівниками та роботодавцями у повному співвідношенні, наприклад, 50:50. Приватні підприємці, що ведуть свій бізнес без найманої праці або заключають договори добровільного страхування з лікарняними касами, або сплачують медичні послуги за тарифами лікарняних кас. Використання коштів контролювали б лікарняні каси та громадські наглядові органи.

Важливим моментом організації діяльності лікарняних кас є їх незалежність від МОЗ, самостійність у визначенні постачальників ліків на основі експертної оцінки їх якості і ціни, контроль якості лікування і відповідність їх методик затвердженим МОЗ, наданні послуг у об'ємі, необхідному для діагностики та лікування хворого.

Науково-технічна політика повинна бути покладена на відповідні НДІ та університети з клініками, Академію медичних наук. За МОЗ у цьому випадку залишається встановлення стандартів лікування та рівня кваліфікації лікарів, визначення стратегії розвитку галузі і контроль обласних (регіональних) органів охорони здоров'я тощо.

Організація науково-дослідної роботи повинна бути покладена повністю на Академію Медичних Наук, яка б визначала б стратегічні напрямки наукових досліджень, розглядала, затверджувала і фінансувала б конкретну їх тематику та виконавців, оцінювала і приймала виконані роботи, давала рекомендації МОЗ щодо впровадження їх результатів у практику. Пряме фінансування із бюджету, додаткові джерела фінансування за принципом госпрозрахункових наукових робіт, участь у міжнародних проектах забезпечили б незалежність медичної науки від чиновників МОЗ і використання коштів безпосередньо на наукові дослідження; на використання їх результатів у практичній діяльності, а значить і підвищили б якість охорони здоров'я населення.

*Красникова С.А., Макаренко Т.Н.
ХНМУ*

РЕЛИГИОЗНОСТЬ КАК ИСТОЧНИК ДУХОВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Духовный кризис, характеризующийся бездуховностью и безнравственностью – явление отечественное, которое особенно стало явным, начиная с 90-х гг. XX века. Это связано не только с реалиями социальной жизни, но прежде всего с утратой прежних основ и ценностей воспитания, порожденной долгими годами идеологической неопределенности и аксиологическим кризисом.

Нравственная деградация, прагматизм, утрата смысла жизни и культ потребления, подростковая наркомания и алкоголизм – вот те характеристики состояния современного общества и человека, которые свидетельствуют о духовном кризисе общества и утрате духовного здоровья личности.

Основное назначение воспитания заключается в формировании духовного стержня человека – его внутреннего, духовного мира, который проявляется в системе его эмоционально-ценностных отношений к окружающему миру и самому себе.

Духовность – качественная характеристика сознания и самосознания личности, отражающая целостность и гармонию её внутреннего мира, способность выходить за его пределы и гармонизировать свои отношения с окружающим миром. Она определяется не столько образованностью, широтой и глубиной культурных запросов и интересов, сколько предполагает постоянный и непрекращающийся труд души, осмысление мира и себя в этом мире, стремление к расширению своего сознания. Это и особый эмоциональный строй личности, проявляющийся в тонких движениях души, обострённом восприятии всего, что окружает человека, в способности к высоким духовным состояниям и установлению тонких духовных связей между людьми, в основе которых – чуткое отношение к человеку, забота о его духовном росте и благополучии. Недаром значение слова «дух» (лат. spiritus) – дуновение, тончайший воздух, дыхание.

Духовность нашего народа всегда основывалась на религиозном чувстве. Отсутствие религиозного воспитания у взрослых – родителей, учителей – порождает бездуховность подрастающего поколения. Эта проблема становится особенно актуальной, если речь идет о профессии врача, т.к. умение сострадать, сопереживать ближнему составляет основу личности медицинского работника.

В Харьковском национальном медицинском университете есть прекрасная традиция посвящать первую лекцию для первокурсников подвижнической судьбе Архиепископа Луки (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий) – профессора медицины и духовного писателя, епископа Русской православной церкви.

Считаем необходимым расширить работу по религиозному просветительству в процессе духовно-нравственного воспитания и образования студентов, привлекая к сотрудничеству представителей духовенства. Для этой цели разработать цикл занятий в форме свободного диалогического общения студентов со священниками. Предоставить при этом будущим врачам возможность разрешать сомнения, возникающие на пути обретения веры в добро, милосердие, получить знания, которые помогут скорейшему осмыслению своего призвания; организовать циклы просветительских экскурсий в храмы города Харькова и Харьковской области; инициировать строительство храма на территории университета.

*Кулик А.Ю.
ХНМУ*

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ

Вопросы защиты детей и взрослых от инфекционных заболеваний издавна беспокоят человечество. С момента открытия первых вакцин неустанно проводятся поиски средств защиты от смертельно опасных недугов. К сожалению, не всегда защита оказывается достаточно надежной, а изредка попытка защититься от той или иной инфекции даже может обернуться настоящей трагедией. Но если бы не вакцинация, жизнь населения планеты постоянно была бы под угрозой той или иной пандемии.

Если, с медицинской точки зрения, целесообразность проведения вакцинации против многих заболеваний практически не вызывает сомнений, то в правовой природе вакцинации в Украине остается много нерешенных вопросов. Является ли вакцинация правом или обязанностью гражданина Украины? С одной стороны, согласно ст. 10 Закона Украины «Основы законодательства о здравоохранении» и ст. 5 Закона Украины от 24.02.1994 № 4004-ХІІ «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения», вакцинация является обязанностью в предусмотренных законодательством случаях. С другой стороны, ст. 43 Закона Украины «Основы законодательства о здравоохранении», по мнению экспертов, дает основание рассматривать вакцинацию как право. Согласно ст. 12 Закона Украины «О защите населения от инфекционных заболеваний», обязательными являются прививки против дифтерии, коклюша, кори, полиомиелита, столбняка, туберкулеза. По мнению экспертов, в большинстве случаев вакцинацию необходимо рассматривать как право. Но есть ситуации, при которых вакцинация является обязанностью, в частности, при вакцинации работников некоторых профессий, производств и организаций, работа которых может привести к заражению их самих и/или к распространению ими инфекционных заболеваний, а также при вакцинации по эпидемиологическим показаниям.

С целью обеспечения эпидемического благополучия населения путем снижения уровня заболеваемости, а также смертности и инвалидности в результате инфекционных заболеваний, в Украине принята и действует Общегосударственная программа иммунопрофилактики и защиты населения от инфекционных заболеваний на 2009–2015 гг.», утвержденная Законом Украины от 21.10.2009 № 1658-VI. Так же в Украине действует Государственная целевая социальная программа профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов на период до 2016 года, одобренная Распоряжением Кабинета Министров от 9 марта 2011 г. N 206-р. Согласно Календарю прививок, проводятся обязательные прививки с целью предотвращения заболевания дифтерией, коклюшем, корью, полиомиелитом, столбняком, туберкулезом. Отдельно выделены обязательные прививки для определенных групп населения. В связи с особенностями производства или выполняемой работы, отдельные категории работников подлежат обязательным профилактическим прививкам против других заболеваний.

Прием детей в дошкольные заведения регулируется ст. 15 Закона Украины «О защите населения от инфекционных заболеваний» и п.6 Постановления Кабинета Министров Украины от 12.03.2003 г. «Об утверждении Положения о дошкольном учебном заведении». Для приема ребенка необходима, кроме прочего, медицинская справка о состоянии здоровья ребенка. Данная справка обязательно должна содержать информацию о проведении вакцинации. Согласно «Примерного положения о подготовке детей на педиатрическом участке к посещению дошкольного и школьного учебного учреждения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения № 434 от 29.11.2002 «Об усовершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детям в Украине», если родители отказываются от прививок, вопрос о посещении ребенком дошкольного учебного учреждения решается лечебно-консультативной комиссией, а при наличии соответствующих медицинских справок установленного образца с заключением врача, в котором отмечено, что ребенок может посещать дошколь-

ное учебное учреждение, руководитель учреждения обязан принять ребенка в учреждение. Что касается детей школьного возраста, то вопросы зачисления в школу регулируются ст. 18 Закона Украины от 13.05.1999 № 651-XIV «Об общем среднем образовании». Согласно п. 2 данной ст. 18 данного Закона, зачисление в школу проводится приказом директора, который выдается при наличии, в частности, медицинской справки установленного образца. Согласно «Примерного положения о подготовке детей на педиатрическом участке к посещению дошкольного и школьного учебного учреждения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения № 434 от 29.11.2002 «Об усовершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детям в Украине», вопрос о посещении школы ребенком, который не получил прививки согласно Календарю прививок, решается в индивидуальном порядке лечебно-консультативной комиссией с привлечением эпидемиолога территориальной санэпидстанции.

Таким образом, была рассмотрена проблема вакцинации в детском возрасте с юридической точки зрения. Отказаться от нее можно. Вопрос в другом: нужно ли это делать?

Кулик А.Ю.
ХНМУ

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНЕРИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Значний ріст захворюваності на венеричні хвороби, що має місце в державі, становить істотну загрозу для здоров'я майбутніх поколінь та генофонду народу України. Успішна боротьба з венеричними хворобами можлива лише за умови скоординованих спільних дій правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я, освіти та інших зацікавлених у цьому осіб. Кожен рік організуються обов'язкові медичні огляди вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих. Медичні працівники повинні знати, що не мають права розголошувати відомості про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну та сімейну сторону життя громадянина, крім передбачених законодавчими актами випадків. Лікар лікувально-профілактичного закладу після встановлення діагнозу венеричної хвороби, яка підтверджена клінічними та лабораторними дослідженнями, зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, прогноз можливого розвитку інфекційного захворювання, можливі шляхи передачі (при статевих контактах, порушенні гігієнічних правил в побуті, переливанні крові). Крім того, хворі сифілісом попереджаються, що їм заборонена здача крові для переливання іншим особам як під час лікування, так і після зняття з обліку. Жінкам, хворим на сифіліс, може бути проведено штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів. Особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, небезпечні для населення, усуваються від роботи та іншої діяльності, яка може сприяти поширенню інфекційних хвороб.

Кримінальній відповідальності підлягають особи, які завідомо підставили іншу особу через статеві зносини або іншими діями в небезпеку зараження венеричною хворобою, заразили іншу особу венеричною хворобою. Ухилення від

лікування венеричної хвороби – це вчинення дій, які перешкоджають здійсненню лікування такої хвороби. Зокрема, це відмова від проходження призначеного курсу лікування, порушення режиму такого лікування, ухилення від контрольного обстеження.

Адміністративна відповідальність настає за ухилення від обстеження осіб, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу, або від лікування осіб, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування, продовжуване після попередження, зробленого їм органами охорони здоров'я. За умисне приховування хворими на венеричну хворобу джерела зараження та осіб, які були у контакті з цими хворими, передбачена адміністративна відповідальність за статтями Кодексу України про адміністративні правопорушення.

Згідно із Законом України «Про міліцію», органи міліції сприяють, у межах своєї компетенції, лікувально-профілактичним закладам у виконанні покладених на них законом обов'язків. Міліція, відповідно до своїх завдань, зобов'язана приймати і реєструвати заяви й повідомлення про злочини, передбачені статтями КК України та адміністративні правопорушення, своєчасно приймати по них рішення. Органи міліції мають право виявляти і вести облік осіб, які підлягають профілактичному впливу, наприклад, ведення аморального способу життя, заняття звідництвом тощо. З метою попередження розповсюдження венеричних хвороб, міліція зобов'язана контролювати дотримання громадянами та службовими особами встановлених законодавством правил паспортної системи, в'їзду, виїзду, перебування в Україні, транзитного проїзду через її територію іноземних громадян та осіб без громадянства. У період швидкого зростання венеричних захворювань виникла потреба налагодити облік і обстеження на венеричні хвороби осіб, які зловживають спиртними напоями, оскільки 52% хворих заражаються в нетверезому стані. У взаємодії з лікувально-профілактичними закладами особливу увагу слід звертати на обстеження осіб, затриманих під час рейдів, які тимчасово перебувають у слідчих ізоляторах, звільнених з місць позбавлення волі. Ця категорія складає, в середньому, 10–14% венеричних хворих.

Завідоме підставлення іншої особи через статеві зносини або іншими діями в небезпеку зараження венеричною хворобою карається позбавленням волі терміном до двох років, або виправними роботами на той же термін, або штрафом у розмірі від 30 до 80 мінімальних заробітних плат. Такими ж мірами карається й ухилення від лікування венеричної хвороби, продовжуване після попередження, зробленого органами охорони здоров'я. Зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби, карається позбавленням волі терміном до трьох років або виправними роботами терміном від одного до двох років.

Таким чином, можна сказати, що дана проблема є актуальною не тільки для закладів охорони здоров'я, а й навіть для правоохоронних органів. Метою запобігання розповсюдженню венеричних захворювань є своєчасне виявлення, діагностування та лікування людей з подібною проблемою, а в разі ухилення або відмови від лікування, зараження інших осіб шляхом примусу до статевих зносин, мають бути виконані відповідні міри покарання.

ПРАВО ЧЕЛОВЕКА НА СМЕРТЬ И ОТНОШЕНИЕ К ЭВТАНАЗИИ

Термин «эвтаназия» впервые был предложен английским философом Фрэнсисом Бэконом, жившем в XVI–XVII веках, для обозначения быстрой, легкой и безболезненной смерти (от греческого *eu* – хорошо, *thanatos* – смерть). Существует два вида эвтаназии – пассивная и активная. Пассивная эвтаназия или «метод отложенного шприца» включает в себя полное бездействие врача, то есть прекращается оказание медицинской помощи, направленной на поддержание жизни обреченного человека. Активная же эвтаназия подразумевает введение неизлечимо больному человеку лекарственных средств, ведущих к быстрой и безболезненной смерти. В «Кодексе врачебной этики» указано: «врач должен сохранять жизнь, защищать и восстанавливать здоровье, уменьшать страдания своего пациента, а также содействовать сохранению естественных основ жизни, учитывая их значение для здоровья людей.

В своей работе врач должен в первую очередь руководствоваться благом больного». Со времен Гиппократов и до наших дней традиционная врачебная этика включает в себя запрет: «Я никому, даже просящему об этом, не дам вызывающее смерть лекарство, и также не посоветую это». Но является ли правильным лишать обреченно больного человека выбора «жизнь–смерть»? По этому поводу известный детский хирург Станислав Яковлевич Долецкий говорил: «Эвтаназия, безболезненная смерть, – это милосердие, это благо». И когда ему возражали, что эвтаназия – это клятвопреступление, он отвечал: «Вы видели когда-нибудь страшные мучения и боли, которые приходится терпеть множеству больных раком, инсультникам, парализованным? Вы видели когда-нибудь муки родителей, вынужденных не месяцами, годами, десятилетиями ухаживать за детьми, у которых атрофировалась ЦНС? Вы видели когда-нибудь мучения семей, в которых кто-то из родственников полностью парализован? Вы видели, вы чувствовали боль матерей, у которых родился ребенок с неизлечимой патологией. Если да, вы поймете меня». Эвтаназия животных – практика, принятая повсеместно, она считается гуманным способом прекращения страданий безнадежно больных домашних питомцев.

Эвтаназия людей в большинстве стран мира запрещена. Но почему? Ведь животное такое же живое существо, как и человек. Почему по отношению к животному, которое не может выразить свое мнение по поводу того, хочет ли оно умереть, разрешена «насильственная эвтаназия», а по отношению к обреченному, добровольно желающему смерти, человеку, запрещены любые её виды? Ведь борьба за жизнь пациента справедлива только тогда, пока существует надежда, что спасение его возможно, с момента, когда эта надежда утрачена, со всей остротой встает вопрос о милосердии в высшем его проявлении. И в этом случае им будет только эвтаназия. Более общим явилось мнение, что эвтаназия с моральной точки зрения допустима только в исключительных случаях, но в таких случаях следует ее узаконить. И даже в тех немногих странах, где разрешена эвтаназия, дозволена лишь её пассивная форма. Но если больной в сознании, понимает, что его дни сочтены, не может более терпеть страшные боли и просит врача ускорить его смерть, и врач выполнит его просьбу, просто прекра-

тив лечение (пассивная эвтаназия), страдания больного могут усилиться, хотя они могли быть менее интенсивными и длительными, чем при продолжении лечения. В этой ситуации смертельная инъекция (активная эвтаназия), по моему мнению, более гуманна, поскольку сразу прекратит страдания больного. Многие ученые опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определенным психическим тормозом для поиска новых более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным. Анализируя создавшееся положение, следует признать, что правы те, кто считает, что сейчас актуальным является вопрос не о том, разрешать или не разрешать врачам применение эвтаназии, а о том, когда и при каких условиях ее допускать и как при этом организовать контроль за правомерностью ее осуществления.

Кушніренко О.Г.
Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»

ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЯК КОНСТИТУЦІЙНА ЦІННІСТЬ

Право людини на життя закріплене в конституціях більшості країн світу, а також в усіх міжнародно-правових актах про права людини як невід'ємне право людини.

Згідно зі ст. 27 Конституції України ніхто не може бути свавільно позбавлений життя, а на державу покладається обов'язок захищати життя людини. Такий конституційний припис зобов'язує державу організовувати ефективну боротьбу зі злочинністю, встановлювати відповідні санкції в Кримінальному Кодексі.

Гарантіями права на життя є система охорони здоров'я, охорона від нещасних випадків на виробництві, на воді, профілактика дорожньо-транспортних пригод, пожежної безпеки тощо.

У той же час право на життя не можна вважати абсолютним, а тому не випадково, згідно з Конституцією України кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших осіб від протиправних посягань. Ця норма по суті є тією підставою, яка дозволяє при настанні вказаних обставин позбавити життя іншу людину, за умови, що особа діяла в межах необхідної оборони.

У тій редакції, в якій в Конституції України сформульовано право людини на життя, є недопустимим існування в державі смертної кари, а тому в зв'язку із цим, а також на підставі рішення Конституційного Суду України чинний Кримінальний Кодекс України не передбачає такої міри покарання як смертна кара.

У багатьох країнах світу, особливо тих, які знаходяться під впливом католицької церкви, право на життя розглядається як підстава для заборони абортів, а в окремих країнах (наприклад, у Словачії) в конституціях є норма про охорону здоров'я ще до народження дитини.

Право на життя передбачає також проведення державою миролюбивої зовнішньої політики, яка б виключала війни та збройні конфлікти.

З правом людини на життя тісно пов'язане і право кожної людини на повагу до її гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує її гідність, поводженню чи покаранню. Крім то-

го, жодна людина без її добровільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідженням. До одержання такої згоди людина не може піддаватися будь-яким формам насильства.

На жаль, на сьогодні в Україні ситуація в сфері реалізації права людини на життя є дуже і дуже складною і тривожною, яскравим свідченням чого є постійне і неухильне зменшення кількості населення.

Лавренюк А.М.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ АБО ТКАНИН ЛЮДИНИ

Стрімкий розвиток клінічної трансплантології обумовив появу цілої низки проблем, вирішення яких тісно пов'язане з юридичною наукою, що обумовлює необхідність чіткого врегулювання правовідносин у сфері трансплантології, а також вдосконалення вже існуючих нормативно-правових актів та розробки нових.

Проблемам правового регулювання трансплантації були присвячені праці Г.В. Чеботарьової, С.В. Гринчака, І.І. Горелика, А.В. Мусієнка, О.В. Сапронова, В.А. Глушкова, М.Д. Шаргородського та ін. На сьогодні кримінальна відповідальність за злочини, що вчиняються у означеній сфері, передбачена ст. 143 і 144 Кримінального кодексу України.

Практика показує, що, з одного боку, пожертвування, вилучення і трансплантація органів і тканин, переливання крові від однієї людини іншій гостро необхідні для врятування життя людей, з іншого – викликають негативні наслідки: можливості трансплантації породжують зловживання аж до торгівлі органами і тканинами, їх примусового вилучення, насильницького донорства крові і навіть вбивства з метою трансплантації органів і тканин людини.

Вищенаведене свідчить про актуальність кримінально-правової оцінки різних видів суспільно небезпечної поведінки у означеній сфері.

На 57-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2004) було рекомендовано вживати заходів щодо захисту бідних і вразливих верств населення від примусового вилучення органів та тканин, зокрема приділяти увагу проблемі міжнародної незаконної їх торгівлі.

Важливе місце у питаннях правового регулювання у сфері трансплантації органів або тканин людини посідає проблема прогалин у кримінальному законодавстві. КК України не містить спеціальних норм, що передбачають заборону незаконного переміщення органів та матеріалів людини через митний кордон України. Органи та тканини людини як предмет злочину згадуються лише у ст. 143 КК України, яка передбачає кримінальну відповідальність за порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини, що, зрозуміло, не охоплює незаконного переміщення анатомічних матеріалів людини через митний кордон України.

Для вирішення цієї проблеми потрібна комплексна розробка кримінально-правових аспектів трансплантації органів або тканин людини, а також вдосконалення норм кримінального законодавства, відомчих підзаконних норматив-

них актів та діяльності щодо запобігання порушенням встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини.

На мій погляд, для досягнення цієї мети необхідно вирішити ряд завдань, найважливішими з яких є такі: визначення соціальних та медичних аспектів криміналізації порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини; подальша розробка кримінально-правової характеристики злочинів, що пов'язані з порушенням встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини, та визначення причин і умов вчинення таких злочинів; вдосконалення норм кримінального законодавства, та діяльності щодо запобігання порушенням встановленого законом порядку трансплантації органів та тканин людини.

Лантух А.П., Хирина А.А.

Национальный фармацевтический университет

ЦЕРКОВЬ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Попечение о человеческом здоровье – душевном и телесном – искони является заботой Церкви. Однако поддержание физического здоровья в отрыве от здоровья духовного с православной точки зрения не является безусловной ценностью. Иисус Христос, проповедуя словом и делом, врачевал людей, заботясь не только об их теле, но и о душе, а в итоге – о целостном составе личности. По слову Самого Спасителя, он врачевал «всего человека» (Ин. 7. 23).

Проблема здоровья личности и народа не является для Церкви внешней, чисто социальной. Она напрямую соотносится с ее предназначением в мире, который поврежденный грехом и недугами. Церковь призвана в сотрудничестве с государственными структурами и заинтересованными общественными кругами, участвовать в выработке такого понимания охраны здоровья нации, при котором каждый человек мог бы осуществить свое право на здоровье и социальное благополучие при максимальной продолжительности жизни.

Не отдавая предпочтения какой-либо модели организации медицинской помощи, Церковь считает, что эта помощь должна быть максимально эффективной и доступной всем членам общества, независимо от их материального достатка и социального положения, в том числе при распределении ограниченных медицинских ресурсов. Дабы такое распределение было подлинно справедливым, критерий «жизненных потребностей» должен превалировать над критерием «рыночных отношений». Врач не должен связывать степень своей ответственности за оказание медицинской помощи исключительно с материальным вознаграждением и его величиной, превращая свою профессию в источник обогащения. В то же время достойная оплата труда медицинских работников представляется важной задачей общества и государства.

Признавая возможные последствия того факта, что медицина все более становится прогностической и профилактической, а также приветствуя целостное восприятие здоровья и болезни, Церковь предостерегает от попыток абсолютизации любых медицинских теорий, напоминая о важности сохранения духовных приоритетов в человеческой жизни. Исходя из своего многовекового опыта, Церковь предупреждает и об опасности внедрения под прикрытием «альтернативной медицины» оккультно-магической практики. Каждый человек должен иметь право

и реальную возможность не принимать тех методов воздействия на свой организм, которые противоречат его религиозным убеждениям.

Церковь считает, что телесное здоровье не самодостаточно, поскольку является лишь одной из сторон человеческого бытия. Однако, нельзя не признать, что для поддержания здоровья личности весьма важны профилактические мероприятия, создание реальных условий для занятия физической культурой и спортом. В спорте естественна соревновательность. Однако не могут быть одобрены крайние степени его коммерциализации, возникновение связанного с ним культа гордыни, разрушительные для здоровья допинговые манипуляции, а тем более такие состязания, во время которых происходит намеренное нанесение тяжких увечий.

Церковь и общество должны найти креативный тандем в заботе о здоровье человека, который бы решил массу проблем, породившие современной цивилизацией.

Левчук В.Г.

Центр электронного обучения, ХНУ им. В.Н. Каразина

СТЕРЕОТИП В КЛИНИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ

Клиническое мышление представляет собой одну из когнитивных функций, осуществляемую врачом в целях достижения определенного результата.

Этим результатом могут быть постановка правильного диагноза, грамотный выбор необходимого лечения.

Каждое заболевание имеет классический вариант течения, которому соответствуют определенные признаки. Типичные симптомы, определяемые при расспросе, пальпации, перкуссии, аускультации, позволяют предположить определенный характер патологии. Кроме того, этот вариант диагностики применяется при типичных классических, неосложненных вариантах заболевания.

Если определить мышление как опосредованное и обобщенное познание предметов и явлений реальной действительности в их общих и существенных признаках и свойствах, в их связи и отношениях, а также на основе полученных обобщенных знаний. То, безусловно, мышление как свойство, присущее сознанию сформировалось в процессе общественно-исторической практики и опыта [1, 2]. Обязательным элементом мышления в широком смысле слова, и в профессиональном – клиническое мышление включает стереотипы как особые формы мышления. Впервые термин «стереотип» использовал американский журналист и политолог У. Липпман в 1922 г. в книге «Общественное мнение». Согласно У. Липпману, стереотипы это упорядоченные, детерминированные культурой «картинки мира» в голове человека, которые, экономят его усилия при восприятии сложных социальных объектов. Понятие динамического стереотипа, применительно к условным рефлексам введено И.П. Павловым, который сформулировал алгоритм динамического стереотипа: Нервные процессы, лежащие в основе формирования динамического стереотипа, объединяются вследствие того, что текущий рефлексорный ответ (функциональное состояние) становится сигналом для следующего ответа и подкрепляется им. При упрощенном стереотипе эта последовательность нервных процессов закрепляется,

все ответы могут быть воспроизведены – с сохранением каждого изучаемого фактора, а также их комбинации.

Профессиональная деятельность врача накладывает определенный отпечаток на его мышление, придает ему специфические особенности, которые могут проявляться и в понимании вопросов, выходящих за пределы профессиональной сферы. Таким вопросом является стереотипизация клинического мышления.

Следует подчеркнуть, что клиническое мышление как процесс не изучен в полной мере. Исследование различных сторон клинического мышления, его эмпирических и теоретических основ, логической структуры, вероятно, требует применения достижений философии, психологии, логики и других наук, в том числе и теории стереотипов

Заслуживает внимания мнение зарубежного интерниста Р. Хегглина: «Трудно описать словами, но то, что наиболее важно у кровати больного, – это способность интуитивно, как бы внутренним взглядом, охватить клиническую картину как нечто целое и связать ее с аналогичными прежними наблюдениями. Это свойство врача называют клиническим мышлением» [3]. Возможность использовать стереотипы для понимания процессов подведения симптомов под определенную нозологическую форму позволяет более полно представить алгоритмы клинического мышления на всех этапах постановки диагноза [4].

Литература

1. Ивин А.А. Логика. – М.: Гардарики, 2002.
2. Тейчман Д., Эванс К. Философия. – М.: Весь Мир, 1997.
3. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер. с нем. – М., 1965.
4. Чазов Е.И. Очерки диагностики. – М.: Медицина, 1988.

*Лисюк Т.В.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Підлітковий вік дуже важкий період для дітей. Ніхто не замислюється про те, що проблеми підлітків безпосередньо залежать від дорослих людей, які повинні допомогти дітям подолати цей період життя з найбільшою вигодою для здоров'я та інтелекту підлітка. Проте багато батьків і вчителі в школах вважають, що тільки заборонами можна виховати правильне поведіння підлітка, але це далеко не так. Звідси і з'являються багато соціальні проблеми дітей та підлітків: куріння, алкоголізм, наркоманія, комп'ютерна залежність і т.д.

На сьогоднішній день куріння є величезною загрозою для здоров'я і розвитку майбутнього покоління. В результаті раннього початку стажу курця (починаючи з 10–11 років) до закінчення середньої школи 20% дітей стають завзятими курцями, які мають залежність і викурюють від 10 до 40 сигарет в день. Причому це стосується як хлопчиків, так і дівчаток. При соціологічному опитуванні школярів до восьмого класу починають курити вже близько 40% учнів, причому багато хто з них, особливо дівчатка, не вважають курінням 1–2 сигарети на день.

Алкоголізм, алкогольна залежність – це бич нашого суспільства! Низька культура суспільства робить можливими алкогольні кампанії, що проводяться фірмами виробниками. Вони все більше популярізуються, з кожним роком прибуток фірм зростає, а здоров'я молоді погіршується.

За останні роки почастишали випадки захворюваності бронхіальною астмою, гастритами, цирозом печінки та ін. Усе це обумовлено ранньою залежністю від алкоголю та куріння.

Несформованість психіки і соціальна невизначеність підлітків не дозволяє їм самостійно розібратися в питаннях здорового способу життя та соціальної адаптації.

Останнім часом до всіх перерахованих вище проблем підростаючого покоління приєдналась ще і проблема захоплення підлітків віртуальним спілкуванням. Вплив електронного «друга» не менш згубний, ніж алкогольна або наркотична залежність. У міру розвитку комп'ютерної залежності, погіршується здоров'я, порушується постава, зір, розвиваються захворювання шлунково-кишкового тракту, але найжахливіше, відбувається зміни особистості дитини. Вона стає замкнутою, перестає спілкуватися з однолітками, і взагалі втрачає навички спілкування. Такі підлітки стають соціально неадаптованими, у дорослому житті вони не можуть створити сім'ю, завести дітей, взяти на себе відповідальність за свої дії.

Це величезна проблема підростаючого покоління, проблема на рівні держави, наслідками якої є зменшення кожного року кількості працездатного населення, зростання відсотку інвалідів, падіння народжуваності нації.

*Литвинов И.О.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ ГМО НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С ИНДУЦИРОВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В настоящее время значительно возросло употребление ГМО-продуктов, что связано с широким внедрением биотехнологий в пищевую промышленность. К сожалению, модернизация в этой области не всегда идёт на пользу человеку.

Сторонники ГМО считают, что употребление таких продуктов является безопасным для здоровья человека, так, как исчезает необходимость в использовании пестицидов. Так же значительно увеличивается урожайность, что является положительным результатом для экономики. К сожалению, недобросовестные предприниматели для получения прибыли часто проталкивают некачественную продукцию. Особенно это опасно, когда на рынок идут товары, основанные на применении плохо изученных технологий.

Данные, касающиеся употребления ГМО-содержащих продуктов достаточно противоречивы, так как количество исследований на данную тематику незначительно, продолжительность кратковременна и вероятность влияния на организм рассматривалась в условиях здорового животного.

Компаниям-производителям невыгодна публикация отрицательных результатов. По данным, опубликованным в приложении к британской газете Times, из 500 учёных, работающих в биотехнологической отрасли в Великобритании, 30% сообщили, что были вынуждены изменить данные своих результатов по

просьбе спонсоров. Из них 17% согласились исказить свои данные, чтобы показать результат, предпочтительный для заказчика, 10% заявили, что их «попросили» об этом, пригрозив лишением дальнейших контрактов, а 3% сообщили, что вынуждены были внести изменения, делающие невозможным открытую публикацию работ.

Пытаясь защититься от ГМ-культур, многие страны ввели маркировку на продуктах с ГМО или стали продавать их по очень низкой цене, а некоторые страны пошли по пути полного отказа от ГМ-культур и ГМ-продуктов, организовав зоны, свободные от ГМО. Несколько стран полностью отказались от ГМО: Швейцария, Австрия, Греция, Польша, Венесуэла, сейчас к ним присоединились Франция и Германия.

Согласно законам Украины («Про безпечність та якість харчових продуктів», «Про захист прав споживачів»), если содержание ГМО выше, чем 0,9%, то на продукте должно быть указано, что он содержит «генетически модифицированные организмы». Если же содержание менее 0,9%, то должна появиться надпись «БЕЗ ГМО». Что не дает 100% гарантии об отсутствии ГМО.

Учитывая, что большая часть населения страны имеет хронические заболевания, можно только предположить к каким последствиям приведет употребление ГМО-продуктов.

Поэтому, целью нашей работы является теоретически проанализировать влияние и негативные последствия ГМО-продуктов при хронических индуцированных заболеваниях животных.

Таким образом, анализ литературы показал, что ГМО-продукты негативно влияют на здоровье животных. Опираясь на данные экспериментальных исследований на млекопитающих, к которым относится и человек, показали, что современные ГМО могут привести к бесплодию, онкологическим заболеваниям, генетическим уродствам, аллергическим реакциям, появлению неизвестных болезней, обострению имеющихся заболеваний и самое главное, что формирование явных негативных последствий происходит с ростом поколений.

Лукаш С.Ю.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ – ВИКЛИК ХХІ СТОРІЧЧЯ

При переході від одного стану суспільства і держави до іншого виникає безліч перемінних чинників. Ігнорування системного підходу до постановки і реалізації будь-яких завдань перехідного періоду призводить, як мінімум, до їх неповного виконання і, як максимум, – до їх провалу. Це повною мірою стосується державних програм, що були спрямовані на розвиток системи охорони здоров'я в якісно нових умовах існування незалежної Української держави.

Серед перемінних чинників, що, на переконання А.М. Сердюка і О.І. Тимченко вважаються складовими формування здоров'я, є: 1) спосіб життя – до 50%, 2) вплив навколишнього середовища – до 20%, 3) генетична компонента (спадковість) – до 20%, 4) доступність і якість медичної допомоги – до 10%. Державні програми мають охоплювати всі ці складові. Ними в рівній мірі також мають

опікуватися громадянське суспільство і, перш за все, кожна окрема людина, розпочинаючи з дитячого віку.

В якісно нових політико-правових, соціально-економічних та духовно-ідеологічних умовах не всі перемінні чинники були враховані системно. Серед них: по-перше, кардинальна зміна умов, про що йшлося вище; по-друге, значне зменшення обсягу Української держави у зв'язку з відставкою з політичної авансцени організуючої політичної сили відповідної ідеологічної спрямованості; по-третє, відсутність розуміння у політичного класу природи й особливостей перехідного періоду в Україні, як незалежної держави – складової частини колишнього СРСР; по-четверте, значну роль у формуванні й розвитку соціально-економічних та духовно-ідеологічних відносин відіграли соціальні сили, які народилися в надрах пізнього СРСР, що розкладався, і, які мали достатньо великий вплив на політичну владу; по-п'яте, слабкість громадянського суспільства тощо. Все це не могло не позначитися на всіх складових формування здоров'я. У зв'язку з обмеженістю тез наукового повідомлення, дозволимо собі зупинитися лише на 1-й і 4-й з них.

Проголошення державної незалежності Україна зустріла з великою кількістю спортивних секцій і шкіл, обов'язковістю спортивних нормативів у загальноосвітніх школах та вищих навчальних закладах (БГПО, ГПО), що обумовлювало розвиток широкого фізкультурного руху і масового спорту. Але вже за 1991–1993 рр. кількість установ, що проводили спортивну і фізкультурно-оздоровчу роботу скоротилася на 15,5 тисяч, була припинена діяльність більш ніж 900 дитячих та підліткових фізкультурно-оздоровчих клубів при ЖЕКах, скасована обов'язковість спортивних нормативів у загальноосвітніх школах та вищих навчальних закладах, тощо. Це було однією з вагомих причин того, що майже 90% дітей, учнів і студентів мали відхилення у здоров'ї, 50% – незадовільну фізичну підготовку, збільшилася кількість неповнолітніх, що вживали наркотики.

19.11.1992 р. Верховна Рада України прийняла Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що сприймався тоді своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я. Конституція України, наступні нормативно-правові акти, які за напрямками регулювання відповідних суспільних відносин, можна розбити на вісім груп, здавалося б створили відповідну нормативну базу для розвитку системи охорони здоров'я, що забезпечила б доступність і якість медичної допомоги. Проте на шляху їх реалізації виникло немало проблем. Через обмеженість тез наукового повідомлення дозволимо собі зупинитися лише на деяких із них. По-перше, важливість усвідомлення політичним класом охорони здоров'я як однієї з головних умов забезпечення національної безпеки. У Законі України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 року підкреслювалося, що однією з можливих загроз національним інтересам і національній безпеці України є криза системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення, збільшення рівня смертності, особливо серед людей працездатного віку, повернення деяких важких хвороб, над якими в основному було отримано перемогу ще в 30-х роках минулого сторіччя; по-друге, суспільна практика доводить безсистемність у створенні відповідної законодавчої бази.

У зв'язку з цим важко не погодитись з С.Г. Стеценко щодо необхідності підготовки й прийняття Медичного кодексу; по-третє, невідповідність економічних відносин, що панують у державі, з відносинами, на яких базується система охорони здоров'я. Мається на увазі, перш за все, перехід до страхової медицини. Але далі законопроектів справа поки що не йде. Разом із тим, далеко не всі фахівці підтримують ідею переходу до ринкових відносин в галузі охорони здоров'я через їх особливості в Україні та інших пострадянських країнах; по-четверте, скорочення матеріальної бази системи охорони здоров'я, особливо в селі. Як зазначає О.В. Гафурова, за період реформування аграрного сектору економіки відбулося фактичне руйнування інфраструктури сільських лікувальних установ тощо.

Як уявляється, питання реформування системи охорони здоров'я знаходиться у системному зв'язку з процесом модернізації країни, що стало викликом ХХІ сторіччя. Усвідомити й дати гідну відповідь на нього під силу лише всьому суспільству з цивілізованими політико-правовими, ринковими та духовно-ідеологічними відносинами, відповідальними політичними силами.

*Луцир М.В.
ХНМУ*

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

За умов трансформації українського суспільства особливої значущості набувають питання формування людиною нових життєвих стратегій, компетентності, посилення гнучкості та мобільності соціальної поведінки. Чим потужніший життєвий ресурс людини, чим ширші її соціальні можливості, тим легше їй здолати кризові настрої, оволодіти конструктивно-перетворювальною позицією. Однак на тлі суспільних негараздів, нестабільності повсякденних умов життя та труднощів пристосування до них, формування самодостатньої, цільної та зовнішньо і внутрішньо гармонійної особистості є вельми складним завданням. Проведені дослідження виявили, що порушення психічного здоров'я в дитинстві мають дві характерні риси: по-перше, вони являють собою лише кількісні порушення від нормального процесу психічного розвитку; по-друге, багато їх проявів можна розглядати як реакцію на специфічні ситуації. Для оцінки рівня психічного здоров'я школярів використовується класифікація, яку запропоновано Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМП України, що передбачає розподіл на п'ять груп: 1-а – здорові та оптимально адаптовані; 2-а – ознаки напруження адаптаційних механізмів; 3-я – напруження і перенапруження адаптаційних механізмів, головним чином у формі астено-невротичних проявів, девіантної поведінки та інших стадій відносної компенсації; 4-а – субкомпенсація, ознаки «зривів» адаптаційних механізмів; 5-а – хворі, які мають певні клінічні прояви, декомпенсація внаслідок «зламу» адаптаційних механізмів, необхідна активна терапія та госпіталі

Останнім часом, як стверджують О. Кочерга та О. Васильєв, гармонія душі й тіла порушується внаслідок дії негативних чинників, зокрема, таких, як:

- стан на межі норма – патологія;
- негаразди у родинних взаєминах;

- вплив авторитарного вчителя;
- дитячі страхи;
- порушення психогігієнічних основ навчального процесу;
- порушення оптимумів навчальної діяльності;
- порушення гармонії творчих здібностей;
- гіподинамія;
- недостатній рівень енергопотенціалу.

Однією з найголовніших умов збереження психічного здоров'я школярів є дотримання науково обгрунтованих психогігієнічних норм організації навчання школярів з урахуванням індивідуальних норм навантаження, здатність витримувати навчальне навантаження, не тільки зберігаючи стан повного душевного, тілесного та соціального добробуту, а й збільшуючи при цьому якість власного психічного здоров'я, а також принципів гуманізації освіти. Ці принципи передбачають застосування особистісно орієнтованих технологій навчання, ставлення до учнів як до рівноправних партнерів у спільній діяльності, виявлення поваги і любові до них, створення сприятливих умов для активності учнів. Отже, головною умовою збереження психічного здоров'я школярів є така організація навчально-виховного процесу, яка сприяє розвитку особистості школяра.

*Маржа А.
ХНМУ*

ДУХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

Людина – істота суспільна: народжується в суспільстві, живе в суспільстві, завдяки суспільству і для суспільства. Водночас людина – істота індивідуальна: із неповторною зовнішністю, власним характером, психікою, світоглядом, симпатіями і антипатіями, схильностями і здібностями, можливостями і бажаннями. Сучасна людина цінує знання, що є показником духовності. Духовність – це вища міра досконалості людського буття, це як міжчасовий простір, місток між дійсністю та вічністю.

Сьогодні люди дуже багато говорять про моральність, духовність, не розуміючи, що насправді це перевернена мораль. Людина стурбована тим, щоб виправдати себе, у будь-якій своїй помилці звинуватити іншого, у власному гріхопадінні. А як відомо, мораль містить у собі енергетику любові, що докорінно відрізняється від властолюбства, адже головна риса любові – це самопожертва, тому що неодмінним супутником земної любові є страждання.

Людям потрібно більше турбуватися про душу, ніж про тіло, бо довершеність душі прикриває недоліки тіла; тілесна сила без розсудливої підтримки не збагачує душу, а збіднює її моральність.

Значення моралі як моменту, в якому людина здатна розкритися в новій іпостасі – якість любові, спонукає до думки, що тільки в таку мить ми здатні піднятися до біблійних заповідей: згадаймо, найголовнішу з десяти – люби ближнього свого, як самого себе. На жаль, таке прозріння трапляється не часто й далеко не у всіх. Причина в тому, що людині складно зробити правильний вибір, особливо в ситуаціях, що здаються буденними й незначними. І якщо вибір буде зроблено правильно і вчасно – це говорить про духовність і моральність.

Здоров'я людини взаємопов'язане з моральним вибором і навіть залежить від нього. Займаючись дослідженням причин хвороб сучасна медицина має справу з тим, що прийнято називати в інших науках приводом. Це й різні збудники (віруси, бактерії), і погіршення екології, і несприятливі умови життя конкретного хворого, випромінювання. Це ті приводи, що спричинили травми, отримані, на перший погляд, начебто за випадкового збігу обставин. До речі, випадковість – категорія формального мислення, яка не властива діалектичній логіці. Тому жодне захворювання не можна вважати випадковим, і обов'язок лікаря підказати хворому, що причина є, проте шукати її треба у сфері порушення духовності.

Отже, існує безумовний зв'язок між поведінкою людини, духовністю і порушеннями в її здоров'ї, існування яких має підвести нас до внесення коректив у мислення лікаря. Немає засобів, які накопичують психічну енергію людини, збагачують її духовність, кращих ніж молитва, звернена до Творця. Любов і Молитва – це дві найсильніші зброї людини в боротьбі з хворобами та труднощами у повсякденному житті.

Література:

1. Ашманис М.Г. Мирозрание и условия его формирования / М.Г. Ашманис. – Рига: Зинатне, 1977. – 118 с.
2. Рябушкин Ш.В. Наказание ли божье? / Ш.В. Рябушкин. – М.: Наука, 1998. – 319 с.
3. Черній А.М. Онтологія духовності (Антропологічна цілісність у релігійно-знавчому вимірі) / А.М. Черній. – К.: Либідь, 1996. – 332 с.

*Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Мирошниченко М.С.
ХНМУ*

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ІНВАЛІДІВ В УНІВЕРСИТЕТІ

Одним із показників прогресивного розвитку суспільства є гуманне, милосердне та турботливе відношення до інвалідів, які внаслідок своїх фізичних і психологічних порушень не можуть вести повноцінний спосіб життя і навчання. Зараз у світі налічується близько 500 млн. інвалідів, в тому числі 3 млн. в Україні. У Харківській області перебувають на обліку в Пенсійному фонді 2825 дітей-інвалідів, що складає 50 осіб у розрахунку на 1000 населення. Розрізняють п'ять категорій інвалідів відповідно до природи фізичних чи психічних обмежень: з ураженням опорно-рухового апарату; з порушенням інтелекту та психічними захворюваннями; з вадами слуху (глухі та приглухуваті); з вадами зору (сліпі та слабко зорі); з порушенням роботи внутрішніх органів (хворі на цукровий діабет, бронхіальну астму, онкохворі, що перенесли резекцію внутрішніх органів).

Особливу категорію серед дітей-інвалідів складають студенти вищих навчальних закладів (ВНЗ). Так, у ВНЗ України III–IV рівнів акредитації сьогодні навчається більше 3800 студентів-інвалідів. Це призводить до актуалізації втручання методів та засобів реабілітації студентів-інвалідів під час навчання у ВНЗ. Сучасна реабілітація студентів-інвалідів передбачає сьогодні втручання

при навчанні у ВНЗ комплексу соціальних, фізичних, психологічних заходів, що забезпечують можливість для людей з особливими потребами навчатися у ВНЗ та після закінчення повернутися або максимально наблизитися до повноцінного суспільного життя. Кінцевою метою реабілітації таких людей є забезпечення активної їх участі в основних сферах діяльності та житті суспільства.

Виникає безліч питань етичного характеру під час проведення реабілітаційних заходів у системі координат «фахівець з реабілітації – студент-інвалід». Для різних фахівців, що проводять реабілітаційні заходи, мають цінність такі етичні вимоги, як професійна компетентність, професійна і моральна відповідальність та прагнення до співпраці. Необхідно підкреслити, що фахівці з реабілітації повинні мати знання психо-педагогічного характеру, адже неможливо реабілітувати суглоб, якийсь орган або якусь функцію, не залучивши в цей процес пацієнта. Крім того, травми, які роблять таких людей інвалідами, спричиняють особливі психологічні та екзистенційні стани, які потребують осмислення. Тому найперша вимога, яка висувається до фахівців з реабілітації, – уміти вселити довіру, любов до життя, а також позбутися впливу суспільних еталонів, які шанують лише молодість та здоров'я.

Фахівець з реабілітації насамперед повинен поставити перед собою завдання домогтися довірливої співпраці. Успіх цього завдання безпосередньо залежить від моральної зрілості, сили духу, духовного багатства того суб'єкта, якого треба реабілітувати. Та навіть якщо певна частина тіла та спроможність нею управляти втрачені й відновити їх неможливо, як наприклад, у пацієнта, ураженого параплегією, спроможна не здаватися чи занепадати духом особистість зуміє відвоювати для себе новий життєвий простір, обмежений її самосвідомістю й тими цінностями, що їх вона носить у собі.

Слід відзначити ще один вимір, який може задіяти віра, щоб заповнити порожнину. Віра може створити персональні та інтерперсональні відносини, в яких людина, обмежена у своїх фізичних можливостях, відкриває для себе сфери, в яких поставить свої фізичні вади на службу спокутній любові. Моральна сила, а ще більше – сила надприродна, виходять за межі фізичних можливостей і м'язових ресурсів. Важливо зберегти живою цю силу й свіжою цю внутрішню енергію разом із солідарністю, що є не тільки медичною, хоча завжди буде реабілітаційною.

У процесі роботи фахівця з реабілітації основними повинні бути принципи «не нашкодь», «роби благо», «повага автономії особистості», «справедливості», правила правдивості, конфіденційності й інформованої згоди, вміння орієнтуватися в ситуаціях складного морального вибору, віддаючи перевагу цінностям людського життя.

*Martynenko Nataliya
KhNMU*

THE SPIRITUAL PHYSICK OF ABU BAKR MUHAMMAD IBN ZAKARIYA AL-RAZI

The Spiritual Physick appears therefore as the product of a curiously perfect blend of two civilizations, expressed in the language of a third; an admirable synthesis of science and metaphysics, shaped in the mind of a master physician and given verbal

form by a master of language. It is scarcely an exaggeration to say that the book is unique in Arabic literature. The author hardly betrays himself as a Muslim, though his name Muhammad proves him so to have been; otherwise he would have done as all other Arabs did who wrote on ethics, elaborating Iris discourse with quotations from the Koran and the sayings of the Prophet, and only introducing the views of Greek thinkers where they appeared to accord with sound Islamic teaching. Avicenna was much more orthodox; he even wrote commentaries on parts of the Koran. Rhazes' God is a very rational and reasonable God, a God, we might almost say, with a sense of humour, an eminently Persian God. Reading of Rhazes' books supports the feeling of presence of a man who knew no vain fear because he had analyzed fear out of his mind; a man who knew no vain hope because he knew that the laws of nature were as beneficent as they were immutable; a man indifferent to fame and wealth because he was intellectually persuaded of their worthlessness; a man whose counsel is a sure guide through the baffling perplexities that are the inevitable accompaniment of human life, a sage and reasonable comfort under the dark shadows of extreme affliction and death. Certain men of a speculative turn, discriminating and of undoubted attainments, having observed that we consort with our fellows and engage in various manners of earning a livelihood, reproach us on this account, finding it to be detrimental in us and asserting that we are swerving aside from the philosophic life.

The criticism is particularly levelled at his alleged failure to live up to the ideals of Socrates, his confessed master, who is pictured as living a life of utmost rigour; at the same time Socrates himself is criticized according to this legend for conduct contrary to the laws of nature and liable to lead to the extinction of the human race and the desolation of the world. Rhaze agrees with the objection that is raised to Socrates' «earlier life», but makes it clear that he differs from his master «only quantitatively, not qualitatively»; he is in full agreement with the view that life should be lived in a disciplined manner, but cannot accept the doctrine of extreme self-abnegation. He argues the proposition that pleasure is not to be indulged when it is irrational in its appeal, much along the same lines as in the *Spiritual Physick*. Then he analyzes the problem of pain.

Since we have laid it down as the foundation of our case that our Lord and Ruler is kindly and compassionate towards us and regards us with loving care, it follows from this that He hates that any pain should befall us; it also follows that whatever happens to us not of our own earning and choosing but due to some necessity of nature, is to be regarded as inevitable. It therefore behoves us not to pain any sentient creature whatsoever, unless it deserves to be pained, or unless it be to avert from it still greater pain. Rhaze follows up the implications of this conclusion by condemning blood sports except when practiced against carnivorous beasts such as lions, tigers and wolves; at the same time he urges the annihilation of snakes, scorpions and other noisome creatures that have no discoverable beneficial use or property. From the animal kingdom he turns back to man. The practice of austerity is obviously easier for those not accustomed to luxury from birth than for the children of rich parents; the latter cannot be required to compete with the former in this respect on a basis of equality.

МАССАЖ КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ СО СТРЕССОМ

Массаж – дозированное механическое и рефлекторное раздражение поверхностей нашего тела с целью удовольствия, оздоровления, излечения и профилактики недугов, оздоровления. Это естественное немедикаментозное оздоровление. Массаж возник наряду с другими видами народной медицины в незапамятные времена.

Массаж в своём изначальном виде, то есть как простое растирание, поглаживание, возник как лечебное средство на заре развития человечества. Судя по преданиям, люди, стремясь облегчить боли, производили растирание и поколачивание места травмы.

Уже в VI веке до нашей эры в Древнем Китае существовали врачбно-гимнастические школы для подготовки врачей, где в качестве одной из дисциплин преподавали массаж. В Древнем Китае насчитывалось более 2000 школ массажа. От каждой провинции в ежегодном состязании, которое устраивалось правителями, участвовало несколько школ. Массажист, показавший лучшее мастерство, представлялся ко двору императора. Иероглифические надписи на саркофагах и пирамидах, и древние папирусы, свидетельствуют о том, что за 4000 лет до н. э. древние ассирийцы, персы, египтяне применяли массаж в лечебных и оздоровительных целях. Явное упоминание о массаже прослеживается и в трудах Гиппократ (460–377 гг. до н. э.): «Во многих вещах врач должен быть опытным, и не менее в массаже, ибо массаж может связать сустав слишком расслабленный и размягнуть сустав очень тугой. Растирание вызывает стягивание или расслабление тканей, ведет к полноте или исхуданию, мягкое, нежное и умеренное растирание утолщает ткани, а сухое и частое растирание стягивает их». Прикосновение – мощнейший инструмент. Оно исцеляет, успокаивает и приносит теплое чувство безопасности, которое охватывает и массажиста, и его клиента, создавая между ними дивную связь. Тепло, которым пронизаны прикосновения и общение между людьми, само по себе является сильнейшей терапией.

Массаж – действенное средство борьбы со стрессом и депрессией. По теории китайской медицины среди причин, вызывающих заболевания, есть, так называемые, семь эмоций: радость, гнев, печаль, раздумья, горе, страх, ужас.

Все наше тело реагирует на эмоциональный раздражитель, то есть любая неотработанная как отрицательная, так и положительная эмоция в критическом состоянии ведет к напряжению определенной мышцы или целой группы мышц. т.е. эмоции, которые мы чаще всего испытываем, можно прочесть по мышцам человека. К примеру, в ситуации страха мышечное напряжение возникает автоматически: поднимаются плечи, шея втягивает в них голову, напрягаются руки и ноги (иногда они начинают даже трястись). Даже мысленное проигрывание конфликта, умственное напряжение и т.п. ведут к мышечному напряжению. Так в коре головного мозга могут образовываться доминирующие очаги, которые будут постоянно посылать сигнал к мышцам и держать их в напряжении, т.е. мы получаем реверберацию возбуждения (замыкание сигнала на самом себе, т.е. по кругу). Так при физическом перенапряжении и переутомлении, наряду с

изменениями на ЭКГ отмечен гипертонус скелетной мускулатуры. При неврозах так же имеет место гипетонус мышц и повышение лактата и мочевины в крови. При лечении, а тем более профилактики данного состояния применяют массаж (можно в комплексе с психотерапией, регуляцией режима труда и отдыха, прогулки на свежем воздухе, адекватная физическая нагрузка). Под влиянием массажа в тканях образуются эндорфин (нейропептид, обладающий морфиноподобным действием; он оказывает болеутоляющий и успокаивающий эффект) и серотонин (производное аминокислоты триптофана; синтезируется в центральной нервной системе и в клетках желудочно-кишечного тракта): медиатор проведения нервного импульса через синапс. Массаж так же уменьшает выработку кортизола (гормона стресса), что в результате способствует появлению хорошего настроения.

*Марущенко О.А.
ХНМУ*

ЧИ СПРИЯЮТЬ УРОКИ ФІЗКУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Ю ДІТЕЙ?

Питання, винесене у назву, може здаватися дивним, адже з радянських часів ми засвоїли, що заняття спортом лише зміцнюють здоров'я, будь вони лише регулярними, і ця істина видавалася непохитною. Шкільні уроки фізкультури «на чолі» із системою диференційованих нормативів виглядали ефективним засобом контролю за оздоровленням молодого покоління. Власне, і сучасна навчальна програма з фізичної культури погоджується з таким визначенням. А от останні гендерні дослідження якраз ставлять його під сумнів, вказуючи на приховані вади самої системи занять фізкультурою у школі.

З тим, що такі уроки націлені на розвиток здоров'я дітей, погоджуються 76% учителів фізкультури і 50% учительок. А ось діти налаштовані куди більш скептично: вони схильні сприймати здоров'я як природну даність, а більшість з них вважає, що фізкультура є, передусім, уроком досягнення спортивних результатів і «гонитвою за нормативами» [1].

Останнім часом в Україні саме навколо нормативів з фізичної культури спалахнула справжня дискусія – варто на них спиратися і надалі чи краще взагалі від них відмовитися? Каталізатором жвавого обміну думок стали дитячі смерті на уроках фізкультури. Поборники відміни нормативів вказують не неприпустимість ситуації, коли замість поступового, гармонійного фізичного розвитку конкретної дитини акцент зміщується на її відповідність певним, наперед заданим стандартам, якими б бажаними вони не виглядали.

При цьому майже ніхто не оперує аргументами про, можливо, найбільш абсурдний принцип побудови усієї системи нормативів: замість того, аби пов'язати її з варіаціями фізичного розвитку дитини (наприклад, перша група – фізично найбільш розвинені на даний момент діти – має найвищі орієнтовні показники нормативів, друга група – середній рівень розвитку – більш помірні і т.п.), програма з фізичної культури жорстко прив'язує нормативи до статі, наче, наприклад, усі хлопчики фізично між собою розвинені однаково.

Виправдання існуванню статево диференційованих нормативів зазвичай знаходять у тому, що дівчатка фізично слабші за хлопчиків, і це начебто йде від самої природи. Насправді, реальні дослідження причину цього знаходять у

культури: хлопчиків й дівчаток змалечку по-різному долучають до занять спортом – перших завжди заохочують до будь-якої фізичної активності, а надто – спортивної (причетність до спорту вважається способом визнання «справжності» хлопця, важливим шляхом ствердження його маскулінності), других – дещо стримують (саме дівчинку під час спортивних занять намагаються застерегти бути обережною, «не забитися», нерідко у ці моменти піддається сумніву її «жіночність»). Статеві диференційовані нормативи лише посилюють різницю у фізичному розвитку хлопчиків і дівчаток, адже дистанція між показниками іноді просто вражає. Наприклад, старшокласниця, аби отримати відмінну оцінку, має віджатися від підлоги 16 разів, хлопець же – удвічі більше; дальність кидка м'яча дівчатами на ту саму оцінку поступається «чоловічій» у 2,5 рази. І нікого, насправді, не цікавить, чи дозволяє наявний на даний момент фізичний розвиток конкретної дитини (незалежно від її статі) відповідати озвученим нормативам?

Як результат існування системи статево диференційованих нормативів, частина дітей (найчастіше – фізично розвинені хлопці) «захворюють» на «мускуломанію» (у першу чергу прагнучи визнання «серед своїх»), а інші (деякі хлопці та більшість дівчат) – навпаки – на «спортофобію», ретельно ховаючи власні комплекси і страхи, намагаючись будь-як уникнути фізкультури. І це замість того, аби під керівництвом педагога у власному темпі й стилі та за індивідуальною траєкторією справді займатись своїм фізичним розвитком, не озираючись на кимось задану планку.

Доки існує система нормативів, що прив'язані не до рівнів фізичного розвитку дитини, а до її статі, шкільні уроки фізкультури, на жаль, аж ніяк не будуть повноцінним фактором покращення здоров'я сучасного покоління школярства.

Література

1. Фащук О. Гендерні особливості ставлення вчителів до уроку фізичної культури // Молода спортивна наука України. – 2010. – Т. 2. – С. 260.

*Медяник Н.С.
ХНМУ*

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Бесплодие – источник огромного горя и разочарования для семьи. Сегодня бесплодием страдают 1 из 8 пар. В настоящее время существует много способов искусственного оплодотворения, которые помогают людям, страдающим бесплодием, родить ребенка, но основным на данный момент является экстракорпоральное оплодотворение. Экстракорпоральное оплодотворение (от лат. extra – снаружи, вне и лат. corpus – тело, то есть оплодотворение вне тела, сокр. ЭКО) – это оплодотворение яйцеклетки в условиях in vitro (в пробирке) с последующим культивированием (выращиванием) и трансплантацией (переносом) эмбриона в матку. Впервые успешно эта медицинская технология была применена в Великобритании в 1977 году, в результате чего в 1978 году родилась Луиза Браун первый человек, «зачатый в пробирке». Уже в 2010 году, таких

людей насчитывалось около 4 млн. Наибольшей интенсивности применения процедура ЭКО достигает в Израиле, где на 1 млн жителей приходится 3400 процедур ЭКО в год. Технологию ЭКО осуществляют в специализированных медицинских учреждениях в условиях амбулаторного лечения. Для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения необходимо получить яйцеклетки, получить сперматозоиды, провести оплодотворение *in vitro*, вырастить эмбрион, ввести эмбрион в полость матки женщины. По мнению врачей, зачатые в пробирке дети ничем не отличаются от остальных. Тем не менее, есть мнение, что такие дети лучше учатся, но чаще болеют. Врачи считают, что это может быть связано с чрезмерной опекой желанного ребёнка.

Социальные аспекты морально-этических проблем ЭКО:

1) Принцип чести и достоинства человека в технологии ЭКО. «Хельсинская декларация»: интересы пациента всегда превыше интересов науки и общества. Человек не может рассматриваться как средство ни для каких благих целей. 2) Коммерциализация донорства. По данным английских исследователей, в большинстве стран продажа яйцеклеток на заказ позволяет донорам заработать от 1500\$ до 5000\$. 3) Суррогатное материнство. Появляется опасность превратить суррогатное материнство в профессию. 4) Защита человеческого эмбриона, (девальвация ценности человеческой жизни, криоконсервация эмбрионов). 5) Разрушение традиционной семьи. 6) Евгеника (отбор «лучших» эмбрионов)

Самое большое влияние на мнение об ЭКО оказывают различные религиозные направления. Рассмотрим некоторые из них:

1. Православная Церковь лояльно относится к ЭКО, если только при оплодотворении не используются донорская сперма, донорские яйцеклетки или суррогатная мать. Выступает против удаления оплодотворенных яйцеклеток.

2. Католическая церковь считает метод ЭКО неестественным и антиморальным, и потому полностью отвергает его во всех его аспектах.

3. В иудаизме нет однозначного отношения: за ЭКО заповедь «плодись и размножайся» – оказание добра людям, в частности и бесплодным парам; спасение и укрепление семьи. Против ЭКО – сомнения в отцовстве и материнстве. При использовании донорского материала, т.е. при оплодотворении чужой спермой, имеет место супружеская измена. Ребёнок, родившийся от супружеской измены с партнёром-евреем, относится к категории «мамзер». Появление такого ребёнка, ограниченного в правах на брак, нежелательно.

4. В буддизме школа сангхи считает такой способ забеременеть противоестественным. Школа Карма Кагью, наоборот, приветствует достижения медицины, но подчеркивает проблему гибели эмбрионов.

5. Ислам разрешает ЭКО, только если семя и яйцеклетки были взяты у супругов. Категорически запрещается брать яйцеклетку у остальных жен.

Вывод: Вопрос ЭКО достаточно спорный. Существует огромное количество минусов и плюсов, осуждений со стороны церкви и окружающих. Но каждый человек на земле стремится передать свою генетическую информацию следующему поколению, и важно, чтобы это было сделано с добрыми намерениями, с соблюдением закона и общепринятых этических норм.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ В СОЗДАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМФОРТА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Главный профессиональный принцип врача – постоянное образование и самообразование. Поэтому в процессе подготовки будущих врачей важным аспектом педагогической деятельности является формирование у студентов сознательного активного отношения к получению знаний. В процессе обучения перед преподавателями стоит задача не только передачи знаний, но и развития у студентов стремления эти знания получить. Необходимым условием для этого является психологический комфорт в образовательной среде. Психологический комфорт, являющийся основой здоровья, предполагает такие учебные и психологические условия, которые создают атмосферу защищенности для студента, формируют благоприятный эмоциональный фон для активного участия в учебном процессе. Одним из необходимых элементов создания психологически комфортной для студента учебной среды, стимулирующей учебно-познавательную деятельность, является доступность и открытость информации об учебном процессе. В этой связи важной задачей является создание в вузе единой информационной системы, в структуру которой помимо официального сайта, рассчитанного в основном на внешнего потребителя, входит внутренняя локальная сеть, в которой содержится информация, необходимая для студентов и преподавателей.

На официальном сайте (внешнее информационное поле) обычно размещается информация, которая помогает составить общее представление о вузе: основные документы, регламентирующие деятельность вуза, правила приема, информация о каждой специальности, учебные планы, структурные подразделения, результаты деятельности вуза и т.д. Однако для студента значительный интерес представляют материалы, предназначенные для обеспечения учебного процесса: краткие рабочие программы (или тематические планы) дисциплины для студентов, формы и сроки проведения текущего и модульного контроля, содержание модульного контроля, примеры заданий итогового модульного контроля, критерии оценивания знаний студентов, учебно-методические материалы. Эта информация обычно размещается во внутренней информационной сети. Студенты и преподаватели, имея свой пароль, могут войти во внутреннюю локальную сеть из любой точки, где есть Интернет, размещать или использовать представленные учебные материалы, а также пользоваться ресурсами электронной библиотеки.

Внутренняя сеть вуза может дать возможность студентам обратиться к преподавателю за консультацией по электронной почте и получить ответ в короткий промежуток времени, договориться с преподавателем о встрече. У преподавателя появляется возможность эффективной организации самостоятельной (индивидуальной или групповой), научно-исследовательской и других видов работы.

Открытость и доступность информации об учебном процессе в целом, и по конкретной дисциплине в частности, ускоряет адаптацию студентов к меняющимся условиям обучения, позволяет студенту создать целостное восприятие курса, лучше понять цели и задачи дисциплины, эффективно планировать свое время для подготовки к занятиям.

МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО: РЕАЛІЇ ВІДЧУЖЕННЯ

Сучасний підхід до медицини як комплексної багатовимірної системи є методологічним важелем, який дозволяє розглядати її взаємодію із соціумом як складний зв'язок менталітету, інформації і знань. Сповнена внутрішніх і зовнішніх протиріч, медицина до цього часу не дала чіткої відповіді на головне питання, чи зможе вона коли-небудь працювати з індивідуальними (фізичними і психологічними) і соціальними аспектами хвороби в їх цілісності.

Здоров'я сьогодні є, в першу чергу, функцією економічного статусу людини. Гонорар за послугу, що стосується здоров'я, є вагомою частиною роботи лікаря. Доведено, що сама можливість отримання плати сприяє егоїстичнішому образу дій і відсутності у лікарів колегіальної орієнтації. Лікарі з претензіями на винагороду більшою мірою відсторонені і незалежні у своїх вчинках, ніж ті, для кого гроші не є первинною професійною цінністю [2]. Таким чином, під тиском економічних стимулів багато хто відчужується від колег і пацієнтів, що загрожує руйнуванням соціальної ідентичності лікаря. Перехід від стосунків взаємодопомоги до стосунків винагороджуваної допомоги і взаємовигідної співпраці є сьогодні однією з проблемних сторін медичного співтовариства. Він є неминучим хоч би тому, що, володіючи складними методами і технологіями, медицина закономірно шукає для них «свого покупця» [3].

Відчутні протиріччя в медицині пов'язані також з її ідеологічним навантаженням. Загальний потік інформації, що поступає і розподіляється в полі медичної професії, можна розділити на два основні напрями – «інформація для лікаря» і «інформація для пацієнта». Враховуючи, що деталі лікарської практики залишаються за межами життєвого досвіду і знань пацієнта, його дискурс обмежується загальними питаннями здоров'я. Логічно зауважити, що сфера практичної медицини розподілена сьогодні між двома аспектами «матеріального» і «духовного» характеру: технологічний детермінізм/економічний раціоналізм і власне робота з пацієнтом. Розвиток медичних технологій формує позитивний образ професії, що бореться зі смертельними недугами і прагне до постійного прогресу: лікарі – ті люди, в чиїх руках знаходиться майбутнє суспільства. Проте аспекти, які стосуються обслуговування і повсякденної турботи про хворих, відбивають внутрішнє рутинне життя професії, частіше пов'язані з негативними, аніж з позитивними моментами. Випадки зневаги і ризику, пов'язані з «точковим» вирішенням проблеми, замість турботи про пацієнта, є відбиттям протиріч соціокультурного, психологічного і етичного характеру, що неминуче виникають в міжособистісній взаємодії. Все більше число медиків прагнуть піти від досвіду переживання хвороби пацієнтом до лікування патології. В цьому сенсі лікарська практика відчутно втрачає почуття соціальності, відмежовуючи хворобу від її носія, що є прямим віддзеркаленням сучасних тенденцій медикалізації.

Неминуче підпорядкування суспільства медичній думці, яка «повноправно отримала статус філософії людини» [1], закладене в самому потенціалі лікарської професії і її місії в суспільстві. Великий соціальний контекст і потреба по-

яснювати і контролювати траєкторії людського життя пояснюють готовність переважної більшості громадян прийняти концепцію «медикалізації» як норму.

Література

1. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
2. Hartzband P., Grooman J. Money and the Changing Culture of Medicine // The New England Journal of Medicine, 2009. – Vol. 360. – P. 101–103.
3. Myllykangos M., Tuomainen R. Medicalization.
URL: <http://www.uta.fi/medicalisation.html>

Мохончук Б.С.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я – ОБОВ'ЯЗОК ГРОМАДЯНИНА ЧИ ДЕРЖАВИ?

«Більша частина наших хвороб – це справа наших власних рук». Теза, висловлена Ж.Ж. Руссо в часи французької буржуазної революції, сьогодні лише набрала своєї актуальності. Соціалістичне минуле нашої держави призвело до формування суспільства, яке знаходиться в «очікуванні» допомоги та не вдається до активних дій щодо реалізації власних прав. Одним з таких є, закріплене в ст. 49 Конституції України, право на охорону здоров'я.

Закріплення права на охорону здоров'я породило значну кількість наукових дискусій: звертається увага співвідношення категорій право на здоров'я та право на охорону здоров'я; поряд з іншими соціальними правами, ставиться питання приналежності права на охорону здоров'я до природних прав людини; досить часто наголошується на прикладних проблемах, таких як визначення оптимального способу фінансування охорони здоров'я (бюджетний, соціальний, приватний) та ін. Однак у той же час, доволі актуальним залишається питання, на кого повинно бути покладено обов'язок охорони здоров'я – громадянина чи державу?

Право на охорону здоров'я є комплексною категорією. На нашу думку воно не може обмежуватись лише можливістю, в тій чи іншій мірі, отримувати медичну допомогу. Це право інтегрує в собі необхідність: забезпечення належного стану екологічного середовища; контролю за якістю товарів народного споживання; реалізація обмежувальної політики в сфері продажу тютюнових та алкогольних виробів; створення підґрунтя для розвитку спорту тощо. Враховуючи, що досліджуване право є настільки багатоаспектним, можна стверджувати про неможливість забезпечення державою такого широкого спектру завдань, які часто становлять приватну сферу життя індивіда. Крім того, неможливо примусити бути здоровою чи оздоровлюватись ту чи іншу людину (не враховуючи примусових заходів медичного характеру та примусового лікування, в якості санкції кримінальної відповідальності, що передбачені розділом 14 Кримінального кодексу України). Отже, можна зробити висновок, що ніхто не зможе реалізувати право громадянина на охорону здоров'я, тим більше заставити це зробити. Держава повинна лише створити сприятливі умови для його реалізації. В свою чергу обов'язок з охорони здоров'я покладений, в першу чергу, на кожного громадянина, що включає в себе повсякденну профілактику, зайняття

спортом, відмову від тютюнокуріння та алкоголю, своєчасне реагування на хвороби тощо.

У зв'язку з цим виникає необхідність зміни способу фінансування медицини. В ч. 3 ст. 49 Основного Закону вказано, що в державних і комунальних закладах медична допомога надається безоплатно. Однак на даний момент така норма виглядає правовою фікцією. Перспективним для України нам вбачається запровадження соціальної системи медичного страхування. Серед її переваг: саморегулювання медичної галузі за допомогою ринкових методів; створення конкурентного середовища; підвищення якості медицини; посилення інтересу роботодавців в забезпеченні належних умов праці та громадян у збереженні та профілактиці стану власного здоров'я; зручність контролю за витратою коштів на медицину та ін. Також варто враховувати досвід розвинутих країн, наприклад Чехії, де запроваджено соціальну систему медичного страхування. Нині як державні, так і приватні лікувальні заклади цієї країни успішно конкурують з закладами США й Західної Європи. Однак невідкладну та швидку медичну допомогу в Чехії надають безкоштовно. Крім того, під час опитування жителів міст півдня України в рамках українсько-норвезького проекту «Місцеве самоврядування в Україні: підвищення кваліфікації та прикладні дослідження», 61,1% від усіх опитаних сказали, що усвідомлюють необхідність введення страхової медицини і підтримують цей захід реформування системи охорони здоров'я.

Також, нами було проаналізовано програми діяльності 5 провідних політичних партій України. Як результат, 2 з них нічого не зазначають з приводу запровадження страхової медицини, 1 – доволі опосередковано та обмежено регулює це питання (лише з приводу базового пакету невідкладної первинної медичної допомоги), 1 – відверто висловлюється проти передчасного запровадження обов'язкового медичного страхування, і лише 1 – визначила вектор на впровадження державного соціального медичного страхування.

*Насонова Л.И.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНАЯ КОРРЕКТНОСТЬ И ЭТИКЕТ: ПРОБЛЕМЫ СОСУЩЕСТВОВАНИЯ

Нормы этикета, помимо открыто декларируемых целей, обладают еще одной, скрытой – передавать из поколения в поколение и закреплять в практиках потомков господствующий тип культуры. За словами «так принято» скривається потужніший соціальний молох – влада традиції. Традиція скрито регулює більшу частину наших життєвих практик, навіть якщо ми вважаємо себе непримиримими нонконформістами. Освіта, в сім'ї, навчальних закладах різного рівня, поперше, казалося б, єдиною метою – виховувати – методично і скрупульозно обтачує нас під образці, прийнятні для сосуцествованія з чужими людьми. Зразком подібної «вирізки на загальні манери» слугує традиція. Скривана сила традиції є в тому, що будь-яка, навіть найабсурдніша річ перетворюється в негласний закон, якщо проходить натуральний відбір часом. Більшість правил сучасного етикета, особливо в області взаємостосунків статей, існують не тому, що вони натур-

венным образом возникают из нужд современного общества и его практик, а потому, что они поддерживают и транслируют закрепленные на протяжении многих веков полоролевые стереотипы.

Этикет взаимоотношений полов, будучи далек от реалий современного мира, неизбежно приводит человека к гендерному конфликту и дилемме выбора между конгруэнтностью (правдивому отношению к собственной личности и потребностям) и социальным одобрением.

Зачастую пренебрежение правилами поведения для «истинных леди» и «настоящих джентльменов» оборачивается не только признанием недостаточной «воспитанности» субъекта, но также и негативной оценкой на соответствие критерию «мужественности/женственности», что, в целом, вызывает вполне оправданное недоумение: как по такому признаку как «знание этикета» можно судить о том, насколько человек является мужчиной или женщиной? Тем не менее, такое оценивание всегда происходит в обществе, где понятие гендерной толерантности является преимущественно умозрительным и широко применяется разве что в лексиконе академического сообщества. В любой социальной группе качества, неотъемлемые от образа «настоящего мужчины» или «настоящей женщины», так же как и требования, предъявляемые к ним, могут варьироваться и порождать соответственно иные правила этикета взаимоотношений полов, которые будут обладать приоритетностью перед общими правилами этикета (в пределах группы). Соответственно, можно сделать предположение о том, что нормы этикета являются гендерно обусловленными (gender related), однако те или иные формы этикета могут в различной степени транслировать гендерные стереотипы, присущие господствующему типу культуры.

*Николаєва А.О., Мамчук В.В.
ХНМУ*

АСПЕКТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДОГО ПОКОЛІННЯ

Що являє собою сучасна Особистість? Розглядаючи соціально-психологічні особливості сьогоденного суспільства не можна не помітити істотних відмінностей сучасної Особистості від Особистості минулого.

Людина, яка прокидаючись зранку, випиває каву, перевіряє електронну пошту та прямує на навчання чи роботу. Діяльність, найчастіше, сидяча, тому що в еру новітніх технологій ми мало на що здатні без комп'ютера та інших досягнень прогресу. Відсидівши 6, а то й усі 8 годин на одному місці, Особистість прямує на зупинку громадського транспорту, де дихає цигарковим димом, отримує дозу зараженого вірусами повітря та, як наслідок, застуджується. Опинившись вдома, Особистість вкидає до шлунка все, що бачить на полицях холодильника, випиває профілактичні засоби від застуди й підключається до всевітньої павутини. Упізнали себе, чи не так?

А якщо розглянути медичний аспект даного питання, то сьогоденній темп життя зводить на нуль усі можливості людини піклуватися про своє здоров'я в повному розумінні цього слова. Як відомо, здоров'я включає в себе три складові: психічну, соціальну й фізичну. Науковий прогрес, сучасні погляди та інтереси привели нас до того, що забезпечити нормальне співіснування всіх трьох складових не є можливим. Якщо людина піклується про фізичне здоров'я, то на

спілкування з іншими (соціальна складова) у неї просто не вистачає часу, що безпосередньо призводить до психічних розладів. Якщо ж людина обирає спілкування з друзями, то фізичне здоров'я відходить не те, що на другий план, а значно далі, адже сьогодні слова «спілкування» та «Інтернет» перетворилися на синоніми. У випадку, коли пріоритетним людина обирає психологічне здоров'я, вона може бути не прийнята суспільством, тобто ми маємо справу із соціальними розладами.

Як же побороти чи хоча б налагодити сучасний спосіб життя з медициною та здоров'ям? Цим питанням уже не перший рік займається медицина всіх країн та континентів. Проте адекватної відповіді, яка влаштує всі соціальні верстви, допоки не знайдено. Хочеться лише додати, що здоров'я людини знаходиться тільки в її руках. Отже, нам самим вирішувати, якими ми хочемо себе бачити: успішними й здоровими чи з «букетом» розладів і незадоволеними життям.

Николаева О.В., Огнева Л.Г.
ХНМУ

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ

В современной отечественной медицинской культуре сохраняется преобладание моральных и социальных норм, таких как милосердие, сострадание и забота о больных, создание благоприятных условий для сохранения и восстановления здоровья человека, трансформации моральных ценностей в профессиональной медицинской культуре, ценности жизни и здоровья в других формах медицинской культуры. Эти и многие другие этические и культурологические проблемы определяют направление дальнейшего развития отечественной медицинской культуры. Знание особенностей поведения пожилых людей, психологических, эмоциональных черт необходимо, чтобы принимать их такими, какие они есть. Помочь пожилому человеку – это, прежде всего, воспринять и принять его мир. Кроме слабого потенциала здоровья в пожилом возрасте, существенным фактором риска могут стать условия жизни старшего поколения, которые делают его представителей более подверженными заболеваниями.

Не менее важной проблемой в пожилом возрасте является одиночество, которое обуславливается различными психическими или социально-экономическими причинами. Но самая главная психологическая проблема пожилых – это не востребованность в обществе. Одиночество – это социально-психологическое состояние, которое характеризуется недостаточностью или отсутствием социальных контактов, поведенческой или эмоциональной неудовлетворенностью индивида, характером и кругом его общения. Также проблема одиночества в старости приобретает такую специфическую черту, как вынужденное уединение, причиной которого является физическая немощь, затруднения при решении повседневных гигиенических и бытовых вопросов. Как сделать жизнь пожилого человека достойной, насыщенной, активной деятельностью и радостью, как избавить его от чувства одиночества, отчужденности, как выполнить дефицит общения, как удовлетворить его потребности и интересы? Эти и другие вопросы волнуют в настоящее время общественность.

Взгляды на место и роль пожилых людей наиболее полное отражение получили в принципах ООН «Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста», принятых Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 году. С учетом различного рода дополнений 18 принципов были собраны и объединены в пять основных групп: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство. Украина сегодня относится к демографически старым государствам в мире. В настоящее время действует так называемый принцип трех пятёрок: каждый пятый житель Украины – человек пожилого возраста, каждый пятый человек пожилого возраста – одинок, каждый пятый человек пожилого возраста, проживающий одиноко, утратил способность к самообслуживанию.

В 2003 году Украина присоединилась к выполнению Мадридского международного плана действий по старению. В рамках выполнения этой программы Верховная Рада совместно с представителями ООН провела специальную конференцию, посвященную проблемам людей старшего возраста. Хороший старт получила идея создания университетов «третьего возраста» – их в нашей стране уже 15. Пожилые люди – это наиболее социально уязвимая часть населения. Поэтому, прежде всего, в сознании современных украинцев геронтологические особенности формирования медицинской культуры ориентированы на то, чтобы при их осуществлении помочь людям старшего возраста вести полноценную и плодотворную жизнь и обеспечить им условия, необходимые для поддержания или достижения удовлетворительного качества жизни. При этом помощь необходимо осуществлять так, чтобы она не воспринималась как полная опека, нужно предлагать новые формы и режимы занятости пожилых людей. Терпимость – также один из важных принципов работы с пожилыми людьми. Терпимость помогает гуманизировать межличностные отношения, сделать их более человечными и доброжелательными.

Новікова О.Ю.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ

Медицина – це сфера життєдіяльності, яка вкрай необхідна для існування і окремої людини, і суспільства загалом, але, на жаль, в охороні здоров'я трапляються випадки професійної недбалості і лікарських помилок, що можуть призвести до дуже поганих і навіть плачевних результатів. Сьогодні у судах України щорічно розглядаються сотні позовів пацієнтів про відшкодування збитків за неякісне медичне обслуговування та завдану шкоду здоров'ю.

Важливу роль для забезпечення гарантій прав і свобод людини на охорону здоров'я відіграє страхування професійної відповідальності лікарів на випадок завдання шкоди життю чи здоров'ю пацієнтів. Основна ідея полягає в тому, щоб усунути помилку або провину із системи компенсації, досягти більшої справедливості, зробити процес відшкодування максимально простим. Головною особливістю професійної відповідальності лікаря при наданні медичних послуг є те, що для її виникнення необхідна наявність протиправності, шкоди та причинного зв'язку між наявністю шкоди у пацієнта та ненаданою або нена-

лежно наданою професійною медичною послугою. Наявність вини лікаря не є обов'язковою складовою для настання його професійної відповідальності. В багатьох країнах світу такий вид страхування є обов'язковим. Це не є дивним, тому що він вміщує переваги як для лікарів, так і для пацієнтів. Таке страхування дає змогу перенести тягар відповідальності на незалежного від пацієнтів суб'єкта правовідносин – страхову компанію.

Сьогодні в світі виокремлюють дві основні системи страхування професійної відповідальності: 1) система страхування деліктної відповідальності – компенсація надається тільки тоді, коли доведено, що причиною заподіяння шкоди здоров'ю стала халатність лікарів; 2) система страхування відповідальності від шкоди, яка настала без вини страхувальника – компенсація заснована на доведенні причинного зв'язку між лікуванням і шкодою.

Перша система страхування діє у США та ще в кількох країнах світу, а друга притаманна для Швеції, Австралії. В Україні страхування професійної відповідальності медичних працівників є одним з видів страхування відповідно до Закону України «Про страхування». Проте не має жодного спеціального нормативно-правового акту, котрий безпосередньо регулює страхування відповідальності лікаря та захищає його інтереси у разі допущення лікарської помилки під час здійснення ними професійної діяльності. Тому страхування здійснюється в добровільній формі на договірній основі і не може бути нав'язано закладам охорони здоров'я та лікарям за допомогою адміністративних методів.

Також слід зазначити, що страхування професійної відповідальності лікарів не є поширеним видом страхування в Україні. Це пояснюється двома обставинами: у людей існує недовіра до страхових компаній; ризик професійної помилки медичних працівників страхують переважно приватні медичні структури, а не медичні закладами державної та комунальної форм власності.

На мою думку, такий вид страхування є необхідним: для лікарів це засіб забезпечення їх майнових інтересів; для пацієнтів – додаткова гарантія відшкодування шкоди, заподіяної життю чи здоров'ю, для організаторів та керівників закладів охорони здоров'я – технологія реальної економії бюджетних коштів (за рахунок яких відбувається відшкодування шкоди, завданої життю чи здоров'ю пацієнта у бюджетному закладі). Впровадження страхування професійної відповідальності медичних працівників та його регламентація спеціальним нормативно-правовим актом сприятимуть вирішенню двох важливих завдань: 1) дієвість гарантій захисту прав пацієнтів на охорону здоров'я та 2) забезпечення інтересів медичних працівників та їх роботодавців.

*Одинец Ю.В., Головачева В.А.
ХНМУ*

АСПЕКТЫ ДУХОВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Здоровье человека характеризуется суммой его нескольких составных частей: физического, ментального и духовного.

Понятие здоровья, коротко, сводится к способности организма вести определенный образ жизни, который его устраивает (или не устраивает) по всем своим показателям. Если понятие физического здоровья более-менее остается понятным, то формирование духовного здоровья у многих вызывает затруднения.

Духовное здоровье человека, в первую очередь, связано с теми знаниями, которыми он владеет и с помощью которых занимает в жизни определенное место. Конкретные философские взгляды и убеждения, медитация, служение в церкви, йога для начинающих – это и есть признаки духовного здоровья.

Система философских взглядов, обеспечивающие человеку положительные эмоции, являются, по сути, основой духовной жизни человека [1]. Духовное здоровье зависит от системы мышления человека, умения определить своё положение в окружающей среде.

В подавляющем большинстве случаев болезни развиваются на основе духовной неудовлетворенности. Она вызывает в сознании отрицательные психические процессы, которые разрушают физическое здоровье человека, и провоцирует появление болезней.

Духовное здоровье восстанавливается путем размышления над тем или иным «побуждением» и принятия на основе этого размышления иных способов действий и жизни в целом [2]. В результате подобной переоценки человек совершенно иначе, более разумно, относится к своим детям, работе, супругу, успехам и неудачам в целом.

Одним из важных аспектов, определяющих здоровье человека, в том числе и духовного, является здоровый сон [3]. По данным Брюса Локка, профессора лаборатории сна из школы медицины при университете Брайтона, 80% людей в современном мире искусственно создают себе проблемы со сном, в результате чего примерно 30% людей во всем мире не высыпаются хронически, что приводит к нарушению как физического, так и духовного здоровья. Один из лучших способов восстановления душевных и психических сил организма является отдых на природе. Вслед за духовным здоровьем, восстанавливается психическое и обретается физическое здоровье.

Таким образом, духовное здоровье достигается умением жить в согласии с собой, прогнозировать ситуации, влияющие на жизнь, разрабатывать модель своего поведения.

Литература

1. Валеологія: Основи індивідуального здоров'я людини : навч. посіб. для студ. вузів / О. І. Міхеєнко. – Суми : Університетська книга, 2009. – 400 с.
2. Суворов А.А. Духовность в структуре здоровья современного человека / А.А. Суворов, Н.В. Багиров // Медицина третьего тысячелетия: міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, 19–20 січня 2010 р.: тези доповідей. – Харків, 2010. – С. 211–212.
3. Установлен самый важный фактор, определяющий состояние здоровья человека // Новости медицины и фармации. – 2012. – №18 (431). – С. 23

*Одинец Ю.В., Головачева В.А.
ХНМУ*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

В формировании здоровья человека на разных этапах его развития меняется значение различных факторов. Если в раннем возрасте на здоровье человека

большое внимание оказывают биологические факторы, то уже в младшем школьном возрасте возрастает роль социальных факторов (нарушение режима дня, оптимизация учебного процесса, увлечение телевидением и компьютерными играми, курение, прием алкогольных напитков и др.). К подростковому возрасту здоровье ребенка становится социально значимым.

Рост заболеваемости детей школьного возраста может создать серьезные социальные, экономические и психологические проблемы, как для самих детей, так и для общества в целом [1]. Так, за время обучения в школе в 5 возрастает частота нарушения зрения, в 3–4 раза увеличивается патология органов пищеварения, в 2–3 раза – нарушение опорно-двигательного аппарата, в 1,5 раза – нервно-психические нарушения и отклонения в состоянии сердечно-сосудистой системы [2]. По результатам исследований российских авторов, доля здоровых детей к окончанию школы не превышает 20–25% [3].

Охрана здоровья детей и их лечение является серьезной проблемой для врачей всех специальностей. Сложность этой проблемы состоит в том, что, с одной стороны, сами подростки недооценивают состояние своего здоровья, а, с другой стороны, большинство врачей различных специальностей не владеют вопросами физиологии и патологии детского возраста [2].

Согласно Европейской стратегии по детскому и подростковому здоровью и развитию, государства-члены ВОЗ обязаны предпринимать шаги к созданию и внедрению адекватных стратегий по оздоровлению детей и подростков в рамках региональной стратегии, принимая во внимание различное в эпидемиологическом, экологическом, социальном, юридическом и культурном окружении и практике.

Организация досуга является одним из важных заданий на пути социальной молодежи, так как нереализованность свободного времени, отсутствие формирования культуры окружающей среды приводит к усилению негативных процессов в подростковой среде (употребление алкоголя, наркотиков, попыток суицида, проявление агрессии). По данным Луганских исследователей [4], 58% студентов вузов ведут неправильный образ жизни, у большинства из них отсутствуют навыки сохранения здоровья. Работу по формированию здорового образа жизни следует развивать и совершенствовать соответственно требованиям, которые ставит перед нами современное общество. А для этого следует изучать, переосмысливать и перестраивать различные области культурно-просветительной работы, внедрять отечественные новаторские идеи, мировой опыт.

Таким образом, для улучшения качества здоровья детей и подростков следует решать не только медицинские проблемы, включающие в том числе и подготовку кадров, но и социально-экономические и целый ряд других проблем.

Литература

1. Онищенко Г.Г. Проблемы здоровья детей, подростков и молодежи в условиях эколого-гигиенического неблагополучия / Г.Г. Онищенко, А.И. Потапова // III Всероссийский Форум «Здоровье нации – основа процветания России» : материалы Форума. – Москва, 2007. – С. 34.

2. Пархоменко Л.К. Медико-социальные проблемы сохранения здоровья подростков в Украине / Л. К. Пархоменко // Здоровье ребенка. – 2006. – № 1 (1). – С. 15–17.

3. Биологические особенности подросткового возраста / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, А.Г. Ильин [и др.]. – Москва, 2003. – С. 5–53.

4. Токман А.А. Прикладні аспекти формування здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів / А.А. Токман // Наукові праці МАУП. – 2012. – № 2 (33). – С. 217–221.

*Оспанова Т.С., Чернякова А.Е.
ХНМУ*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА МО SF-36 В ИССЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА В ЖИЗНИ

По определению ВОЗ, «здоровье является состоянием полноценного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Здоровье человека исследуется и измеряется на различных уровнях. Если речь идет об отдельных людях, говорят об индивидуальном здоровье, если об их сообществах – о групповом здоровье, если о здоровье населения, проживающего на определенной территории, – о здоровье популяции. Здоровье населения изучается и на социологическом уровне, т.е. на уровне общественного здоровья. Общественное здоровье отражает здоровье индивидуумов, из которых и состоит общество. Это не только медицинское понятие, а, в значительной степени, общественная, социально-политическая категория, поскольку внешняя социальная и природная среда опосредуется через конкретные условия жизни.

Качество жизни (КЖ) напрямую зависит от состояния здоровья, психологического и социального статуса, от стрессов, организованности досуга, уровня образования, социального, психологического и профессионального самоутверждения, психотипа индивидуума. Поэтому, исследуя КЖ, мы можем судить о состоянии здоровья человека. Для исследования КЖ используются стандартные инструменты, общие и специальные опросники: Ноттингемский профиль здоровья, опросник здоровья Мак Мастера, индекс качества жизни и т.д. Самым популярным является международный многоцелевой опросник общего типа МО SF-36.

Мы задались целью сравнить профиль здоровья и благополучия пациентов с бронхиальной астмой (БА) и сахарным диабетом (СД) с помощью многоцелевого общего типа международного опросника МО SF-36. КЖ изучено у 30 больных тяжелой формой СД и 30 пациентов с БА. Сравнение показателей КЖ при СД и БА позволило выявить существенные различия во влиянии этих болезней как на физическое, так и психическое состояние пациентов. Самые низкие показатели КЖ обнаружены у больных СД типа 2 и тяжелой формой БА. Показатели психического здоровья у всех больных выше, чем физического, и при БА обнаруживают фазовость адаптационных реакций в зависимости от тяжести болезни. При мониторинге состояния больных СД особое внимание следует обращать на физическое и психологическое состояние пациентов, страдающих СД типа 2, лиц старше 30 лет с избыточной массой тела при АГ, а так-

же на емоціональне состояние жінок, поскільки саме в цих групах об-
наружені найбільш низькі показателі КЖ. Значительне зниження показате-
лей фізичного здоров'я при БА IV ст., в старших вікових групах, у
жінок при надмірній масі тіла, АГ, гормонозависимості, доводить не-
обхідність добиватися від пацієнтів чіткого виконання протоколів по ле-
ченню астми.

Таким образом, незважаючи на те, що МО SF-36 є так званым об-
щим опросником, він дозволяє вивчити не тільки вплив будь-якої хвороби на
фізичне і психичне состояние пацієнтів, але і встановити певні закономірності,
характерні для кожної конкретної хвороби.

Результати нашого дослідження доводять функціональність использо-
вання соціологічних інструментів в сфері здоров'я, т.к. вони дозволяють
оказати пацієнтам висококваліфіковану медичну допомогу і
визволити пацієнта не тільки від фізичних, але і від моральних страждань.

Остропілець Ю.І.
Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»,
Інститут підготовки кадрів для органів прокуратури

**ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗАРАЖЕННЯ ОСОБИ
ВЕНЕРИЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

Відповідно до ст. 133 Кримінального Кодексу України зараження іншої осо-
би венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби,
карається виправними роботами на строк до двох років або арештом на строк
до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавлен-
ням волі на той самий строк.

З об'єктивної сторони цей злочин полягає в зараженні однією особою іншої
венеричною хворобою. До венеричних хвороб належать інфекційні захворю-
вання, які передаються переважно статевим шляхом і вражають передусім ор-
гани сечостатевої системи. Характер венеричного захворювання, методи і три-
валість їх лікування, можливість лікування не впливають на кваліфікацію зло-
чину. Для відповідальності за ст. 133 досить зараження хоча б однією з венери-
чних хвороб.

Способи зараження іншої особи венеричною хворобою можуть бути різними
і залежать від її виду: статеві зносини, задоволення статевої пристрасті непри-
родним способом, поцілунки, порушення правил гігієни у побуті, сім'ї чи на
роботі (наприклад, спільне користування посудом, постільною білизною,
шприцями для ін'єкцій ліків або наркотичних засобів) тощо. Згода потерпілої
особи на зараження її венеричною хворобою не виключає відповідальності за
ст. 133. Самозараження венеричною хворобою (скажімо, введення собі відпові-
дної ін'єкції) може тягнути кримінальну відповідальність лише у разі, коли во-
но є способом вчинення певного злочину.

Злочин вважається закінченим з моменту, коли потерпілий фактично захво-
рів на венеричну хворобу. Це злочин із матеріальним складом і вимагає, щоб
між діянням винного і наслідком, що настав, тобто зараженням потерпілого,
був причинний зв'язок.

З суб'єктивної сторони злочин може бути вчинений умисно (тобто з прямим або непрямим умислом) або внаслідок злочинної самовпевненості. У законі спеціально встановлено, що відповідальність за ст. 133 настає, якщо особа знала про наявність у неї венеричного захворювання, тобто усвідомлювала, що хворіє саме на таку хворобу і що хвороба знаходиться у неї в стадії зараження (наприклад, особа вступає в статеві зносини, не закінчивши курсу лікування). Зараження іншої особи венеричною хворобою внаслідок злочинної недбалості виключає таке знання, а, отже, і відповідальність за ст. 133.

Суб'єкт цього злочину – будь-яка особа чоловічої або жіночої статі, якій виповнилось 16 років, яка хворіє на венеричну хворобу і знає, що вона у неї є. У частині 2 ст. 133 встановлені кваліфікуючі обставини злочину. Ними є: а) зараження венеричною хворобою особою, раніше судимою за цей злочин; б) зараження двох чи більше осіб; в) зараження неповнолітнього, тобто особи, якій не виповнилось 18 років.

Для відповідальності за ч. 2 ст. 133 досить однієї із вказаних кваліфікуючих ознак. У частині 3 ст. 133 передбачена відповідальність за зараження венеричною хворобою, якщо воно спричинило тяжкі наслідки (наприклад, безплідність, самогубство потерпілого). Ухилення від обстеження осіб, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу, або ухилення від лікування осіб, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування, продовжуване після попередження, зробленого їм органами охорони здоров'я, тягне адміністративну відповідальність.

*Переломов В.А.
ХНМУ*

ГЕРОНТОФОБИЯ КАК БОЛЕЗНЬ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Геронтофобией (или гераскофобией) принято считать форму дискриминации, выражающуюся в неприязни к пожилым людям. В медицине данный термин обозначает разновидность психических заболеваний, которые проявляются в страхе или ненависти перед контактами с пожилыми людьми (собственным старением).

Очевидно, что современное общество страдает геронтофобией. Основной причиной геронтофобии, как мне кажется, являются так называемые межпоколенческие «культурные дистанции» – различия в ценностях, нормативных моделях поведения, а также взглядах на культурную, экономическую, социальную, бытовую, личную жизнь.

Примером подобных «дистанций» может служить весьма характерный для нашей современности феномен «непереносимости тишины», проявляющийся у молодого поколения в разных формах. Одна из них – когда молодёжь «выезжая на природу», включает музыку в своих авто «на полную». Складывается впечатление, что без шума, атрибутов городской жизни молодой человек уже просто не может себя чувствовать комфортно.

Так почему же позиции современной молодежи и старшего поколения так часто расходятся? В чём первопричина подобных межпоколенческих «культурных дистанций»?

Следует отметить, что разным поколениям всегда присущи в чём-то непохожие культурные модели, и это абсолютно естественно – то, что считалось правильным и желаемым у более старшего поколения, совершенно не обязательно может соответствовать нынешним приоритетам молодёжи. На смену коллективизму (вспомним хотя бы искреннее стремление работать на общее благо – те же субботники, например) приходит индивидуализм в самых разных его проявлениях: современный мир даёт огромный выбор сфер деятельности, интересов, способов времяпрепровождения – то, чего не было у наших предшественников. Нельзя забывать и о том, что каждое последующее поколение (будто бы даже неосознанно) старается избавиться от излишнего «внешнего контроля» со стороны старшего, желая показать себе и окружающим, что уже имеет некоторый социальный вес.

Однако, на мой взгляд, решающее значение в создании «культурных дистанций» сыграло бурное развитие информационных технологий. Еще лет 15–20 назад никто не мог и представить, что мы будем свободно разговаривать по телефону на улице, в кафе и даже в метро, что повсюду нас будет окружать всевозможная компьютерная техника, связанная между собой «глобальной паутиной». Интернет дал нам – именно молодому поколению – возможность дистанционного общения (а значит – культурного обмена внутри своей субкультуры), моментальной обработки и хранения информации, став полноценным источником социализации в новой культуре. Большую роль здесь сыграли социальные сети (именно в них современная молодёжь проводит много свободного времени).

Старшее поколение «по привычке» продолжает учить молодёжь, как и что нужно делать, однако та, в свою очередь, всё меньше прислушивается к такому «устаревшему» источнику знаний и опыта, считая более актуальными электронные ресурсы информации, которыми наши папы и мамы, бабушки и дедушки пользуются значительно реже. И чем старше поколение, тем более очевиден этот психологический барьер в отношении современных информационных технологий.

Всё перечисленное способствует тому, что молодёжь отдаляется от старшего поколения, а непонимание часто приводит к неуважению и – как следствие – к развитию у молодых людей геронтофобии. Мне кажется, ни к чему хорошему это не может привести. Если «межпоколенческий разрыв» будет нарастать, потеря культурных ценностей, накопленных человечеством и передаваемых от поколения к поколению, вполне возможна. И такая потеря, как известно, является необратимой.

*Петренко Т.О.
ХМНУ*

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

В здоровім тілі – дух здоровий,
Тож слідкуймо за здоров'ям, друзі,
Світ казковий, різнокольоровий
Гріх віддати тузі і недузі.
Точна діагностика дозволить
Вчасно попередити хвороби,
Гігієна рота не зашкодить
Мати зуби білі від природи.

Пам'ятаймо завжди про Чорнобиль,
Сіль йодовану слід вживати,
І займатись спортом до вподоби,
І, можливо, навіть танцювати.
А іще людей, тварин, природу
Полюбити і знімати фото.
За комп'ютером не пропадати,
Краще день і ніч на нім не грати.
От мистецтво – це душа людини,
Дар його завжди допомагати,
Стати сильними і молодими,
Світ яскравий весело сприймати!

*Петрухно Ю.Є.
ХНМУ*

РОЛЬ ГРОМОДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В РОЗВИТКУ САНІТАРНОЇ КУЛЬТУРИ

Одним із різновидів загальнолюдської культури є санітарна культура. На наш погляд, це – інтегральний вид культури, якій обумовлює здорове і повноцінне існування людини.

В ч. 2 і 3 ст. 3, ст. 16, ч. 2 ст. 19, ст. 43–50 Конституції України закріплено, що держава створює і гарантує умови для реалізації різноманітних прав громадян, що безпосередньо пов'язані з забезпеченням їх здоров'я. Разом із тим ці норми будуть працювати, якщо громадяни у повної мірі самі усвідомлюватимуть необхідність виконання санітарно-гігієнічних правил. Важливою складовою санітарної культури є особиста санітарна культура.

Високий рівень особистої санітарної культури залежить від процесу соціалізації людини в сім'ї, школі та ін., від пануючих у суспільстві цінностей. Автор цих тез розкриває актуальність цієї проблеми через вивчення ролі громадських організацій з туберкульозом та охорону навколишнього середовища.

Так, тільки в Харкові кожна кожного тижня реєструється 20 випадків захворювання туберкульозом, але зараз в Україні існують громадські організації, які борються з цією хворобою. Це, насамперед, Товариство Червоного Хреста України. Також в Україні існують благодійні фонди: ім. Роберта Коха, фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» з програмою «Зупинимо туберкульоз в Україні» та ін. Основні напрями їх діяльності – це інформування населення про профілактику та лікування хвороби (розміщення аудіо- та відеороликів, зовнішньої реклами, плакатів та ін. в місцях, які відвідує велика кількість людей); співпраця з державними організаціями (наприклад отримання Херсонським обласним туберкульозним диспансером нового інноваційного лабораторної діагностичної системи, яка дозволяє скоротити час діагностики туберкульозу з 2–3 місяців до 2 годин). У Києві 19–28 березня в рамках програми «Зупинимо туберкульоз в Україні» жителям та гостям столиці була надана можливість зробити безкоштовну флюорографію та отримати консультацію лікаря-фтизіатра. Фондом «Розвиток України» також здійснюється адресна допомога хворим.

Крім того, зараз громадянський рух «Українці – проти туберкульозу», місією якого є сприяння боротьбі епідемії туберкульозу в Україні, невідкладне та всеохоплююче підвищення санітарної обізнаності українців. Громадський контроль за діяльністю влади в сфері охорони здоров'я, сприяння ЗМІ у висвітленні протитуберкульозної тематики, надання гуманітарної допомоги дитячим будинками, медичним закладам та ін., інформаційно-освітня робота серед населення та ін. – основні напрями роботи цього громадянського руху.

Ще одна складова санітарної культури – це охорона довкілля, а її охороною в Україні зараз займаються не тільки державні органи, але й багато громадських регіональних організацій: «Голос природи», молодіжні організації «Ноосфера», «Еко ініціатива», «Печенегі» (м. Харків), «Комітет екологічного рятування України» (м. Львів), молодіжна екологічна ліга Придніпров'я та багато інших. У Харківському національному технічному сільськогосподарському університеті ім. П. Василенко існує клуб «Патріот», якій не тільки організовує екскурсії по країні, але й займається екологічним волонтерством.

Нині на розвиток санітарної культури впливають ЗМІ: телевізійні передачі, соціальна реклама, реклама на TV (прального порошку, засобів чищення, гігієни та ін.), статті у пресі. Все це, без сумнівів, впливає на розвиток та рівень санітарної культури в Україні, що, свою чергу, впливає на формування та розвиток громадянського суспільства в Україні. Саме останньому належить велика роль в культурі взагалі і санітарної культури зокрема.

*Пискарева А.М.
ХНМУ*

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Современные информационные технологии быстро овладевают широким кругом деятельности в отрасли индустрии досуга. Так, чрезмерная увлеченность Интернетом принуждает большинство людей проводить все больше времени в сети Интернет.

Поэтому целью нашей работы является теоретически проанализировать и провести практическое исследование относительно проявления, формирования и распространения интернет-зависимости. Определить особенности формирования интернет-зависимости у лиц юношеского возраста. Провести опрос с целью изучения распространения интернет-зависимости среди молодежи.

Материалы и методы исследования: теоретический анализ научной литературы, количественный и качественный анализ полученных результатов.

В рамках работы Малой академии наук проводилось исследование (2008–2010 гг.), которое проходило в два этапа. Первое, что мы определили – возраст респондентов, которые находятся в «зоне риска». Проведя пилотажный опрос (160 респондентов) мы получили такие результаты: люди в возрасте от 16–20 лет находятся в «группе риска». Именно поэтому эту возрастную категорию мы привлекли к исследованию.

Второй этап зависел от результатов тестов «Локус контроля», «Потребности в общении» и теста К. Янг. Из полученных ответов мы увидели, что «Локус

контроля» не дает четких результатов, поэтому дальнейший анализ по результатам этого теста не проводился.

По результатам опроса мы проследили тенденцию – чем выше показатель «потребности в общении», тем ниже показатель Интернет-зависимости.

Проведя опрос относительно внеклассной жизни респондентов, мы увидели, что 76% лицеистов (11 класс) посещают секции и их показатель интернет-зависимости составляет – 0%. У студентов (I курс), внеклассная жизнь которых представляет 9%, интернет-зависимость – 18,5%.

В 2011 году мы решили продолжить исследование и привлекли уже другую возрастную категорию. В опросе участвовали студенты шестого курса (60 респондентов) и преподаватели Харьковского национального медицинского университета (51 респондент). Результаты опроса студентов за тестом К. Янг показали: зависимые – 0%, «пользователи» – 93,33% , в «зоне риска» – 6,67% респондентов. Результаты опроса среди преподавателей оказались такими: зависимые – 0%, «пользователи» – 98,04%, в «зоне риска» – 1,96%. Результаты опроса за тестом «Потребность в общении» подтвердили сделанные раньше выводы: чем выше показатель «потребности в общении», тем ниже показатель интернет-зависимости.

Следовательно, в «зоне риска» может находиться каждая возрастная категория, но более уязвимой является возрастная категория 16–20 лет, так как именно в таком возрасте некоторые структурные элементы личности еще продолжают формироваться.

Рациональное использование свободного времени влияет на степень Интернет-зависимости, так как, чем активнее жизненная позиция человека, тем меньше времени он находит для пребывания в сети Интернет без любой конкретной цели.

*Плетенецька А.О.
ХНМУ*

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ЗА ЗЛОЧИНИ У СФЕРІ МЕДИНИ

У кримінальному законодавстві є ряд статей щодо працівників галузі медицини (ч. 2 ст. 18 ККУ). Злочини: 1) суб'єктом злочину є лише лікар як окрема категорія медичного або фармацевтичного працівника: «Незаконне проведення абортів» (ч. 2 ст. 134 ККУ); «Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин» (ст. 319 ККУ); «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини» (ч. 1–3 ст. 143 ККУ); «Одержання хабара» (ст. 368 ККУ) або «Комерційний підкуп службової особи юридичної особи приватного права незалежно від організаційно-правової форми» (ст. 368-3 ККУ); «Одержання незаконної винагороди працівником державного підприємства, установи чи організації» (ст. 354 ККУ); 2) суб'єктом злочину є будь-який медичний або фармацевтичний працівник, у тому числі лікар: «Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби»; «Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної

ліковної інфекційної хвороби»; «Ненадання допомоги хворому медичним працівником»; «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником»; «Порушення прав пацієнта»; «Незаконне проведення дослідів над людиною»; «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини»; «Насильницьке донорство»; «Незаконне розголошення лікарської таємниці» (ст. 131–145 ККУ); 3) законодавець не конкретизує суб'єкта злочину у сфері медичного обслуговування: «Незаконне проведення абортів» (ч. 1 ст. 134 ККУ); «Незаконна лікувальна діяльність» (ст. 138 ККУ); «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини» (ч. 4 ст. 143 ККУ).

*Поздняк А.
ХНМУ*

К ЭТИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ

Трансплантация является сегодня одной из самых наукоемких и динамично развивающихся современных медицинских технологий. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определенные нравственные проблемы и может представлять опасность для общества. С самого начала трансплантология поставила перед обществом ряд правовых, медицинских и этических вопросов, значительная часть которых не разрешена и в настоящее время.

Известны три вида юридического регулирования изъятия органов у умершего человека: это рутинное изъятие (такая модель имела место в советской системе здравоохранения с 1937 года и сохранялась до 1992 г.), принцип «презумпции согласия» и принцип «презумпции несогласия».

Презумпция согласия означает, что каждый гражданин изначально согласен, что его органы после смерти будут использованы для пересадки. Отсутствие выраженного отказа трактуется данным принципом как согласие. К минусам данной модели относят потенциальное снижение количества органов для трансплантации за счет более сложной процедуры получения согласия по сравнению с моделью презумпции согласия.

С точки зрения религиозной этики, реализации прав человека, с позиций системного медико-правового восприятия трансплантологии и ее моральной оценки, именно презумпция несогласия позволяет:

- более всего учесть волю человека;
- качественнее осуществлять защиту прав и законных интересов граждан при предоставлении медицинской помощи;
- максимально соблюдать и защищать фундаментальное право человека на свободу и добровольное определения судьбы своего физического тела после смерти;
- создать условия для предоставления исключительного права лицу или его родственникам на определение судьбы своего физического тела;
- обеспечить охрану телесной неприкосновенности после смерти человека;
- усилить веру человека в достойное отношение к его телу после смерти;
- снизить потенциальную возможность криминализации этой отрасли медицины;

– освободить врача от психоэмоциональных перегрузок, связанных с совершением этически некорректных (в частности, насильственных) действий. Это особенно значимо для личности врача, так как известно, что человек, совершающий действие, противоречащее традиционным нормам морали, неизбежно подвергает себя риску разрушить психоэмоциональную стабильность своей личности.

Очевидно, что в первую очередь каждый гражданин должен определить свое личное отношение к данной проблеме, а государство, в свою очередь, должно обеспечить надежную законодательную базу для реализации принятого решения и защиты прав граждан, как реципиентов, так и доноров.

Поліщук О.М.

*Національний університет «Юридична академія України
ім. Ярослава Мудрого»*

УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА З ПИТАНЬ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Медицина ХХ століття подарувала людству надію на «вічне життя» в образі трансплантології. Завдяки пересадці органів у світі щорічно знаходять друге народження тисячі людей. Вже сьогодні у розвинених країнах світу вона стала стандартом лікування багатьох патологій. Цьому сприятимуть новітні технології вирощування органів і тканин, науковці працюють над розробкою нових імуносупресантів, суспільство очікує на сенсаційні відкриття у цій галузі.

В українському законодавстві стосовно питань трансплантології діє презумпція незгоди: вважається, що будь-який громадянин не згоден, щоб його органи і тканини були вилучені після смерті на донорство. Для вилучення потрібні або прижиттєва згода громадянина, або згода його законних представників після смерті. Проте закон не виписує, де громадянин має зафіксувати свою згоду і де вона повинна зберігатися: у нотаріуса за місцем проживання, у поліклініці, чи у паспорті (у виді запису). Якщо особа згодна віддати свій орган після смерті – як про це дізнаються медпрацівники? Це одне питання. А друге – чи небезпечно нині вводити в Україні презумпцію згоди, адже з урахуванням обсягів тіньової економіки (понад 50% ВВП) благодійний намір може перетворитися на певний бізнес.

Останнім часом в ЗМІ широко розповсюджують інформацію про нелегальну торгівлю людськими органами та тканинами, яка пов'язана з біотехнологіями в сфері трансплантації. Адже за історію незалежності України про «українську мафію органів» вперше стали відомі факти в 2001 р., коли гучним скандалом, пов'язаним із незаконною трансплантацією людських органів, стала «справа львівських лікарів». Подібний випадок був у 2005 р., коли була порушена кримінальна справа прокуратурою Донецької області. Коментуючи ці факти, прокуратура та Міністерство внутрішніх справ заперечують існування тіньового ринку органів у країні, і пояснюють, що це були казуси, а насправді нібито родичі частіше стали віддавати свої органи.

Незважаючи на те, що Україна посідає друге місце в Європі серед «чорних експортерів» людських органів, МОЗ України все ж таки планує зробити вилучення органів померлих для подальшої трансплантації обов'язковим із гуманною метою скоротити смертність в державі внаслідок невиліковних хвороб (які по-

требують трансплантації). Відомство пропонує запровадити «презумпцію згоди» на вилучення внутрішніх органів після смерті людини та пересадки їх іншим особам. Зміна в законодавстві дозволить вилучати для трансплантації органи будь-якого померлого, який не заперечував це за період життя. Перед тим, як вводити презумпцію згоди, потрібно виписати багато підзаконних актів, які б унеможливили «чорну» трансплантологію. З іншого боку, якщо залишити презумпцію незгоди, необхідно також прийняти низку актів, щоб уможливити виживання великої маси людей. Це величезна робота Верховної Ради, Кабінету Міністрів і саме Мінохорони здоров'я України, а також неурядових громадських організацій, зокрема релігійних і медичних, що опікуються правами пацієнтів.

Як на мене – трансплантологія необхідна. Вона потребує удосконалення на законодавчому рівні, адже в Україні багато людей (у тому числі дітей) масово потребують пересадку органів. МОЗ України повинен втілити в життя вилучення органів померлих для подальшої трансплантації, бо забираючи органи померлого, ми рятуємо чию то життя. Хотілося б сподіватися, що оскільки наша держава взяла курс на гуманізацію суспільства, то в ній знайдуться сили, які дозволять вирішити нагальні проблеми в сфері трансплантології. Тоді Україна обов'язково досягне середньоєвропейського рівня спеціалізованої медичної допомоги хворим.

Прокопович А.Р.
ХНМУ

ПЕРСПЕКТИВИ НАНОТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЦИНІ. НАНОФЕРОМАГНЕТИКІ В ОНКОФАРМАКОЛОГІЇ

Резистентність пухлин до фармакотерапії та неспецифічність дії цих препаратів не лише на атипіві, але й на здорові та активно проліферуючі клітини, що призводить до найсерйозних загальних ускладнень та побічних ефектів, – важливі проблеми сучасної онкофармакології. Насамперед створення систем цілеспрямованого транспорту ліків безпосередньо саме до пухлини дозволило б зробити це лікування контрольованим, більш ефективним та безпечним.

Найбільш досліджуваними у медицині є наноферромагнетикі. Це наноконпозиції на основі ферромагнетиків (колоїдні дисперсні магнітні часточки Fe_3O_4 або $\gamma\text{-Fe}_2\text{O}_3$ розмірами від 5 нанометрів до 10 мікрометрів) як кон'югація з протипухлинним препаратом без ковалентних зв'язків.

Такі наноконпозиційні системи стійкі до 5 років, без втрати ефективності довго циркулюють в організмі, їхня структура дозволяє приєднувати різні протипухлинні препарати та їх комбінації з поступовим вивільненням діючої речовини (така пролонгована дія забезпечується поступовою десорбцією протипухлинної речовини з полімерної матриці, до якої вона приєднана). Ці системи можуть бути стабільними до дії кишково-шлункових ферментів (тобто можливе парентеральне та ентеральне введення), їх можна покрити ліпідною (у тому числі магнітоліпосомною та ліпосомною рН-чутливою до певних рН пухлинних тканин) оболонкою або ввести спеціальний агент (вектор) для направлення в певну пухлину, а керування процесом транспортування та депонування ліків можна здійснювати ззовні за допомогою магнітного поля.

Атипові пухлинні клітини здатні експресувати антигени або рецептори, які також можна використовувати як мішені в активній доставці лікарських препаратів саме у тканини пухлини – відповідні специфічні ліганди або антитіла приєднуються до наноструктур з лікарськими препаратами. Це також значно знижує токсичний системний вплив протипухлинного препарату на нормальні клітини.

Перспективним питанням для сучасної медицини є практичне використання наноферромагнетиків для візуалізації пухлин та їх метастазів, що найважливіше для ранньої діагностики та прогнозу в онкопатології.

Проте ще відкрите питання щодо створення цілком «своїх» для організму нанокомпозитних систем і які власна імунна система пацієнта сприймала б не як чужорідні. А поки ще закономірна атака макрофагами знижується шляхом надавання наночастинкам гідрофільності, покриваючи їх поліетиленоксидом.

*Ростовцева М.С.
ХНМУ*

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЗДОРОВЬЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГУМАНИСТИЧЕСКИХ ИДЕАЛОВ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Необходимость разработки и совершенствования теории социологии здоровья вызвана комплексом разнообразных причин. С 90-х годов наша страна переживает демографический кризис, который сопровождается снижением рождаемости, ростом естественной убыли населения, низкой средней ожидаемой продолжительностью жизни (65 лет) и вызывающей озабоченность разницей ее у мужчин (58,9 лет) и женщин (72,4 года) при норме 7–8 лет. В Украине также наблюдаются высокие показатели общей (15,3%) смертности и сверхсмертности мужчин, особенно трудоспособного возраста. Общество в последние десятилетия столкнулось с интенсивным процессом старения населения, снижения качества жизни и здоровья, увеличением расходов на поддержание здоровья пожилых людей. Эти тенденции отмечаются на фоне трансформации системы здравоохранения, перехода от государственного регулирования к комбинированной системе государственного здравоохранения и частного страхования. В структуре заболеваемости все большую роль играют социально-детерминированные болезни, связанные с образом жизни, характером превентивного поведения индивида (в их числе ВИЧ-инфекция и СПИД, наркомания, алкоголизм, туберкулез и др.).

Сближению исследований здоровья с социологией способствует ряд объективных факторов. Во-первых, происходят существенные изменения данной научной дисциплины. В структуре патологий начинают преобладать не острые, а хронические заболевания. Все чаще встречающиеся сочетания заболеваемости, атипичное течение болезней, утрата ими клинического облика стали общим местом в медицинских публикациях; психо-эмоциональная неустойчивость, социальные стрессовые расстройства, прежде не встречавшиеся разновидности неврозов (одиночество, ожидание выходного дня и т.п.), ожирение, гиподинамия, патологические формы аддикции (прием психоактивных веществ) открыто называют «болезнями цивилизации». Характер их течения, продолжительность и прогноз во многом обусловлены поведением человека и условиями жизни. Тем

самым, акцент смещается на изучение индивида и особенностей его жизнедеятельности.

Время однозначных, прямолинейных медицинских рекомендаций уходит в прошлое, зарождается более диалектичное мышление, воплощение которого в жизнь требует пересмотра отношения к понятию «норма» и определению ее верхних и нижних границ для каждого параметра здорового образа жизни и каждого человека.

Савельева Н.Н.
ХНМУ

ПАЗИТАРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

В настоящее время накопилось большое количество данных по изучению гельминтозов на территории бывших стран СНГ. Становится очевидным тот факт, что инфекции и инвазии остаются серьезной причиной инвалидности и смертности среди населения. Причинами высокой распространенности гельминтозов являются санитарные условия проживания людей, содержания животных, выращивания растений, усиление миграции – интенсивный приток людей из неблагоприятных в отношении паразитозов регионов.

Видовое разнообразие гельминтов велико, по разным источникам составляет более 250 представителей. В Украине наиболее распространены около 30 видов. Половозрелые особи гельминтов разных видов имеют длину от нескольких миллиметров до 10–14 метров. В организме, зараженном гельминтами, могут одновременно жить несколько их видов. Это не только неприятно, но и крайне опасно, так как патологическое воздействие гельминтов на организм человека связано как с прямым повреждающим действием на органы, так и с опосредованным – сбоями в работе иммунной системы, аллергическими реакциями.

Иммунологические реакции при гельминтозах, направленные на защиту организма хозяина от паразита, при переходе границы адекватного физиологического ответа становятся иммунопатологическими и являются причиной тяжелых органных поражений, как правило, в хронической фазе инвазии. В этот период в патогенез, кроме специфических антигенов, включаются иммунные комплексы, а также аутоантигены в результате длительного воздействия паразита и истощения компенсаторных возможностей организма.

Проводимые исследования полости рта у больных, инвазированных различными паразитами (энтеробиозом, токсокарозом, лямблиозом) в стадии хронизации, позволили врачам-стоматологам выявить целый ряд характерных жалоб, объективность которых подтверждалась в ходе наблюдений в 98% случаев. Чрезмерная кровоточивость и болезненность десен, слюнотечение, расшатывание зубов, неприятный запах изо рта, ночной скрежет зубами, боли в языке, налет, трещины на языке, язвы в полости рта, трещины губ – все перечисленное наблюдается у пациентов, зараженных паразитами.

В ходе исследования было установлено, что состояние стоматологического здоровья инвазированных больных характеризуется распространенностью и интенсивностью заболеваний зубочелюстной системы, среди которых преобладают заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Полученные данные о распространенности стоматологической патологии у больных с паразитогами позволили определить ее потребность в узкоспециализированной стоматологической помощи.

В условиях высокого уровня стоматологической и паразитарной заболеваемости в Украине совершенно оправданно совместное ведение инвазированных больных паразитологом и стоматологом. Именно совместная междисциплинарная работа этих специалистов необходима для улучшения качества медицинского обслуживания, которое предполагает правильное и своевременное осуществление диагностических и профилактических мероприятий в таких самостоятельных областях медицины, как паразитология и стоматология.

*Самолисова О.В., Тараненко А.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

У сучасному світі здоров'я людини залежить не лише від фізичних, а й від соціально-психологічних факторів. Людина завжди тягнеться до суспільства, яке впливає на неї.

В умовах науково-технічного та соціального прогресу в промисловості, з урахуванням особливостей способу життя сучасної людини, зв'язок фізичної та психологічної діяльності набуває негативного впливу на її здоров'я, породжує, якщо не вживати відповідних заходів, низку патологічних станів.

Варто зазначити, що розумова діяльність сучасної молоді людини часто супроводжується надмірною емоційною напругою. Під час виконання будь-якої роботи не відбувається рухова розрядка. При частому повторюванні така нервово-психічна напруга в умовах рухової обмеженості може призвести до зниження ефективності роботи і викликати деякі захворювання: гіпертонію, дистонію, міопію та ін.

Під впливом науково-технічного прогресу полегшується фізична праця й зменшується її роль у загальній масі діяльності. Більш за те, збільшується кількість видів трудової діяльності, яка потребує уваги, швидкої реакції, точності та чіткості координації рухів, емоційної та психологічної стійкості.

Напружений ритм сучасного життя призводить до значного підвищення рівня нервової напруги людини, збільшення кількості стресів. Вони є причиною «хвороб цивілізації» і здатні порушити не тільки психічну сферу діяльності людини, але й роботу її внутрішніх органів.

Ми звикли вважати, що стрес – негативне явище, хоча й захисна реакція організму, але це не завжди так. Г. Сельє писав: «Без стресу життя мертво». В основі реакції на стрес – виділення мозковим шаром наднирників особливих гормонів – адреналіну та норадреналіну.

З усіх стресів особливо слід виокремити ті, після яких виникають негативні емоції: страх, сум, ненависть, грубість, несправедливість.

На сучасному етапі розвитку суспільства створюються нові стресові ситуації, пов'язані з перенапругою під час нервової, відповідальної, однотипної роботи, розумових діяч та ін.

Профілактика нервових станів пов'язана з правильною організацією праці, активним відпочинком, виконанням фізичних вправ, аутотренінгом, загартуванням, позитивним ставленням оточуючих до конфліктних ситуацій, критичним ставленням до своїх недоліків. Створення гарного настрою – найбільш дієве щодо профілактики нервових захворювань. Позитивний настрій необхідний хворому для одужання, а здоровому – для підтримки здоров'я.

Таким чином, проблема психологічного фізичного здоров'я людини, як і всі інші глобальні проблеми молоді, виникає з критичної ситуації, джерела якої знаходяться всередині, а не зовні. А тому вирішення цих питань повинно починатися зі змін самої людини та її внутрішньої сутності.

Сипливий В.А., Гузь А.Г., Петренко Г.Д., Бызов Д.В.
ХНМУ

СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ДУХОВНОСТИ В ХИРУРГИИ

В хирургической практике в особом внимании нуждаются больные онкологического профиля. В последние десятилетия заметно увеличилось количество больных онкологического профиля в общехирургических стационарах, так как хирургическое лечение является основным способом лечения этой патологии. Современное многокомпонентное лечение позволяет укрепить веру пациентов и родственников в благополучный исход заболевания. Национальная принадлежность, разница в вероисповеданиях диктует особенности духовной и психологической подготовки, налаживание контакта врач–пациент. Последний должен идти на операцию с верой в хирурга, его мастерство, благополучный исход выполненного оперативного вмешательства.

Радикализм оперативного вмешательства в онкологии связан с абластикой и антибластикой, дающими надежду на выздоровление. Эффективность хирургического лечения больных со злокачественными опухолями во многом зависит от стадии развития опухоли. Нередко проводятся многоэтапные оперативные вмешательства. В этих случаях при правильном и адекватном объяснении необходимости их выполнения позволяют укрепить веру и надежду больного на благополучный исход заболевания. Кроме внимательного, профессионального отношения хирурга в этот трудный для онкологических больных период немаловажную роль играет любовь, внимание родственников. Создание обычных бытовых условий, общения с желанным кругом родственников дополнительно позволяют черпать истоки выздоровления.

Скорбач Т.В., Ковальковський Є.В.
ХНМУ

СТРЕС ЯК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

У наш час життя молодій людині насичене до краю. З одного боку, це сучасні технології та науково-технічний прогрес, а з іншого – повсякденні напруження, які зазвичай мають негативний характер. Якщо в добу кам'яного віку людина могла відчувати хвилювання лише через невдале полювання, то сучасне життя людини набагато складніше й насиченіше різноманітними подіями.

Життя дарує людині багато різноманітних сюрпризів, і не завжди приємних. Тому таке поняття, як «стрес», у сучасному світі особливо актуальне, воно стає вірним супутником усіх людей. Організм людини побудований таким чином, що кожен вплив на наше тіло викликає специфічну реакцію на подразник. Якщо такі зовнішні впливи виникають з максимально мінімальною періодичністю, тоді ці явища нормально сприймаються організмом. Інше питання, коли ці впливи зовнішніх подразників мають постійний і мають насичений характер. Саме тоді вже в організмі починають виникати патологічні процеси, які, безумовно, негативно впливають на особистість. Кожного разу, коли людина відчуває стрес, чи то фізичний, чи то психологічний, чи емоційний, в організмі починають вироблятися речовини, які спрямовані боротися із цим явищем. Організм реагує на стрес підвищенням вироблення деяких гормонів: адреналіну, норадреналіну, альдостерону, які, у свою чергу, впливають на перебіг біологічних реакцій. У принципі, відбуваються цілком звичайні фізіологічні процеси: збудження нервової та серцево-судинної систем, прискорена утилізація глюкози тощо. Але небезпека полягає в тому, що хімічні речовини, які потрапили в кров для боротьби зі стресом залишаються там тривалий час. Таким чином, відбуваються негативні зміни: виснаження нервової системи, порушення діяльності серцево-судинної, послаблення імунної, порушення психологічного стану та ін. І ось уже звичними стають постійна напруга, поганий сон, проблеми з пам'яттю й увагою, дратівливість. Ці зміни ще більше порушують адаптацію організму до різних стресових ситуацій.

Згідно зі статистикою в Україні на сьогоднішній день, за приблизними оцінками, 70% українців постійно перебувають у стані стресу, а третина всього населення – у стані сильного стресу. За статистикою, у США (країні, яка першою усвідомила проблему стресу) 90% населення постійно перебуває в стані сильного стресу. З них 60% відчуває стрес 1–2 рази на тиждень, 30% – майже кожного дня.

Таким чином, вищезазначена проблема має глобальний характер і потребує термінових і рішучих змін. Звичайно, уже існують спеціальні методики, фармацевтичні засоби для боротьби зі стресом, але, як показує статистика, негативний вплив стресу тільки збільшується, і стан здоров'я більшості молодих людей у фізичному та соціально-психологічному аспекті погіршується.

Література

1. Китаїв-Смик Л.А. Психологія стресу. – М., Наука. – 1983.
2. Щербатих Ю.В. Психологія стресу і методи корекції. – СПб.: Питер, 2007.
3. Василюк Ф.Е. Життєвий світ і криза: типологічний аналіз критичних ситуацій. Журнал практичної психології та психоаналізу. – № 4 за грудень 2001 р.

Слінько Т.М.

*Національний університет «Національна юридична академія
ім. Ярослава Мудрого»*

ПРАВО НА ЖИТТЯ У РІШЕННЯХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ

Конституція України передбачила можливість звернення громадян України до спеціальних міжнародних установ з питань вирішення спорів. Стаття 55 Конституції встановлює, що кожен має право після використання всіх націона-

льних засобів правового захисту звертатися за захистом своїх прав і свобод до відповідних міжнародних установ, чи до відповідних органів міжнародних організацій, членом або учасницею яких є Україна. Найважливіше місце у системі чинників запровадження відповідних стандартів відіграє Європейський суд з прав людини (далі – Суд), який діє відповідно до Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р., яка набула чинності в Україні у вересні 1997 р. Саме з цього часу було започатковано якісно новий підхід до запровадження правозахисних стандартів в Україні, яким надається конкретна правова форма.

Починаючи з 1997 р., відколи Україна ратифікувала Європейську конвенцію з прав людини, Суд ухвалив понад 500 рішень, в яких визнав Україну такою державою, що порушувала права людини. Зокрема, слід зазначити, що порушення права людини на життя також було предметом розгляду Суду. Так, у рішенні від 18 березня 2009 р. (справа Кац та інші проти України) суд виходить з того, що: «...у випадку втрати людського життя за обставин, які можуть бути підставою для порушення питання про відповідальність держави, ст. 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. покладає на державу обов'язок забезпечити всіма доступними їй засобами адекватне реагування – судове або будь-яке інше – щоб належним чином реалізувати відповідні законодавчі і адміністративні засади, запроваджені задля захисту права на життя, і таким чином домогтися припинення того чи іншого порушення цього права та призначення відповідного покарання...» (п. 115, 116 мотивувальної частини).

А у рішення Суду з прав людини від 18 травня 2010 р. (справа Мироненко проти України) суд повторює, що: «...обов'язок захищати право на життя за статтею 2 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р., разом із загальним обов'язком держави за ст. 1 Конвенції «гарантувати кожному, хто перебуває під [її] юрисдикцією, права і свободи, визначені у Конвенції ...» (п.34 мотивувальної частини).

У 2011 р. Судом з прав людини було винесено проти України 105 негативних рішень. Серед них постановлено п'ять рішень щодо порушення ст. 2 Конвенції про захист прав людини проти України, у яких констатовано неналежне розслідування випадків смерті. Це рішення Михайлова та інші (Mikhalkova and others) проти України, № 10919 /05 від 13 січня 2011 р., Матушевський та Матушевська (Matushevskyy and Matushevskaya) проти України, № 59461 /08 від 23 червня 2011 р., Меркулова (Merkulova) проти України, № 21454 /04 від 3 березня 2011 р., Качурка (Kachurka) проти України, № 4737 /06 від 15 вересня 2011 р. та Антонов (Antonov) проти України, №28096 / 04, 3 листопада 2011 р.

У цих рішеннях, серед іншого, Суд встановив, що: розслідування були надмірно тривалими і не приводили до якого-небудь остаточного рішення по справі, що, на думку Суду, значною мірою підірвало довіру суспільства до правосуддя; багато необхідних слідчих дій або взагалі не проводилися, або були проведені зі значним запізненням і не були своєчасними; при проведенні розслідування існували тривалі періоди, коли не проводилося жодних слідчих дій; родичі загиблих не мали доступу до матеріалів розслідування і не могли приймати участь у встановленні обставин смертей їх близьких; в одній із справ при проведенні розслідування, з матеріалів справи зникли ключові докази тощо.

Загальновізнано, що право на життя є природним правом людини, яке не може бути обмежене будь-якими нормативно-правовими актами. Це універсальне, невід'ємне, найголовніше право, що має абсолютну цінність світової цивілізації, є першоосною усіх інших прав та задекларовано найвищою правовою нормою для суспільства, а в разі його втрати всі інші права втрачають свій сенс і значення.

*Слинько Ю.А.
ХНМУ*

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА И ГИПОКИНЕЗИЯ

За последнее время опубликовано значительное число работ, посвященных взаимосвязи заболеваний тканей пародонта с анатомо-топографическими, инфекционными, травматическими, иммунными и другими факторами [1]. Несмотря на это, заболевания тканей пародонта во всем мире, по-прежнему, остаются одним из актуальных аспектов современной стоматологии. Также предложено большое число способов и методов коррекции возникшего патологического состояния в пародонте. Однако они, к сожалению, не обеспечивают достаточно пролонгированную результативность лечения.

В связи с вышесказанным целесообразным является перенесение акцента на мероприятия первичной профилактики заболеваний тканей пародонта, разработанных с учетом изменений биологических основ жизни современного человека, среди которых гипокинезия является одним из наиболее значимых факторов. В настоящее время установлено, что уменьшение объема двигательной активности приводит к развитию морфо-функциональных изменений практически во всех органах и системах человека [2, 3].

Малоподвижный образ жизни, к сожалению, является довольно частым состоянием современной женщины во время беременности. Учеными выяснено, что гипокинезия будущей матери связана с увеличением частоты акушерской и перинатальной патологии, ухудшает адаптацию новорожденного ко внеутробному существованию [4]. Но информации о влиянии гипокинезии матери на развитие органов и тканей полости рта, в частности пародонтального комплекса, в доступной литературе нами не найдено. Это и явилось основанием для проведения соответствующего эксперимента. В результате изучения некоторых патогенетических звеньев патологии пародонта у потомства матерей, находящихся во время беременности в состоянии сниженной двигательной активности, установлены существенные нарушения общего и местного биохимического гомеостаза, что может быть основанием для формирования склонности к ослаблению биосинтеза и развитию катаболических процессов.

Литература

1. Шпуліна О.О. Сучасні основи патогенезу пародонтиту (огляд літератури) / О.О. Шпуліна // Український медичний альманах. – 2004. – № 6. – С. 189–194.
2. Качелаева Ю.В. Гиподинамия и здоровье человека / Ю.В. Качелаева, Р.Р. Тахаутдинов // В мире научных открытий. – 2010. – № 4. – С. 26–27.

3. Reeder N. Hypokinesia in Huntington's disease co-occurs with cognitive and global dysfunctioning / N. Reeder, R.C. Van Der Mast, E.J. Giltay et al. // *Mov. Disord.* – 2010. – Vol. 25 (11). – P. 1612–1618.

4. Чернышова О.Н. Гипокинезия во время беременности и степень ее влияния на формирование механизмов иммуносупрессии / О.Н. Чернышова, Л.Ф. Зюбанова, Э.Н. Будянская // *Иммунология.* – 1998. – № 4. – С. 49–52.

*Сокол К.М., Дмуховська Т.М.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ПОДАЛЬШЕ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основними пріоритетами державної політики в системі охорони здоров'я, які зазначені в «Основах законодавства України про охорону здоров'я» є: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги; попереджувально-профілактичний характер; комплексний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість та ін.

Складна демографічна ситуація в країні, епідемія туберкульозу, зростання ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів, загальної захворюваності, дитячої та материнської смертності, погіршення екологічної ситуації свідчать про недоліки в наданні медичної допомоги населенню.

Реформування медичної галузі дещо призвело до скорочення первинної лікувально-профілактичної ланки: на підприємствах, у сільських населених пунктах, сітка здоровпунктів, дільничих лікарень, амбулаторій, ФАПів; зменшився показник забезпеченості лікарями-практиками, які надають первинну медичну допомогу; скоротилася мережа протитуберкульозних санаторіїв, диспансерів та чисельність фтизіатрів, а також зменшилась кількість ліжок в інфекційних стаціонарах.

На показники захворюваності населення можуть вплинути і скорочення штатів Державної санітарно-епідеміологічної служби, відміна планування профілактичних та протиепідемічних заходів, проведення запобіжного та поточного санітарного нагляду, протиепідемічних заходів у вогнищах інфекційних захворювань. Усе це загрожує ускладненню санітарно-епідеміологічної ситуації, збільшенню захворюваності і смертності.

З метою виправлення демографічної ситуації та зменшення захворюваності необхідно удосконалити систему лікувально-профілактичної допомоги населенню.

На державному рівні:

1) Значно збільшити видатки на фінансування первинної ланки медико-санітарної допомоги мешканцям сіл, укомплектувати сільські медичні заклади лікарями загальної практики – сімейними лікарями, забезпечити їх житлом, сучасним медичним обладнанням, ліками та санітарним автотранспортом.

2) Прийняти Закон України «Про обов'язкове державне медичне страхування».

3) Координувати діяльність органів виконавчої влади й місцевого самоврядування для виконання загально-державних медичних програм.

4) Розробити медичні стандарти (обов'язкові і бажані), для надання медичної допомоги мешканцям сільської місцевості для досягнення встановлених критеріїв якості медичної допомоги за рахунок ефективного використання медичних ресурсів в умовах обмежених фінансових можливостей.

5) Розробити правовий механізм надання платних медичних послуг.

На регіональному рівні:

1) Підвищити надання швидкої та невідкладної медичної допомоги сільському населенню через мережу амбулаторно-поліклінічних закладів, надання допомоги пільговим верствам населення.

2) Виконувати загальнодержавні та територіальні медичні програми, а також виконувати Програми удосконалення медичної допомоги мешканцям сільської місцевості на засадах сімейної медицини.

3) Керівникам органів та закладів охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, вишукати можливість багатоканального фінансування закладів медицини сільської місцевості.

4) Формувати здоровий спосіб життя, всебічний розвиток навичок у сільського населення зі збереженням власного здоров'я, забезпечити участь громадськості в діяльності сфери охорони здоров'я.

5) Пріоритетне надання спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги дітям, вагітним та породіллям.

6) Покращити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я сільської місцевості.

*Соколова І.І.
ХНМУ*

ДЕЯКІ СУЧАСНІ СКЛАДОВІ ЕТИКИ СТОСУНКІВ ЛІКАР–ХВОРИЙ

Медицина, відомо, є як наукою, так і мистецтвом. Мистецтво медицини полягає саме в використанні професійних знань, умінь, високотехнологічного обладнання до клінічних ситуацій окремих пацієнтів, кожна з яких не є ідентичною, а вимагає індивідуального підходу та розпізнавання певних відмінностей в перебігу хвороб та патологічних станів. Слід також визнати, що в розгляді та трактовці вказаних відмінностей велику роль також відіграють соціальні й гуманітарні науки, але ж, насамперед, – етика.

Етика є невід'ємною частиною медицини. Ще за часів Гіппократа була започаткована концепція медицини як професії, фахівці з якої публічно обіцяли, що будуть ставити інтереси своїх пацієнтів вище за власні.

Завжди та усюди статус лікаря означав щось особливе. Люди приходять до лікаря за допомогою зі своїми найбільш гнітючими проблемами – від полегшення болю і страждань до відновлення здоров'я. Пацієнти дозволяють лікареві дивитися, торкатися й маніпулювати кожною частиною їхнього тіла. Вони поводяться так через те, що довіряють своїм лікарям діяти в їхніх найкращих інтересах.

Через вищезазначене важливим компонентом лікарської практики завжди була і є етика. Такі етичні принципи, як повага до людей, високий професіоналізм, конфіденційність на тлі вищих стандартів поведінки є базовими для лікаря і пацієнта. Також поряд із перерахованим до основ лікарською етики, безумов-

но, відноситься і головні цінності медицини – співчуття, компетентність та автономія (World Medical Association, 2003). Слід підкреслити, що саме від лікаря суспільство вимагає бути прикладом цього до вищого ступеня.

З одного боку, співчуття визначено як розуміння і відповідне відношення до страждань іншої особи. Для того, щоб мати справу з проблемами хворого, лікар має прагнути допомоги досягти хворому полегшення. З другого боку, – хворі краще піддаються лікуванню, якщо вони помічають неформальний підхід та зацікавленість в одужанні свого пацієнта.

Якщо співчуття відноситься здебільшого до категорії емоційної, то компетентність – суто до професійної. Недостатність компетентності може призводити до найсерйозніших наслідків для пацієнта. Лікарі опановують свою спеціальність тривалий час. Проте, з огляду на швидкий розвиток медичних знань, підтримування своєї компетентності є для них справою усього професійного життя. І це не тільки суто наукові знання і мануальні навички, але й їхні етичні знання, які теж змінюються у зв'язку зі змінами в лікарській практиці і суспільному оточенні.

Автономія або самовизначення – одна з цінностей медицини, яка передбачає вільне визначення стандартів лікарської освіти та лікарської практики і яка найбільше змінилася за останні роки. Донедавна лікарі самі вирішували, як пацієнтів потрібно лікувати. Не було ніякої необхідності беззаперечно слідувати стандартам лікування та отримувати інформовану згоду хворого. Незважаючи на пильний контроль за лікарями з боку різних владних органів, лікаря все ще цінують свою професійну автономію і намагаються зберегти її якомога більше.

Етичні принципи різних лікарських товариств інтернаціональні за своєю природою. Так, присяги і кодекси, попри деякі відмінності, мають багато спільних напрямків. Зокрема, обов'язків щодо інтересів своїх пацієнтів в порівнянні з власними, однакових можливостей отримання допомоги без зв'язку з расою, релігією, статтю тощо.

Прогрес у медичній науці і технології піднімають нові етичні питання, на які не може дати однозначну відповідь традиційна лікарська етика. Допоміжна репродукція, генетика, клітинні технології, але незмінним залишається вимоги щодо захисту конфіденційності інформації хворого і забезпечення невідкладної медичної допомоги будь-кому у разі потреби.

*Стенковая Н.Ф., Деонега А.В.
ХНМУ*

ОСОБЛИВОСТІ РЕЖИМУ ДНЯ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

Значимість образу життя у формуванні здоров'я дітей не викликає сумніву, тому своєчасне виявлення керованих факторів ризику розвитку відхилень у стані здоров'я дітей є актуальним. Це особливо важливо під час реформування системи охорони здоров'я країни та впровадження надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини.

Метою дослідження було вдосконалення організації оздоровчої роботи з дітьми шкільного віку. Дослідження проводились у Харківській загальноосвітній школі I–III ступенів, анкетним методом. Вивчався образ життя дітей в умовах сім'ї за допомогою спеціально розроблених анкет для батьків, які включали пи-

тання організації режиму дня, харчування, рівня фізичного навантаження. Було опитано 176 дітей віком від 9 до 18 років. До роботи були залучені студенти 3-го курсу, які відвідують студентський гурток.

Результати. Аналіз отриманих результатів дослідження показав наступні відхилення у режимі дня дітей шкільного віку. Дефіцит нічного сну відмічався у 62,4% дітей; звертало увагу, що 43,5% дітей лягають спати після 22 годин. У більшості дітей тривалість перебування на свіжому повітрі обмежується 1–2 годинами на день: тільки 12,6% дітей гуляє більше 3-х годин на день, при цьому 15,4% дітей відмічають труднощі при засинанні. Це пов'язано не тільки з шкільним навантаженням, а й з відвідуванням школярами додаткових занять. Регулярні фізичні вправи зранку не мають місце в жодної дитини, у той час як 18,4% дітей відвідують спортивні секції. Абсолютна більшість старшокласників розглядає загартовування ефективним способом оздоровлення, однак різні методи загартовування в домашніх умовах отримують лише 12,6% дітей.

Окремо в анкеті розглядалися гігієнічні питання перебування дитини біля комп'ютеру. Аналіз анкет показав, що у 98,6% дітей мають змогу користуватися комп'ютером вдома. 16% опитаних почали освоювати комп'ютер у віці 5–7 років, 54% – у 8–10 років; 28,2% в 11–13 років. Значно перевищують рекомендовану тривалість роботи на комп'ютері діти підліткового віку. На запитання «Для чого Ви використовуєте комп'ютер?» 63,9% старшокласників відповіли, що використовують комп'ютер для підготовки шкільних завдань, 79,8% – для спілкування з друзями; захоплюється іграми 29,6% дітей. Час, який дитина проводить за комп'ютером займає від 40 хвилин до 3,5 годин. Переглядання телепередач у 43,6% дітей займає більш ніж 2 години.

На запитання про зміни самопочуття під час або після роботи на комп'ютері 62,4% дітей відповіли, що змін в самопочутті не помічають, решта (37,6%) відмічали різні почуття, але найчастіше – втому, почервоніння очей та больові відчуття при морганні.

29,8% старшокласників відповіли, що не знають гігієнічних правил роботи на комп'ютері. Однак 82,3% опитаних інформовані про те, що при тривалій роботі за комп'ютером страждає орган зору. 45,2% дітей, переважно підліткового віку, інформовані про можливі порушення постави, формуванні сколіозу. 1,6% підлітків відповіли, що при ненормованій роботі на комп'ютері може розвинутися комп'ютерна залежність. У 10,5% випадків школярі зізналися, що не знають, розвитком яких захворювань небезпечно надмірне захоплення комп'ютером.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили виявити реальні шляхи підвищення якості профілактичної роботи, яка, на наш погляд, може й повинна проводитися на усіх етапах надання медичної допомоги дітям. Медичні працівники освітніх установ, лікарі-педіатри, сімейні лікарі повинні консолідувати свої зусилля на питаннях навчання дітей та їх батьків основним гігієнічним навикам щодо режиму дня. Перспективним напрямком у цієї роботі можна вважати залучення до профілактичної роботи студентів-медиків, оскільки необхідна корисна інформація, отримана від сучасних молодих людей сприймається краще, ніж від дорослих, а спілкування студентів із дітьми надасть певного досвіду майбутнім лікарям і допоможе їм у подальшій професійній орієнтації.

Права людини є абсолютною цінністю суспільства та держави, а провідне місце серед особливих немайнових прав посідає право на життя. Конституція України зазначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. Відповідно до статті 27 кожна людина має невід'ємне право на життя та ніхто не може бути свавільно позбавлений його. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань. Отже, постає питання чи може поруч із правом на життя визнаватись право на смерть? У Древній Спарті був звичай вбивати слабких та хворів малюків, але це пояснювалось тодішніми історичними воєнними умовами. За середньовічних часів поранених воїнів позбавляли життя хрестоподібним кортиком, щоб облегшити муки страждаючого.

Проблема евтаназії – одна з найбільш невирішених медико-деонтологічних, етико-філософських та юридичних проблем сучасності. Перша спроба її законодавчого закріплення (у штаті Огайо США, 1906 р.), була невдалою. Лише 1 квітня 2002 р. парламент Нідерландів затвердив закон, що звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя. Право на евтаназію легалізоване сьогодні також у Бельгії, Люксембурзі, Швейцарії, в трьох штатах США, подібний законопроект розглядають у Шотландії. В Україні, як і в більшості країнах світу, дана процедура заборонена.

Термін «евтаназія» (від гр.«eu» – «добрий», «thanatos» – смерть) ще у XVI ст. запропонував англійський філософ Френсіс Бекон. Він наголошував: обов'язок лікаря полягає не лише у тому, щоб відновити здоров'я, але й полегшити страждання та муки. Евтаназію розглядають як активну (безнадійно хворий вживає певні препарати, призначені лікарем, які викликають смерть), так і пасивну (відмова від заходів, що продовжують життя пацієнту, який помирає). Тобто, перше – це вбивство з милосердя, друге – самогубство під наглядом лікаря та з його допомогою. Є також третій варіант: активна евтаназія без допомоги лікаря. Хворий сам вимикає апарат підтримання життєздатності та помирає. Для юриста трактування категорії «евтаназія» не обмежується значенням «легка, безболісна смерть»; головне – така смерть відповідає внутрішній волі й волевиявленню помираючого (його родичів) і відбувається за допомогою медичного працівника.

У клятві Гіппократа сказано так: «Я нікому не дам смертельної отрути, що в мене просять». І сьогодні більша частина медичних працівників негативно ставляться до евтаназії і вважають її капітуляцією лікарів. Також у ст. 52 «Основ законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. зазначено, що медичним працівникам здійснення евтаназії забороняється. Юристи мають ретельно дослідити цю проблему, розробити загальні критерії, на які спиратимуться законодавці та організувати контроль правомірності її здійснення. Оскільки не існує чіткого визначення щодо такої процедури, то буде важко встановити норму-дефініцію, яка дозволить визнавати певне діяння евтаназією.

На наш погляд, легалізувати евтаназію абсолютно – це крах для медицини. Сучасні медичні технології дозволяють активно боротися з патологією, лікування якої ще вчора було проблематичним. Проте медикам не потрібно ламати голову над тим, як полегшити страждання хворого або вилікувати його. Простіше буде просто «вбити». Є небезпека того, величезний медичний механізм перестане розвиватися і взагалі функціонувати. Перешкодою поки є інстинкт самозбереження та міжнародний кодекс медичної етики: лікар повинен використовувати всі можливі засоби для підтримання життя хворого аж до його смерті.

Отже, можна зробити висновок, що етичні та юридичні питання евтаназії є вельми дискусійними та суперечливими. У демократичній, правовій державі центральне місце посідає гуманне відношення до людини. З одного боку, евтаназія цьому відповідає, з іншого – чи є гуманним те діяння, яке позбавляє людину найціннішого, що у неї є – її життя? Неможливо відшукати загальні наукові критерії стосовно розв'язання цієї проблеми. Тому єдиним критерієм, на підставі якого маємо дійти висновку про те, що є корисним, бажаним для людини, є право, тобто її власний вибір.

*Суворов А.А., Макаренко А.В.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ

В современных условиях в Украине возрастает социальная значимость здоровья с точки зрения гуманистических идеалов гражданского общества, национальной безопасности и экономической эффективности здравоохранения. Вторая половина XX века характеризуется интересом к проблеме нормальной жизнедеятельности, здоровья человека, профилактике болезней и продвижению здоровья. Это выразилось в росте числа публикаций по данной проблеме не только профильного медицинского характера, но и философского, социологического как в нашей стране, так и за рубежом.

В научном сознании факторы здоровья населения стали оцениваться в контексте демографических процессов и факторов обороноспособности государства. Это инициировало разработку новых, выходящих за пределы медицины и здравоохранения методов изучения данной проблемы, ее описания и осмысления.

Дополнительную актуальность данная тема приобретает в условиях социально-политических изменений, трансформации системы здравоохранения, расслоения общества и растущего неравенства в доступе различных групп населения к ресурсам.

Вопросы здоровья, болезни, медицины и здравоохранения давно привлекают внимание ученых разных специальностей. Социологическое их осмысление можно обнаружить в трудах по медицине, социологии, философии, психологии, этнологии и других.

Влияние никотина, алкоголя и наркотиков на репродуктивные функции будущих родителей крайне негативно. Вследствие этого существует угроза прерывания беременности, бесплодия, повышается вероятность рождения больного или неполноценного потомства. Пьянство и алкоголизм осложняют социально-демографическую ситуацию в стране, влияют на численность населения и

его психические и физические возможности, снижают социально полезную активность. Злоупотребление алкоголем приводит к снижению уровня рождаемости и увеличению числа детей с врождёнными физическими и психическими отклонениями.

Сохранение репродуктивного здоровья молодёжи является одной из основных задач современного общества. Особо пристальное внимание вызывает молодая семья, которая является важной социально-демографической группой населения. Формирование здорового образа жизни должно выражаться в закреплении в молодёжной среде комплекса оптимальных навыков, умений и жизненных стереотипов, исключая пагубные привычки.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М., 2000. – 326 с.
2. Ерышев О.Ф. Жизнь без наркотиков. – М.: Астрель АСТ, 2005. – 159 с.
3. Малышева С.В. «Образ Я» и представление о сверстнике у подростков, переживающих одиночество // Автореф. канд. психол. наук. – М., 2003. – 265 с.
4. Мартыненко А.В. Формирование здорового образа жизни молодёжи / А.В. Мартыненко, Ю.В. Валентик, В.А. Полесский. – М.: Медицина, 2003. – 192 с.

*Сулхдост И.А. Кириченко М.П.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ

Гипертензия является широко распространенным заболеванием и основным фактором риска от сердечно-сосудистой патологии. Это заболевание характеризуется изменениями центральной и периферической гемодинамики, способствующими его прогрессированию. На состояние здоровья подрастающего поколения оказывает влияние сложный комплекс разнообразных факторов, среди которых особое место принадлежит учебной нагрузке, связанной с интенсивной умственной деятельностью, нарушением режима труда и отдыха, гиподинамией, стрессовыми ситуациями. В этой связи во многих странах мира студенчество как социальная группа, подверженная опасности развития многих болезней, выделено в отдельную группу риска.

В настоящее время в клинической практике все больше и больше внимания уделяют применению физических факторов как методов функциональной регуляции организма. Положительный эффект от применения комплексов лечебной гимнастики обусловлен активацией механизмов саногенеза, при этом уменьшается выраженность побочных явлений лекарственных средств, повышаются адаптивные реакции организма.

Целью исследования было изучение влияния на гемодинамику больных артериальной гипертензией комплексной терапии с включением комплексов лечебной гимнастики.

В зависимости от применявшихся методов лечения все больные артериальной гипертензией (АГ) методом случайной выборки были разделены на группы. В основную группу вошли 56 больных получавших медикаментозную антигипер-

тензивную терапию в комплексе с процедурами лечебной гимнастики. Группу сравнения составили 22 больных, получавших только медикаментозную терапию. Группы были составлены по полу, возрасту, степени АГ, риску сердечно-сосудистых осложнений и получаемой медикаментозной терапии.

Процедуры лечебной гимнастики назначались больным с их согласия на 2-й–3-й день пребывания в стационаре после проведения обследования с целью исключения симптоматической АГ, купирования осложнений. Процедуры проводили в первой половине дня, через 3–4 ч после приема больными утренней дозы препаратов. В ходе каждой процедуры контролировали самочувствие больных, артериальное давление (АД) до и после процедуры. Программа исследования включала определение уровня базального АД методом тонометрии.

За время прохождения курса лечения отмечено достоверное снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) базального АД у больных обеих групп. У больных основной группы САД снизилось на 23,2%, ДАД на 17,4%. В группе сравнения на 15,5 и 9,1% соответственно. Уровень САД и ДАД после лечения в основной группе был достоверно ниже, чем в группе сравнения. После курса терапии с использованием лечебной гимнастики значения САД и ДАД были ниже, чем у больных группы сравнения.

Таким образом, комплексная терапия с применением лечебной гимнастики оказывает более выраженное корригирующее влияние на гемодинамику больных АГ, чем использование только фармакотерапии. Изменения гемодинамики за курс лечения приводит к снижению показателей как САД, так и ДАД и переходу у 11% больных «крайних» типов гемодинамики в эукинетический.

*Сухомлин Н.П.
ХНМУ*

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ

Английский философ Фрэнсис Бэкон (1561–1626) для обозначения лёгкой безболезненной смерти ввёл термин «эвтаназия» (от греч. euthanasia, eu – хорошо, thanatos – смерть), то есть хорошая, спокойная и лёгкая смерть, без мучений и страданий. Буквально термин «эвтаназия» переводится как «благоумиранье», но сам термин стал означать не столько «благоую» смерть саму по себе, сколько её причинение. Сама эвтаназия делится на активную и пассивную. Включает в себя ряд аспектов: биомедицинский, религиозный, юридический, моральный и другие.

Активная эвтаназия означает внешнее воздействие на умирающего посредством введения лекарственных или иных средств либо другие действия, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти. Пассивная эвтаназия означает внешнее бездействие, заключающееся в прекращении оказания направленной медицинской помощи.

Биомедицинский аспект заключается, прежде всего, в установлении категорий пациентов, по отношению к которым может рассматриваться возможность применения эвтаназии. Среди таковых можно отметить пациентов, биологическая смерть которых неминуема и которые, умирая, испытывают тяжёлые физические страдания. Религиозный аспект, имеющий существенное значение для верующих больных, характеризуется однозначным решением рассматриваемой проблемы

всеми конфессиями: жизнь, как бы тяжела она ни была, даётся человеку свыше, чем и отнимается у человека право искусственно прерывать её. Юридический аспект состоит в необходимости выработки правовой процедуры осуществления эвтаназии в случае, если данный акт будет разрешён законодательством. Наиболее важным вопросом в рамках этой проблемы следует считать необходимость принятия возможного закона об эвтаназии. Моральный аспект рассматривает нравственную оценку эвтаназии и людей, которые в ней участвуют.

Таким образом, эвтаназия является многогранной проблемой, аспекты которой влияют на формирование мнения каждого человека и требующая срочного универсального решения, отсутствие которого увеличивает количество спорных случаев на легкую смерть.

Тихонова О.О.
ХНМУ

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

1. Генетические технологии в конце 20 – начале 21 века прочно вошли в медицинскую практику. В области современных генетических технологий доминирует тенденция к разработке технологий, позволяющих конструировать, видоизменять биологическую природу человека.

2. В настоящее время в области разработки и использования генных технологий существует ряд проблем, вызывающих этические опасения. Это проблема использования генных технологий для улучшения природы человека; проблема доступа различных слоев населения к возможности их использования; проблема генетического скрининга населения и генетической паспортизации населения; проблема сохранения тайны генетической информации; проблема коммерциализации процесса использования генетической информации и генных технологий; проблемы научных исследований в области разработки и совершенствования генных технологий.

3. При генетической диагностике ДНК взрослого человека на первый план выходит проблема сохранения тайны медицинской информации и проблемы использования полученной генетической информации. Возможности, позволяющие получать информацию об имеющихся у человека аномалиях генетического аппарата и связанной с этим вероятности развития того или иного заболевания, ставят вопрос о необходимости и желательности для пациента этой информации.

4. Проблема доступа различных слоев населения к возможности использования генных технологий является частным случаем проблемы социальной справедливости в области современной биомедицины. Общеизвестно существование неравенства различных слоев населения в доступе к новым биотехнологиям, которое определяется преимущественно экономическими и социально-политическими факторами. Известно, чем более наукоемким, технологически сложным и соответственно дорогим по материальным затратам является лечебно-диагностический метод, тем меньшему количеству людей он доступен.

5. Представители религии высказывают различные мнения о приемлемости применения тех или иных генных технологий. На сегодняшний день не существует единственного подхода к этическим аспектам генетических технологий в медицине.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Практическая, повседневная деятельность врачей неразрывно связана с материальным миром, развивающимся по своим объективным законам. Медик, не знающий этих законов, не может ориентироваться в обширном комплексе знаний, имеющих прямое отношение к его профессии. Он не способен надлежащим образом применять эти знания в своей непосредственной деятельности. Наконец, сможет ли он научно разрабатывать отдельные проблемы своей специальности? Нет, как всякому специалисту, без философии врачу не прожить.

Философия и медицина связаны между собой издавна, но неоднозначно. Первая представляет собой наиболее абстрактное, отвлечённое от всех частных знаний; вторая – знание наиболее практичное, безусловным условием которого выступает сохранение жизни и здоровья людей. Философствуют мысленно, в голове. Путь философии от мыслей к поступкам проследить очень трудно. А для медика не меньше, если не больше знаний важны умения применить их к организму данного пациента. В хирургии умелые руки вообще важнее умной головы, а философов всегда интересовал человек, природные и социальные условия его жизни и деятельности, которые во многом и обеспечиваются медициной. Со своей стороны врачи и провизоры в разные исторические эпохи вдохновлялись представлениями и природе, социуме и человеке, которые высказывали философы. Тут возникает тема культурно-исторической связи философии и медицины.

В отдельные периоды развития цивилизации и в отдельных регионах Земли философские системы прямо или косвенно предопределяли статус медицинского знания. Таковы, скажем, врачебные и аптечные традиции Востока. Они с древнейших времён и до сих пор представляют собой какую-то смесь мифологии, философии и медицины. Роскошная и предельно опасная для жизни природа тропических широт Азии и Африки предопределила особенности политического устройства и вообще культуры. Восточная традиция интуиции и фатализма, ощущения случайности и непредсказуемости отдельной жизни предопределили системную заботу о теле, пока оно здорово, и смирение перед всепоглощающей смертью. Восточный человек ощущает себя песчинкой в океане мироздания.

Европейская традиция врачевания на своём старте в античности также пошла по пути, указанному философией, но другой по духу, нежели восточная – мудростью разумной, с опорой на знания и предметные действия по их реализации. «Человек – слуга и хозяин природы» (Френсис Бэкон). Отрицание смерти обусловило борьбу за жизнь до конца и во что бы то ни стало. Жизнь каждого человека на Западе уникальна. Русский смерд или английский йомен приветствовали своего князя или лорда кивком головы, держась за рукоятку ножа или меча. «Даже кошка имеет право смотреть на короля», гласит английская пословица. Не мифологические фантазии, а изучение анатомии и физиологии человеческого организма легло в итоге в основу западной медицины, правда, уже в

Новое время. Хотя за попытки анатомировать трупы католическая инквизиция наказывала слишком любознательных еще в Средние века.

Таким образом, философия разных стран и народов выясняла и обосновывала общие установки соответствующих культур, которые, в свою очередь, так или иначе, определяли идеи и направления, завоевания и пределы той или иной медицинской школы.

Ткачева А.И.

ХНМУ

САМООПРЕДЕЛЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ЗДОРОВЬЯ

Молодежь – это люди в возрасте от 16–31 года. Именно в этом возрасте в жизни каждого человека происходят социально значимые события: получение образования, выбор профессии, начало трудовой деятельности, вступление в брак, рождение детей.

Здоровый образ жизни определяется как способ жизнедеятельности, адекватной потребностям и возможностям человека, осознанно реализуемый им с целью формирования, сохранения и укрепления здоровья, продления рода и достижения активного долголетия. Такие категории как уровень, качество и стиль жизни, в значительной степени определяют здоровье человека. Каждая из категорий имеет свое значение.

Уровень жизни – это уровень благосостояния людей. Он характеризует размер и структуру материальных и духовных потребностей.

Качество жизни – оценка комфортной, качественной стороны жизни человека, включает такие показатели, как социальное положение, удовлетворенность работой, питание.

Стиль жизни – это социально-психологическая категория, которая включает индивидуальные особенности поведения человека, в том числе его мышление, деятельность, проявление жизненной активности.

Студенческий возраст совпадает с периодом идентификации личности, то есть у молодого человека на данном этапе развития может сформироваться представление о себе как о творческой или же «обычной» личности, которая, в свою очередь, будет влиять на возможности ее самореализации, удовлетворенности собой и своей жизни. Немаловажную роль на здоровье студенческой молодежи играет и досуг. Он формирует и развивает личность, способствует самовоспитанию личности, стимулирует творческую инициативу. Молодых людей объединяют массовые праздники, на которых они сходятся по интересам, раскрывают свой нравственный облик, мировоззрение. Жизнедеятельность студентов очень насыщена и строго регламентирована, а потому требует больших затрат физических, психических и интеллектуальных сил. Ведение правильного образа жизни помогает молодежи снять усталость, напряжение.

Таким образом, сохранение и укрепление здоровья – одна из основных задач молодежи и государства, ибо у нездоровой нации нет будущего, а молодежь наше будущее.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Судово-медична експертиза відіграє важливе значення при розслідуванні і судовому розгляді деяких справ, виступає одним із джерел доказів у судовому процесі. Процесуально-організаційні засади її проведення витікають із Закону України «Про судово-медичну експертизу» від 25.02.1994 р., Кримінального процесуального, Цивільного процесуального кодексів України, відомчих інструкцій, правил та положень.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про судово-медичну експертизу» судова експертиза здійснюється експертом на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває у провадженні органів досудового розслідування чи суду. Згідно зі ст. 242 Кримінального процесуального кодексу до обов'язкових причин проведення судово-медичної експертизи належать встановлення причин смерті та встановлення тяжкості і характеру тілесних ушкоджень. Особливо важливим є питання стосовно того, хто має право на проведення судово-медичної експертизи, коли порушуються справи з приводу професійних правопорушень чи злочинів медичних працівників.

У світі немає однозначної позиції стосовно того, на кого має покладатися обов'язок проведення судово-медичної експертизи, хто має право на її здійснення згідно закону. Існує три найбільш поширені моделі. Перша модель – вільна, коли органи слідства чи суд відповідно до закону можуть доручити проведення експертизи будь-якому лікарю. Наступною моделлю побудови судово-медичної експертизи є присяжний тип, якщо слідчі органи чи суд при виборі медичного експерта обмежені особливим списком лікарів (по департаментах), що прийняли присягу, і які затверджені органами влади в якості експертів. Найбільш прогресивним типом судово-медичної експертизи вважається посадова (державна, службова) експертиза, коли майже всі дослідження виконуються фахівцями (судово-медичними експертами), які отримали спеціальну підготовку і займають штатні експертні посади.

В Україні експертиза проводиться експертом за зверненням сторони кримінального провадження або за дорученням слідчого судді чи суду, якщо для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження, необхідні спеціальні знання. Сторона захисту також має право самостійно залучати експертів на договірних умовах для проведення експертизи, у тому числі обов'язкової. Судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи, а також у випадках і на умовах, визначених законом, судові експерти, які не є працівниками зазначених установ.

Проведення судово-експертної діяльності, що пов'язана з проведенням криміналістичних, судово-медичних і судово-психіатричних експертиз може доручатися лише тим експертам, які є працівниками державних спеціалізованих установ. Для проведення деяких видів експертиз, які не здійснюються виключно державними спеціалізованими установами за рішенням особи або органу, що

призначили судову експертизу, можуть залучатись, крім судових експертів, також інші фахівці з відповідних галузей. Таким чином, на законодавчому рівні закріпленні державна та посадова моделі.

На мою думку, коли розслідуються справи стосовно правопорушень чи злочинів, скоєних саме медичними працівниками, повинна діяти лише державна модель, тобто судово-медична експертиза має здійснюватися виключно експертами, які працюють у державних спеціалізованих установах, а не лікарями.

*Фельдман Д.А.
ХНМУ*

ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье человека характеризуется суммой его нескольких составляющих: физической, ментальной и духовной. Духовность – высшее достояние человеческой души, сердце личности. Проявлением духовности человека является его признак духовного здоровья. Если понятие физического здоровья всегда было более-менее понятным, и у каждого есть свое представление о здоровье (или нездоровье) своего организма, то формулировка здоровья духовного вызывает у многих затруднения. Так что же такое духовное здоровье и как оно связано с физическим?

Духовное здоровье человека в первую очередь связано с теми знаниями, которыми он владеет и с помощью которых занимает в жизни определенное место. Система философских взглядов, обеспечивающая человека положительными впечатлениями, и является, по сути, основой духовной жизни человека. Как правило, эти взгляды применимы ко всем областям человеческой жизни и проецируются на все события, происходящие в ней. Какие же принципы духовной жизни человека, проявляясь через психическую сферу, позволяют укреплять физическое здоровье?

Во-первых, это базовый принцип, который гласит, что человек должен видеть смысл в своей жизни. Во-вторых, это важный принцип самосовершенствования. Тот, кто не идет вперед – тот движется назад. Третье правило гласит, что человек должен придерживаться принципа сохранения эмоционального равновесия и оптимистичного взгляда на жизнь и включает в себя правильное воспитание детей. Очень важный принцип – свершения добрых дел. Именно он позволяет человеку видеть свой духовный рост и стремиться к дальнейшему его совершенствованию. Немаловажный принцип разумности человеческих желаний.

Таким образом, индивидуальное здоровье как состояние полного телесного, душевного и духовного благополучия даёт возможность человеку наилучшим образом решать жизненные задачи в целях продолжения рода, оптимальной трудоспособности и социальной активности, максимальной продолжительности жизни. Высший уровень здоровья – духовный – оказывает регулирующее воздействие на нижележащие уровни, которые взаимосвязаны и взаимообусловлены. Отклонения, как в душевном, так и в духовном аспектах здоровья непременно скажутся на образе жизни человека, и тем самым на состоянии телесного здоровья.

НЕКОТОРЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ежегодно отмечается увеличение количества недоношенных детей с малой массой тела. По данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, в 2010 году родилось всего 493346 детей, среди них с массой тела менее 500,0 граммов – 23 ребенка, с массой тела 500,0–999,0 граммов – 1141 ребенок, 1000,0–1499,0 граммов – 2475 детей.

В процессе вынашивания, рождения и выхаживания детей с малой массой тела возникает большое количество вопросов этического характера. Врачам приходится сталкиваться со следующими вопросами: стоит ли проводить интенсивную или реанимационную терапию новорожденным, у которых существует высочайший риск развития физических и умственных недостатков; какова целесообразность реабилитации таких детей с грубыми нарушениями нервной системы; чьи интересы должны быть приоритетными – новорожденного или их родителей.

Насколько этично с позиций социальной справедливости в ущерб другим контингентам больных тратить ограниченные ресурсы здравоохранения на дорогостоящие технологии выхаживания детей с малой массой тела, имеющих сомнительную перспективу будущей полноценной жизни? Эмоциональный накал при обсуждении названных проблем объясняется тем, что они рассматриваются с разных позиций, а сами дискутирующие стороны находятся в неравных условиях. Для лиц, не являющихся медиками и родителями больных детей, рассуждения об этике и морали носят отвлеченный философский характер, для родителей они конкретны и заставляют их принимать определенные решения, для врачей в оценке этих проблем переплетается престиж медицины, уровень собственных профессиональных знаний и возможностей, юридические и этические нормы.

С этической точки зрения каждый ребенок имеет право на жизнь независимо от возраста и сроков рождения. Медики стремятся помочь недоношенному ребенку выжить, а не вершить его судьбу, хотя не исключены и ятрогенные заболевания, и врачебные ошибки. Однако сохранение жизни всем новорожденным без исключения бывает порой неоправданным. Так, выживший ребенок-инвалид является постоянным источником моральных мук, потери здоровья и ресурсов родителей, нередко ведущих к распаду семьи. По этой причине точка зрения другой группы дискутирующих заключается в том, что только жизнь определенного качества представляет собой ценность. Они также считают, что выбор между жизнью и смертью детей с малой массой тела возможен и этичен. Во-первых, потому что новорожденный ребенок не обладает качествами, присущими взрослому человеку, а именно способностью мыслить, рассуждать, выбирать, планировать будущее. Во-вторых, у него отсутствует собственное желание продолжения жизни, ибо он не имеет представления о таком понятии, как «будущая жизнь». В-третьих, самоценность жизни личности вовсе не является основанием для ее сохранения детям с грубыми повреждениями головного мозга, которые не позволяют им стать в дальнейшем разумными существами, пол-

ноценными членами общества. И, наконец, в-четвертых, современные перинатальные технологии очень дороги. Оправданы ли столь большие затраты на проведение интенсивной терапии новорожденным с малой массой тела? Ответ, по-видимому, следует искать в следующей плоскости. Если вероятность рождения другого ребенка у супружеской пары весьма мала, а риск инвалидизации глубоконеодошенного новорожденного минимален, то выгода от проведения неонатальной интенсивной терапии очевидна. С другой стороны, если существует серьезная опасность, что новорожденный станет инвалидом, а у родителей не возникает никаких проблем с будущим зачатием и рождением здорового ребенка, то анализ соотношения затраты – эффективность, вероятно, покажет, что неонатальная интенсивная терапия принесет потери, а не выгоду. И все же центральным этическим вопросом данной проблемы является следующий: кто должен принять решение о сохранении или не сохранении жизни ребенку с малой массой тела. По мнению большинства исследователей, решение о сохранении жизни ребенка должно прежде всего приниматься родителями. Безусловно, рождение такого ребенка может быть сильным ударом для родителей, испытывающих в это время различные сильные эмоции, но обсуждение фактического состояния новорожденного на доступном родителям языке способствует принятию ими обоснованных и осмысленных решений. Однако есть и другое мнение: трудный выбор не может быть полностью передан в руки родителей, тем более, если неонатолог полагает, что они не заинтересованы в младенце. В этом случае врач либо убеждает их, либо лечит ребенка без данного на то согласия, либо подает прошение в суд о лишении родительских прав. И все же возникшие проблемы лучше решать индивидуально в каждом конкретном случае с привлечением и медиков, и родителей. Частые продолжительные беседы с родителями помогают врачу не только разработать план действий, но и создать фундамент взаимного доверия, а также разобраться в относительной значимости ценностей, вступающих в противоречие друг с другом.

Все вышеизложенное может свидетельствовать о том, что при решении любых вопросов в центре внимания должны быть два положения: о неприкосновенности человеческой жизни и о той ответственности, которую несут все лица, принимающие участие в судьбе женщины и новорожденного ребенка.

Фоміна Л.В., Дягілев С.М.
ХНМУ

СХИЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ ДО ПСИХІЧНОЇ ПРИГНІЧЕНОСТІ

Згідно з американськими вченими, студенти-медики частіше за інших стикаються психічною пригніченістю. Найсумнішим є те, що вони вважають цей стан непритаманним для лікаря. Узагалі студенти більше, ніж інші люди, схильні до депресії та інших психічних проблем, і тому протягом навчання їх психічне здоров'я погіршується. Напружений темп життя та навчання, підвищені вимоги призводять до виникнення стресу. Це може бути причиною вживання психоактивних речовин.

Згідно з дослідженнями, які були проведені в Мічиганському університеті (США), частота поширеності суїцидальних думок була на першому місці. Анкетування проводилося серед усіх студентів, які перебували в стані депресії або

ні. Результати показали що, майже 15% мають тяжку депресію, і більшість з них дівчата. З них 5% хоча б раз думали про суїцид, студенти 1-го та 2-го курсу думали про це менше, ніж 3-го та 4-го курсу. Студенти схильні до депресій вважали, що не слід розповідати іншим про свій психічний стан через страх, бо інші люди, дізнавшись про це, не будуть урахувувати їхню думку.

Хлопці, частіше ніж дівчата, вважають, що лікар у стані депресії може лише зашкодити пацієнтові. Це дослідження показало, що студенти молодших курсів не звертаються по допомогу, бо звернувшись, відчують себе менш цінними для суспільства. Студенти з більш тяжкою формою зовсім не схильні звертатися по допомогу.

Одному з найбільш сучасних учених в галузі графологічного вчення І. Гольдбергу здалося цікавим проаналізувати можливості графології. Він провів дослідження, де було стандартне завдання – написати «Лист до друга». Дослідження проводилося серед студентів 1-го курсу. Проаналізувавши почерки декількох студентів, результати розбили на показники порівняння, далі піддослідні у вигляді тесту зазначали особливості свого характеру. Дані порівняли з показниками, які отримали при аналізі почерку та тестів. При складанні характеристик більш, ніж у половини, виявлено помірно широку верхню зону. Це свідчить про схильність особистості до духовних та інтелектуальних сфер. Схильність до суїциду була виявлена в найменшій частини людей. І. Гольдберг вважає, що метод графології може використовуватися в комплексі з іншими методиками, які спрямовані на оцінку психічного стану в студентів. Графологічний метод є інформативним у плані обстеження студентів, оскільки він дає суб'єктивну оцінку власного стану і практично діє як проєктивна методика.

Студенти-медики турбуються про те, що депресія може перешкодити їм отримати певний статус або негативно позначитися на навчанні.

Отже, результати досліджень свідчать про те, що студентам-медикам необхідно пояснювати, що депресія – не привід для сорому. Також варто підвищити профілактику, діагностику й лікування депресії. Майбутній лікар повинен уміти зберігати й підтримувати своє психічне та емоційне здоров'я, а також знати, як поводитися з одногрупниками, які знаходяться в стані психічного захворювання.

Література

1. И. Гольдберг. Психология почерку. – М., 2008.
2. В. Надеждина. Психология почерку. – М., 2009
3. Thomas L. Schwenk. Студенти-медики приховують депресію / Мічиганський університет (США), 2009.

*Фоміна Л.В., Кулікова І.І.
ХНМУ*

ФОРМУВАННЯ ДУХОВНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СЕРЕДОВИЩА ЛЮДИНИ

Процес формування духовного суспільства передбачає вирішення питання щодо виховання особистості, яка здатна активно пізнавати довкілля, впливати на нього, творити його. У силу цього особлива увага на заняттях з курсу «Осно-

ви психології та педагогіки» концентрується на вивченні та формуванні образу людини.

Образ людини – одна з найбільш важливих проблем у філософії, психології, педагогіці. Він зосереджує увагу на проблемах особистості, її психологічних векторів, екзистенційних станів, усвідомлення відповідальності за творення себе й навколишнього світу. Внутрішній світ людини не лише проявляється безпосередньо в поведінці, але й включає в себе багатство думок, образів, почуттів, бажань, що притаманні людині, яка переживає й виступає єдиним джерелом знань про них. Важливе місце також посідають соціально-психологічні аспекти. Не дивлячись на те, що людина створена природою, але творить людину суспільство. Людина більшою мірою формує духовне та психологічне середовище, у якому вона живе. Уявлення про саму себе, яке складається в результаті самосприйняття й самооцінки, виконує також функцію побудови стратегій поведінки в діяльності й розвитку. Таким чином, має здатність впливати на власну духовність.

Життя сучасної людини дуже активне, воно насичене постійно подіями, які накладають свій відбиток на життя молодого людини. Молода ж людина, а особливо студент 1-го курсу, не завжди чітко уявляє собі студентське життя. Студент інколи може впасти в крайнощі, або дуже старанно підходити до кожного виду діяльності в університеті чи, навпаки, сподівається, що він усе зможе підготувати, але лише напередодні модульних контролів із дисциплін. І в першому, і в другому випадку таке ставлення до навчання може призвести до порушення психологічного балансу здоров'я молодого людини, яка не завжди може чітко диференціювати навчання та відпочинок. Згідно з дослідженнями найважливішим фактором розвитку молодого людини є формування не лише всебічно розвиненої особистості, але й соціалізація її з позиції духовного та суспільного життя. Не слід забувати й про протиріччя, які, на жаль, часто можна зустріти в молодих людей. Вони викликані процесами дегуманізації, зневірою, економічною нестабільністю.

Великий вплив на студента мають своєрідності поведінки інших студентів, їх уміння управляти своїми емоціями та вибором. Слід наголосити, що емоційно-чуттєва сфера досягається засвоєнням естетичного досвіду людства та його подальшим розвитком як засобом власного самовизначення.

Необхідно наголосити на тому, що адаптація студента співвідносна з процесом соціалізації. Саме шляхом адаптації в процесі соціалізації формуються найбільш цінні ознаки та риси студента, котрі дають можливість правильно навчатися, відпочивати та врешті-решт жити.

Отже, соціально-психологічні аспекти є важливою складовою формування не лише світоглядних позицій студента, але і його здорового способу життя.

*Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Сіняєва І.Р.
ХНМУ*

РЕЗУЛЬТАТИ МІЖНАРОДНОГО СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ «ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКОВІ ОРІЄНТАЦІЇ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ»

Україна є учасником міжнародного дослідницького проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді», результати якого були опубліковані у 2011 році. Протягом 2002–2010 рр. проведено анкетування 5267 осіб 6535

10343 особи за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. Аналіз результатів свідчить про недотримання здорового способу життя значної частини учнівської молоді України, визначальні складові якого можна охарактеризувати так: спілкування в сімейному колі зводиться до спільного прийняття їжі і перегляду телепередач; з дорослішанням погіршуються самооцінки молоддю власного здоров'я; найгірше оцінюють стан свого здоров'я вихованці ПТНЗ; дівчата скаржаться на погане самопочуття частіше за хлопців; найчастіше респонденти скаржаться на роздратованість (59%), поганий настрій (50%) і головний біль (41%).

Незважаючи на те, що порівняно з опитуванням 2006 р. рівень обізнаності стосовно дотримання режиму харчування серед молоді дещо виріс (на 7%), знання молоді й розуміння наслідків нездорового харчування є недостатніми, що створює небезпеку виникнення зумовлених цим хвороб. Так само недостатня обізнаність спостерігається й щодо впливу на здоров'я та якість життя раціонального харчування (залишається популярним намагання створити «ідеальну» фігуру шляхом некритичного застосування модних дієт або відмови від прийомів їжі); з дорослішанням знижується фізична активність, особливо серед дівчат (у них фізична активність в усіх вікових групах нижча в 1,5–2,5 рази, ніж у хлопців); молодь віддає перевагу пасивним формам дозвілля (перегляд телепрограм, користування комп'ютером).

Ці тенденції залишаються незмінними протягом останніх 4 років. Так, у молодіжному середовищі психологічне та фізичне насильство залишається поширеним явищем. Дещо зменшилася частина молоді, яка курить, але значна частина молоді практикує ранній початок куріння (зокрема серед дівчат вік початку куріння зменшився з 14 до 13 років). Найчастіше перші спроби вживання алкоголю відбуваються у віці 13–14 років; 15% респондентів спробували алкоголь ще у віці 11 років. Незмінним протягом останніх 4 років залишається показник досвіду вживання наркотиків серед підлітків віком 15–17 років (16% проти 15,7% у 2006 р.). Більше 40% 15–17-річних мають досвід статевого життя, вік початку якого останніми роками зменшився (7–15% підлітків мали статеві стосунки у віці до 15 років). Підліткова вагітність та аборти переважно спричинені низьким рівнем знань і навичок про методи контрацепції. Лише менше 12% опитаних правильно визначили всі шляхи передачі ВІЛ. Внаслідок досить низької поінформованості більшість учнівської молоді не усвідомлює загрози (52% зазначили, що ВІЛ/СНІД їм не загрожує).

Проте, більшість навчальних закладів не забезпечені медичними працівниками на достатньому рівні, а в сільській місцевості спостерігається майже катастрофічний брак персоналу. До того ж у тих закладах, які забезпечені медичними працівниками, спостерігається низький рівень довіри підлітків до збереження медичними працівниками конфіденційності звернень. Узагалі нинішній спосіб життя учнівської молоді може негативно впливати на стан здоров'я як під час навчання, так і в дорослому житті. Ситуація стає загрозливою з погляду виховання здорового покоління, простежується нагальна потреба в зміні підходів до формування здорового способу життя учнівської молоді.

Вочевидь, слід переглянути традиційну практику діяльності, посилити міжгалузеве багаторівневу співпрацю, сконцентрувати ресурси (зокрема кадрові,

фінансовій матеріально-технічній) на розв'язанні найгостріших проблем, маючи на увазі, що цілеспрямована ідеологія формування здорового способу життя учнівської молоді має бути покладена в основу комплексної та системної роботи органів державної влади і місцевого самоврядування, громадських організацій, сім'ї та інших соціальних інститутів. Таке об'єднання зусиль потребує єдиної державної політики зі створення системи формування здорового способу життя молоді. Ця система має складатися з нормативно-правової бази, відповідальних державних структур, об'єднання громадян на всіх рівнях, механізму координації зусиль усіх учасників роботи з формування здорового способу життя підрастаючого покоління.

Фролова Т.В., Оханкіна О.В., Терещенкова І.І.
ХНМУ

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Чутливість дитячого організму до дії різноманітних чинників обумовлює пластичність усіх фізіологічних та патологічних процесів, що відбуваються в організмі дитини. Тобто стан здоров'я у дитячому віці має пряму залежність від впливу соціальних, економічних, екологічних та інших екзо- та ендогенних факторів.

З метою визначення факторів, що мають найбільший вплив на формування здоров'я дитячої популяції Харківського регіону проведено 10-річний моніторинг стану здоров'я 2700 дітей шкільного віку.

Результати проведеного моніторингу свідчать, що за останні роки рівень хронічної соматичної патології серед дітей регіону збільшився в середньому на 14,5%, поширеність остеопенічного синдрому – на 25,5% та порушень фібриллогенезу – на 28,9%.

Аналіз складових здоров'я дітей показав, що значні зміни відбуваються з боку мінерального профілю. Так, у 2004 р. практично 95% дітей мали мінеральний дисбаланс за рахунок порушення кальцієвого обміну та незначне накопичення умовно-токсичних елементів, тоді як у 2012 р. цей дисбаланс характеризується зниженням головних есенціальних елементів (кальцію, магнію, цинку та калію) на тлі підвищення рівнів стронцію, алюмінію, хрому та свинцю. Це віддзеркалює екологічне становище регіону в цілому: за даними офіційної статистики у 2012 р. викид шкідливих речовин в атмосферу склав 356 тис. тон - забруднюють повітря 1200 підприємств і більш ніж 500 тис. одиниць автотранспорту.

За останні роки відбувається негативна динаміка з боку рівня фізичного розвитку. У 2004–05 рр. 43% школярів мали середній рівень фізичного розвитку, тоді як у 2011–12 рр. – лише 32,6% дітей відповідного віку та статі. При цьому на 17,5% збільшилася кількість дітей з підвищеною масою тіла або ожирінням.

Аналіз моніторингу фактичного харчування дітей нашого регіону виявив негативну динаміку: кількість дітей, які не мають у своєму раціоні молока та молочних продуктів збільшилась в середньому на 17%, при цьому така ситуація характерна не тільки для дітей, які мешкають у місті, але й мешканців сільських районів (даний показник збільшився більш ніж на 7%). Слід звернути увагу, що

із загальної кількості дітей, тільки 1,5% мають медичні протипоказання щодо вживання молочних продуктів, зокрема непереносимість або алергічну реакцію. З іншої сторони дані продукти за негативними соціальними або економічними умовами, які склалися в окремих родинах не можуть бути присутні у харчовому кошику сім'ї. Окрім того, більш ніж на 23% збільшилась кількість дітей, не залежно від місця їх проживання, які не мають щоденно у своєму раціоні свіжих фруктів і/або овочів. У 2 рази збільшилась кількість дітей, які мешкають у сільських районах, але вживають м'ясні продукти тільки 1 раз на тиждень.

Занепокоєння батьків, вчителів, і безумовно лікарів-педіатрів викликає значний зріст шкідливих звичок серед дітей та підлітків. Так, поширеність тютюнопаління серед сучасних школярів на сьогоднішній день складає приблизно 37%, що у 1,2 рази більше ніж у попередні роки. Вживання алкогольних напоїв серед підлітків збільшилось на 25%, причому збільшилась також частота вживання та міцність напоїв, яким віддають перевагу наші діти.

Таким чином, не викликає сумнівів, що несприятливий стан навколишнього середовища та погіршення соціально-економічних умов життя мають суттєвий негативний вплив щодо формування здоров'я школярів Харківського регіону. Усе вищезазначене потребує додаткової уваги не тільки лікарів-педіатрів та сімейних лікарів в умовах реформування первинної ланки медичної допомоги але й вирішення питання щодо розробки обґрунтованих профілактичних заходів на рівні країни в цілому.

*Чаленко Н.М., Копотєва Н.В.
ХНМУ*

РОЛЬ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ І ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗМІЦНЕННІ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Проблема збереження і зміцнення здоров'я населення, особливо молоді, залишається однією з найбільш актуальних для держави [1–3]. Особливого значення проблема здоров'я студентської молоді набуває у сучасному суспільстві, коли до людини висувуються підвищені вимоги завдяки прискоренню загального темпу життя, дії наслідків соціально-економічних та екологічних катастроф, постійним інформаційним та психоемоційним навантаженням, тобто сучасна людина протягом всього свого життя постійно зустрічається з різними стресогенними факторами, знаходиться під їх впливом та сплачує значну «ціну» за існування у таких умовах.

Загальноновизнаним є знання про те, що є найбільш уразливим для дії будь-яких негативних чинників на організм людини, як на соматичному, так і на психічному рівнях [4–7]. Студентська молодь, безсумнівно, належить до таких «груп ризику», де всі ті перевантаження та вимоги, що зазнає людина у сучасному житті, є найбільш різноманітними, бо визначаються наявністю додаткових стресогенних факторів, таких як вступ у нові міжособистісні стосунки, набуття нових соціальних ролей, необхідність соціальної адаптації, особистісного та професійного самовизначення тощо.

Студенти – це майбутня еліта суспільства, його розумовий потенціал, майбутні творці матеріальних і духовних надбань країни, а в теперішній час – це обличчя нації, її краса, енергія, активність, творчість. Крім того, студенти – це

майбутні батьки й матері, і тому вони мають нести потенціал здоров'я майбутніх поколінь, тому збереження і поліпшення здоров'я студентської молоді є найважливішим завданням сучасності. Стан здоров'я студентської молоді пов'язаний з рядом факторів, серед яких погіршення стану екологічного середовища, збільшення різноманітних залежностей (паління, алкоголю, наркоманії, ігроманії, інтернет-залежності). Ці чинники в свою чергу сприяють гіподинамії, виникненню сколіозу, погіршенню зору, підвищення розумових та психічних навантажень, зменшення фізичної активності, появи нових інфекційних захворювань, зменшенню вольового контролю поведінки. Вирішення цих проблем пов'язане, в першу чергу, із підвищенням свідомого відношення студентської молоді до свого здоров'я.

Організм людини у ході еволюційного розвитку запрограмований природою для руху, причому активна рухова діяльність необхідна з раннього дитинства до глибокої старості. Сама людина, всі її органи й системи тисячоріччями формувалися в результаті руху. Однак за останні сто років умови життя людини кардинально змінилися. Технічний прогрес призводить до того, що фізичні зусилля, які людина повинна вкладати у трудову діяльність, зараз на 90% виконуються машинами. Нині втрачає свої позиції і такий природний спосіб пересування людини, як ходьба. Ходьба є самим простим видом фізичного навантаження, але не варто недооцінювати її значення. Ходьба, прогулянки є природними видами рухів, у яких бере участь більшість м'язів нашого організму, що досить сприятливо впливає на багато фізіологічних функцій, зокрема на обмін речовин. Зручність ходьби полягає в тому, що її навантаження людина може легко регулювати відповідно до своїх сил і можливостей, змінюючи відстань, профіль місцевості, тривалість і темп руху, довжину кроку. Цей вид фізичного тренування є відмінним засобом профілактики серцево-судинних захворювань і загального оздоровлення. Найбільш корисна ходьба дозована, що передбачає поступове збільшення навантаження й підвищення темпу. Тривалість перших тренувань не повинна перевищувати 8–10 хв, надто високий темп брати відразу не треба, щоб не порушити ритм дихання.

Рухова діяльність у формі фізичних вправ дозволяє ефективно формувати необхідні вміння й навички, фізичні здібності, оптимізувати тренувальний процес, поліпшити стан здоров'я, підвищити працездатність. Активне використання студентами різноманітних фізичних вправ сприяє поліпшенню фізичного стану і підвищенню рівня фізичної підготовки, показників фізичного здоров'я. Роль рухової активності в зміцненні здоров'я правомірно розглядати як прагнення особистості до гармонійного розвитку за допомогою обраного виду спорту або фізкультурно-спортивної діяльності. Рухова активність проявляється у використанні в повсякденному житті різних засобів фізичної культури і спорту. У зв'язку з тим, що спорт вищих досягнень носить професійний характер, основна увага в навчальних закладах повинна приділятися оздоровчій фізичній культурі з урахуванням особистості студента.

Фізична культура особистості проявляється в трьох основних напрямках. Перший визначає здатність особистості до саморозвитку, відображає спрямованість особистості «на себе», що обумовлено її соціальним і духовним досвідом, забезпечує її прагнення до творчого самовдосконалення. Другий напрям: фізи-

чна культура є основою самодіяльного, ініціативного самовираження майбутнього фахівця, проявом його творчості у використанні засобів фізичної культури, спрямованих на предмет і процес його професійної праці. Третій: фізична культура відображає творчість особистості, спрямовану на відносини, що виникають в процесі фізкультурно-оздоровчої, суспільної та професійної діяльності, тобто спрямованість «на інших» [8].

Студентам вищих медичних навчальних закладів добре відомо, що за допомогою підібраних і організованих заходів з використанням фізичних вправ з різних видів спорту, раціонального харчування, режиму праці й відпочинку можна змінювати й поліпшувати показники фізичного розвитку та функціональної підготовленості організму. Саме тому оздоровча фізична культура широко використовується для зміцнення здоров'я, фізичного розвитку, підвищення енергопотенціалу людини, вона є важливим засобом всебічного та гармонійного розвитку особистості. Звідси зростає значення фізичної культури в структурі освітньої і професійної підготовки студентів. Фізична культура виступає не тільки в ролі навчальної дисципліни, але і як засіб спрямованого розвитку цілісності особистості, здатної виробляти шляхи збереження і зміцнення здоров'я.

Отже грамотно організовані рухова активність і фізична культура впливають на психологічне і фізичне здоров'я студентської молоді, на успішність діяльності, формування особистості і стиль життя в цілому. Тому на сучасному етапі розвитку нашого суспільства дослідження, які присвячені пошуку стратегій психологічної та соціальної підтримки студентів, створення умов збереження фізичного, психічного і морального здоров'я студентської молоді, набувають безперечної актуальності та соціальної значущості.

Література

1. Національна доктрина розвитку освіти в Україні у XXI столітті. – Освіта України, 2002.
2. Конституція України, 1996.
3. «Основи законодавства України про охорону здоров'я», 1992.
4. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Прогресс, 2003. – С. 409–421.
5. Виноградова В. Проблемы социализации студенческой молодежи // Социальная психология: спец.выпуск. – 2007. – С. 150–151.
6. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.
7. Максименко С.Д. Генетична психологія. – М.: Реал-бук; К.: Ваклер, 2000. – 320 с.
8. Астахов В.М., Бацилева О.В. До питання про вивчення особливостей психологічної складової здоров'я: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України; за ред. Максименка С.Д. – Т. VII. – Вип. 2. – К., 2005. – С. 13–18.

**CHILD'S RIGHT TO HEALTH IS ONE OF THE MOST IMPORTANT
LEGAL MECHANISMS FOR PRESERVATION
OF UKRAINIAN GENE POOL**

Children's rights to health used to be among the most important groups of human rights that has its manifestation in legislation and political agenda of many countries. Ukraine is not an exception in this area: there is the P.1 Art.49 of the Constitution of Ukraine about the «right to health protection, medical care and medical insurance» for everyone. Also there is a declaration of «recognition by Political Parties of the rights of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health» in article 4 of Childhood Protection Law of Ukraine and in article 24 of the Convention on the Rights of the Child, and in many other legislative acts.

But in practice not all legally fixed children's rights to health have been implemented. There are two stages of implementation of rights, through which they must pass: (1) So called theoretical one: id est legislative fixation. (2) The second stage is practical, id est implementation itself. It has some peculiarities concerning child's rights and two components: implementation by the state and implementation by the family. In consideration of problematical character of the second stage, only implementation by the government will be described in this paper.

Because of the lack of required space in this paper, there is about the present-day situation in the field of child's right to health shortly. Ukrainian and foreign government officials ascertain a fact of neonatal and infant mortality; children and young people succumb to illnesses, neglect, accidents and assaults that did not have to happen. A sound start embraces sound nutrition, healthcare, a hygienic home and community environment, and care, play and stimulation. Millions are still denied these rights. Yuriy Oleksiiiovych Pavlenko during the briefing said, that the child's right to health is often violated in Ukraine. And this is evident not only through appeals, but also through the inspections. In a rather difficult position are now many children's hospitals of the country. «A number of hospitals have the considerable shortcomings, especially with logistical support», – he said. The problem is in a partial provision of medicines, obsolete equipment, furniture etc. Thus, even the high professionalism of medical staff is amounted to nothing because of low logistical support.

Also the situation with children's oncology diseases is rather complex. In this sphere there are problems with not sufficient medical provision, the absence of the domestic transplantation methods etc. In addition there is no free access to medical treatment abroad. Concerning the HIV-positive children or children with HIV-positive parents there are a lot of unsettled questions. Thus, in Ukraine HIV-positive mother is not advised to breast-feed; at the same time there are problems with under-delivery of surrogate breast-milk. The NGOs point that the rights of HIV-positive children are constantly violated in health care institutions. Furthermore, child's right to health doesn't confined itself to medical treatment, it's components are such rights as the right to safe environment, nutrition etc. But now being 13 years into the 21st century these problems are more fundamental and hard to solve. To sum up, that there

are numerous articles in the CRC that promote the children's right to health; this right is fixed legally; many researchers all over the world work in this field. Although Ukrainian legislation in the mentioned area remains declarative; moreover, not all children's rights as defined by the mentioned Convention are legally guaranteed. The state lacks a systems approach to ensuring that the opinion of children is taken into account at all levels of society. The principle of the best interests of the child as the basis of public policy holds only on the field of child protection and regulation of family relations. The government policy tends to combat discrimination of vulnerable and marginalized groups, particularly in access to education and healthcare.

Research adviser: Sergey Yurievich Lukash, PhD, Associate Professor. Department of Constitutional Law of Ukraine, National University «Yaroslav the Wise Law Academy of Ukraine».

*Шевченко О.С., Бутков Д.А.
ХНМУ*

СЕМЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Эпиграфом к нашей работе послужило утверждение К. Роджерса: «люди с проблемами в эмоциональной сфере не являются «психическими больными», большинству людей просто нужна безопасная обстановка, в которой они могли бы проработать свои проблемы» [1]. Автор имел в виду индивидуальную психотерапию. Мы в своей работе попытались раскрыть влияние на процесс лечения больных туберкулезом их позитивно настроенного семейного окружения.

Семейные психологи обращают внимание на то, что с ростом числа семейных конфликтов (и других особенностей современной семьи, в том числе, сверхзанятостью) – увеличивается количество людей, нуждающихся в эмоциональной поддержке, в профессиональной психологической помощи. «Молодеют» многие болезни, в том числе и туберкулез. Достаточно часто при анализе жалоб у больных туберкулезом мы слышим такие слова, как: «печаль», «тоска», «ослабление или отсутствие интереса», «уход от контактов»; «торможение» – как описание стабильного состояния. Это свидетельствует о том, что больной туберкулезом изменился, стал другим, независимо от данной нозологии. Несмотря на то, что больные туберкулезом часто недостаточно четко и подробно рассказывают о своих переживаниях, тема скуки проходит почти во всех исповедях на консультации у фтизиатра, особенно у стационарных больных, и является одним из тревожных признаков депрессии у данного контингента больных.

Практика подтверждает правоту Хеллингера [2], утверждающего, что «психозом страдает не отдельный человек. Это недуг семейной системы». Помощь необходима всем: и больному, и его семье, поскольку туберкулез, является не только инфекционной опасностью, но и психологической. Здесь выступают на первый план переживания самого больного туберкулезом о возможности заражения им членов своей семьи, о его дальнейшей жизни с этим заболеванием и даже после выздоровления, об отношении к нему семьи и близких друзей. Кроме того, попав в лечебное учреждение, в обстановку постоянного общения с больными туберкулезом, пациенты зачастую теряют веру в собственное выздоровление, что может влиять на эффективность их лечения. Хеллингер утвер-

ждает, что при депрессии человек отвергает семью; движение друг к другу прервано и возникает сильнейшая душевная боль [3]. Состояние эмоционального напряжения, чувство страха, отчаяния, гнева возникает вследствие невозможности немедленного устранения напряжения потребности или несоответствия способов удовлетворения, которое возникает у больных туберкулезом при осознании ими диагноза туберкулеза и длительного, иногда, многолетнего лечения. По Э. Эриксону [4] и Хорни базовая вера и надежда порождаются заботой и любовью, прежде всего семьи и близких людей.

Философ И.А. Ильин считает, что «добрая семья дарит человеку два священных первообраза, в живом общении с которыми растет его душа, и крепнет его дух: первообраз чистых самых близких людей, несущих любовь, милость и защиту» [5]. Эти образы философ называет источниками духовной любви и духовной веры человека. Классическое взаимодействие и безусловная любовь к больному туберкулезом является решающим в определении состояния его духовного и физического здоровья.

Таким образом, необходимость проведения профилактической психологической работы с больными туберкулеза не только психологов, а и их семей, близких людей и лечащих врачей приведет к возможному быстрейшему выздоровлению больного туберкулезом.

Литература

1. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
2. Хеллингер Б. Порядки помощи. – М., 2011. – 242 с.
3. Фанти С. Микropsихоанализ. – М., 1997. – 61 с.
4. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб., 1996. – 592 с.
5. Ильин И.А. Путь к очевидности. – М., 1993. – 59 с.

Шептунова А.

Национальный фармацевтический университет

НАРКОТИКИ: НОВЫЙ АЛГОРИТМ

Во все века людей тянуло к таинственному, непознанному, запредельному. Философские концепции пытались объяснить место человека в этом мире, смысл земного существования, пытались приоткрыть завесу над тем феноменальным понятием, известным нам как сознание. Что есть сознание? Как оно формируется? Имеет ли какую-то физическую, материальную природу или полностью скрыто в сфере духовного?

Различные ученые, философы, писатели давали свою оценку того, что такое сознание, выдвигали собственные идеи. Современные исследователи дают наиболее обширное определение. Сознание – форма отражения объективной действительности в психике человека, характеризующаяся тем, что в качестве опосредствующего, промежуточного фактора выступают элементы общественно-исторической практики, позволяющие строить объективные (общепринятые) картины мира. Но, кроме того, вставал логический и закономерный вопрос: «А можно ли каким-то образом изменить это повседневное, обычное состояние сознания?»

Среди множества известных на сегодняшний день способов изменения сознания, самым древним и широко доступным нашим предкам методом было использование растений, обладающих свойствами субъективно изменять в сознании окружающую действительность. Следует обратиться к системе верований и традиций, лежащих в основе языческого миропредставления наших предков – шаманизму. Для вхождения в магический транс шаману требовалось не большое количество алкоголя или наркотического вещества. Николай Сперанский в своей книге «Дар шаманизма – дар волхования» пишет по этому поводу: «От наркотического средства в шаманизме требуется не поставка видений, а раскрепощение сознания. Видение духов происходит не потому, что их предоставил галлюциноген, а потому, что их находит самосознание, лишь подготовленное галлюциногеном». В медицинских кругах известно о проведенном в 70-х годах прошлого века исследовании группы ученых под руководством Станислава Грофа о влиянии таких наркотических веществ, как ЛСД и ДПТ на психические процессы умирающих. Было выдвинуто предположение о положительном влиянии психоделической терапии с применением малых доз ПАВ. И гипотеза более чем оправдала свои ожидания. Исследователи психоделики Тимоти Лири и Ричард Олперт разработали план программы под названием «Гарвардская программа научных исследований психоделических веществ», в рамках которой проводились эксперименты с добровольцами из числа заключенных. 90% заключенных, прошедших психоделические сеансы, отметили произошедшую глубокую переоценку ценностей и личностную трансформацию, а впоследствии вернулись к нормальной жизни и не совершали повторных преступлений. На сегодняшний день наркотики запрещены практически во всех странах и такая позиция является единственно правильной для современного общества. Однако стоит заметить, что само вещество, как бы оно ни называлось, не может быть ни хорошим, ни плохим. Это просто вещество, обладающее определенными физико-химическими свойствами, специфически воздействующее на организм. И лишь в умелых руках оно становится лекарством, а в неумелых – ядом.

Шульга М.С.

Ієрей, настоятель Пантелеймоновського храма

ПАСТИРСЬКА ОПІКА ХВОРИХ У ЛІКАРНІ

Піклування про вічне спасіння хворих є одна з найважливіших і важких обов'язків священницького звання. Піклування про хворих Господь наш Ісус Христос відносить як до себе самого: «був хворий і ви відвідали мене». (Мф. XXVI, 36) Спаситель показав нам досконалий зразок і дав ясне веління відвідувати хворих на «вздоровлюючи всяку недугу і всяку неміч між людьми». (Мф. IV, 23) Посилаючи апостолів на проповідь, Він наказав: «зцілите недужні іже суть у ньому: приблизися на ви Царство Боже». (Лк. XIX, 2; X, 9) І, підносячись на небо дав їм обітницю: «на недужі руки покладуть і здоров'ї будуть». (Мф. XIV, 18) Так чинили Його учні. Священик не може ніде висловити більш любові, придбати собі більше поваги і довіреності, як при ліжку хворого. Піклуючись про хворих священник поспешествує мети Божої, і виконує святий обов'язок бути співробітником Божого. (1 Кор. III, 9).

Медицина, констатуючи хвороби, ставить за мету позбавити людину від впливу всієї сукупності несприятливих факторів, що викликають розвиток того чи іншого захворювання. Якщо захворювання вже наступило, діяльність медицини спрямовується на попередження руйнівних змін в організмі і на припинення розвитку захворювання.

Православно-пастирський підхід передбачає відновлення первісної гармонії при верховенстві духу над душею і тілом в єднанні з Богом, обоження. Це підносить людину над природною необхідністю, тоді хвороба і смерть втрачають свою колишню силу. Господь наш Ісус Христос не тільки вказав нам до цього шлях, а й дав благодатну поміч у встановлених Їм Таїнствах Церкви. Згідно з ученням Церкви, хоча хвороба в якійсь мірі і включається до домобудівництва нашого спасіння, але вона – зло, яке підлягає остаточному знищенню.

Пастир твердо повинен знати мету, яка лежить в основі душі опікування про хворих, мета ця збігається з метою християнського життя взагалі, – єднання з Богом, та набуток Св. Духа. Ті, що йдуть цим шляхом перемагають хворобу і смерть.

І допомога Божа буде сприяти пастирю в реалізації цієї мети, важливо тільки, щоб він сам несвідомо не відкидав її, сподіваючись тільки на свою обмежену ерудицію. Пастир та хворі побачать і цілющу силу Таїнств, і високий духовний підйом у хворих, і гідне, у спокої і мирі, прийняття смерті.

Весь цей досвід в кінцевому підсумку буде мати неминуще значення як для хворого так і для самого пастиря, так як і йому доведеться пройти тим же шляхом хвороби і смерті, яким проходить кожна людина.

*Шутова Н.А., Исмаилов Р.И.
ХНМУ*

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ОБЛАСТИ БИОМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Любая биотехнология, полученная в результате совместной работы молекулярных генетиков, биологов, биохимиков, эмбриологов, фармацевтов и специалистов прикладных дисциплин, в широком понимании, направлена на улучшение жизнедеятельности человека, а это значит, что не зависимо от области ее применения, ее результат, прямо или косвенно, оказывает свое влияние на здоровье человека.

Конец прошлого и начало нынешнего столетия ознаменованы высоким технологическим прогрессом особенно в области молекулярной биологии и генной инженерии. Важнейшим достижением прошлого века являются стволовые клетки, использование которых помогло ученым подойти к разработке путей создания искусственных органов, получать новые вещества, специфически влияющие на органы-мишени. В настоящее время интенсивно растет количество таких успешно применяемых в медицине биотехнологических продуктов, как рекомбинантные белки, вторичные метаболиты микроорганизмов и растений, а также полусинтетических лекарственных агентов, являющихся продуктами одновременно био- и оргсинтеза. Новым направлением в медицине является использование ферментных препаратов типа «контейнер». Ярким приме-

ром, являются микрокапсулы, где фермент, находящийся внутри оболочки, не контактирует с жидкостями и тканями организма, не разрушается протеиназами, не вызывает иммунного ответа организма. Основное достоинство микрокапсул заключается в том, что их можно имплантировать в нужное место, например в непосредственной близости от опухоли.

На сегодняшний день наиболее перспективными и реальными инновационными биомедицинскими и фармакологическими технологиями являются клеточные технологии: Tissue engineering Product, генные терапевтические методы и средства, соматические клеточные препараты, биотехнологические лекарственные средства, нанотехнологии. Следует также ожидать выхода на фармрынок новой категории лекарственных средств – биосимиляров – аналогов оригинальных биотехнологических лекарственных средств. Ожидается, что введение в медицинскую практику биосимиляров резко снизит затраты здравоохранения на биотехнологические ЛС, сделает их доступными для широких слоев населения.

Однако осторожность, с которой необходимо внедрять все новое, говорит сама за себя. Если еще совсем недавно человечество радовалось своей уникальной находке – антибактериальным препаратам, помогающим в борьбе со сложными заболеваниями (производство антибиотиков исчисляется тысячами тонн, протокол лечения инфекционной и хирургической патологии обязательно включает антибиотики), сегодня можно утверждать, что радость эта обманчива – излечивая одни болезни, человечество своими же руками продуцирует появления новых. Например, блеомицин – противоопухолевое вещество микробного происхождения, с одной стороны действует на опухолевую клетку, разрывая ДНК и нарушая репликацию ДНК и РНК, с другой является потенциально опасным для сердечной деятельности. Известно, что антибиотики нарушают микрофлору желудочно-кишечного тракта, вызывают осложнения в функционировании почек и печени, подавляют работу иммунной системы. Благодаря антибиотикам мы познакомились с такими заболеваниями, как аллергия, язвенный колит и др. неизвестные человечеству до середины прошлого столетия. Поэтому в последние годы, внимание ученых обращено на создание препаратов с предвиденными свойствами и побочными реакциями, что позволяет найти максимально подходящее к конкретному генотипу лекарство с максимальной эффективностью и минимумом побочных эффектов, не привлекая непосредственно пациентов, а только используя базу их ДНК, а также не останавливается работа над сиквенированием геномов и валидацией новых мишеней для действия лекарственных соединений.

Возможно, именно ученые в области генетики и биотехнологии смогут когда-нибудь приоткрыть завесу человеческого бытия, спрогнозировать или вовсе остановить болезни, которые раньше считались неизлечимыми.

*Шутова Н.А., Петрова О.С.
ХНМУ*

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Здоровье и здоровый образ жизни – качественная предпосылка будущей профессиональной, общественно-политической и творческой самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи и деторождению. Одним из центральных вопросов учения о здоровье является

оценка уровня здоровья. Этот практический аспект целиком опирается на теоретическую концепцию и дает возможность определить адаптационные возможности организма. Особенно актуальной является проблема здоровья студенческой молодежи (Я.В. Ушакова, 2007)

Студенты наименее социально защищенная группа населения, в то время как специфика учебного процесса и возрастные особенности предъявляют повышенные требования практически ко всем органам и системам их организма.

Ухудшение здоровья студентов за период обучения в значительной степени обусловлено неблагоприятным воздействием социальных факторов среды и наследственной предрасположенностью. В новых социальных и психофизиологических условиях вузовского обучения, иногда и в новой климатической среде, разворачивается процесс социально-психофизиологической адаптации, который сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма молодого человека (Е.С. Новак, 2004).

Множество факторов, которые в процессе обучения влияют на здоровье студенческой молодежи условно можно разделить на две группы: первая группа – это объективные факторы, непосредственно связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, учебная нагрузка, постоянное переутомление и т.д.); вторая группа – субъективные, личностные характеристики (психическое равновесие, необходимость работать параллельно с учебой, режим питания, низкая физическая активность, досуг, вредные привычки и т.д.). Показано, что именно вторая группа факторов, характеризующая образ жизни студентов, в большей степени влияет на здоровье. Так по данным исследовательской группы Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского среди неблагоприятных факторов студенческой жизни, студенты назвали выраженное чувство одиночества (71,5%), сложный микроклимат в коллективе (45,7%), высокий уровень тревожности, вызванный предстоящей трудовой деятельностью. Для снятия хронического стресса, подавления тревожности, обусловленной вышеперечисленными факторами, молодые люди достаточно легко прибегают к приему алкоголя (20%), легких психотропных средств 8,5%, курению (35%), что не совместимо со здоровым образом жизни и входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье студентов. Так многочисленное анкетирование студентов различных ВУЗов показывает, что более 50% студентов являются активными курильщиками (Куркина Л.В., 2009, А.В. Ляхович и А.И. Марковой, 1995). По данным тех же авторов, низкая физическая активность отмечается почти у 76% студентов, а избыточную массу тела имеют 15–20% студентов. Все это свидетельствует о сохранении тенденции ухудшения здоровья студенческой молодежи из года в год.

Понимание важности хорошо организованного режима труда и отдыха основано на закономерностях протекания биологических процессов в организме, а это требует отдельных учебных занятий для студентов, организации контроля и коррекции функционального состояния организма студентов. Необходима соответствующая подготовка социально-медицинских кадров, работающих со студенческим контингентом: обучение методикам донозологической диагностики и нелекарственной коррекции, прежде всего, средствами физической культуры.

ФОРМИРОВАНИЕ НОВЫХ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Проблема здоровья человека была актуальной на протяжении всей истории человечества, не теряет она своей актуальности и в наши дни. Здоровье является показателем духовного, социально-экономического и медико-биологического благосостояния населения, уровня цивилизованности страны. Наиболее остро стоит вопрос о здоровье молодого поколения, определяющего основные тенденции формирования политического и трудового потенциал всего населения Украины в ближайшем будущем.

Изучая и анализируя различные научные работы о состоянии здоровья студентов видно, что устоявшаяся система формирования здорового образа жизни в Украине, существенно подорвана, а новая – только создается. Студенческая молодежь не готова к преодолению возрастающего интенсивного социального стресса. Взамен выбираются патологические формы поведения: наркотизация, алкоголизация, суицид. Работы О.В. Грининой, Д.И. Кичи (1995), А.В. Ляховича (1998) и др. содержат доказательства ухудшения состояния здоровья студентов с отрицательной динамикой его за период обучения в вузе. Доказана тесная взаимосвязь социально-гигиенических, медико-биологических факторов с уровнем здоровья. Исследования Е.С. Скворцовой (1999) выявили, в большинстве случаев, несоблюдение здорового образа жизни студенческой молодежью. Ю.П. Лисицына, (1998), Е.С. Скворцова (1999, 2003) подтвердили влияние неправильного образа жизни на возникновение, развитие и прогрессирование заболеваний, которые в дальнейшем могут отразиться на здоровье потомства студентов.

В 2006 году Романченко С.А. в своей диссертации описала исследование, которое доказало, что длительное воздействие гиподинамии и стрессовых ситуаций отрицательно сказывается на здоровье студентов. Оно имеет тенденцию к ухудшению от младшего курса к старшему, и к окончанию обучения приводит к увеличению числа больных студентов. По данным И.Н. Бальсевича, 2000 и В.А. Вишневого, 2002, физической активностью в стране регулярно занимаются только 20–30% студенческой молодежи, тогда как в экономически развитых странах мира этот показатель составляет 40–60%. Снижение уровня физической активности при одновременном повышении нервно-эмоционального приводит к ухудшению состояния здоровья. Доказано, что регулярная физкультурно-оздоровительная работа сокращает число заболеваний и увеличивает показатель здоровья среди студентов (Лейфа А.В., 2009), а физическое воспитание является одной из ведущих дисциплин, которые способствуют повышению уровня обучения, работоспособности, росту социального становления личности (Мершавка В.Н. и Серорез Т.Б. Донецкий НТУ).

Поэтому, каждый студент должен сам осознавать важность правильного распорядка дня, рационального питания, физической активности, здорового сна, а также быть информированным по поводу вредных привычек и их последствий. В практику работы вузов целесообразно внедрять различные формы просветительской и воспитательной работы со студентами, цель которых фор-

мирование стремления к здоровому образу жизни. Много в этом направлении можно сделать, используя учебные занятия. Например, в ряде вузов России кафедры физвоспитания преобразованы в кафедры валеологии. Традиционные занятия по курсу физвоспитания дополняются необходимыми сведениями о системах оздоровления, о роли двигательной нагрузки в целях сохранения здоровья.

Здоровьесберегающая деятельность строится на основе закономерностей и принципах общей методики оздоровительной физической культуры в сочетании со вспомогательными и дополнительными средствами. Результаты педагогических экспериментов свидетельствуют об эффективности разработанных современных методик направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов. Правильно организованный процесс физического воспитания может стать движущей силой всего учебного процесса по формированию и становлению физической культуры личности. Это происходит благодаря стимулированию развития наиболее значимых для соответствующей личности биологических и социальных потребностей в движении, развитии, познании, самоутверждении, самовоспитании.

*Щербина М.О., Диннік О.О., Аралов О.М.
ХНМУ*

СТРУКТУРА СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Підлітки – це найближче майбутнє країни, важливий потенціал її сталого розвитку, реалізація можлива лише при створенні в суспільстві умов щодо збереження і укріплення здоров'я підростаючого покоління. Відзеркаленням соціального добробуту населення і якості надання медичної допомоги є демографічні показники і дані захворюваності дитячого та підліткового населення. На жаль, сьогодні ми вимушені визначити поступове погіршення здоров'я підлітків, зростання поширеності хвороб, пов'язаних із сучасним способом життя. В останні роки відмічається збільшення кількості хронічних захворювань, відхилень в нервово-психічному розвитку, зростає патологія репродуктивної системи. За даними державної медичної статистики патологічна ураженість осіб 15–17 років у 2009 р. досягла 1959,5 на 1000 населення. Негативна тенденція погіршення стану здоров'я саме в підлітковому віці, який охоплює значний період (10–18 років), співпадає із процесом статевого дозрівання. Пубертат є критичним періодом постнатального розвитку жіночого організму, у якому формуються зв'язки, котрі забезпечують взаємодію п'яти основних рівнів репродуктивної системи. На протязі цього періоду відбувається подальший рост і розвиток жіночого організму. До закінчення періоду статевого дозрівання репродуктивна система має значну лабільність і особливо чутлива до дії несприятливих екзо- та ендогених факторів, у тому числі і хронічної соматичної патології.

Метою даного дослідження було з'ясування частоти і характеру екстрагенітальної патології у дівчат-підлітків із пубертатними матковими кровотечами (ПМК). Було проведено загальноклінічне обстеження 187 хворих на ПМК, яке включало оцінку фізичного, статевого розвитку, соматичного статусу-

су. Аналіз фізичного розвитку дозволив встановити, що у 105 дівчаток (56,1%) – фізичний розвиток був гармонійним – це I гр. у 56 пацієнток (30%) реєструвалася надлишкова маса тіла – II гр.; у 26 хворих (13,9%) відмічався дефіцит маси тіла – III гр. Усі дівчата були оглянуті педіатром, невропатологом, ендокринологом, окулістом.

В абсолютної більшості пацієнток на момент обстеження була виявлена супутня екстрагенітальна патологія. Структура цих захворювань має свої відмінності від показників розповсюдженості хвороб школярів. Так, якщо хвороби нервової системи серед школярів мають 6-е рангове місце, то в структурі соматичних захворювань у хворих на ПМК вони посідали перше місце (I гр. – 43,9%, II гр. – 48,2%, III гр. – 38,5%). Найчастіше реєструвалися вегето-судинна дистонія (ВСД), астено-невротичні і церебрастенічні стани, лікворно-гіпертензивний синдром, ознаки якого реєстрували клінічно і за допомогою додаткових методів дослідження (ЕХО-ЕЕГ). Причому останній вірогідно частіше виявлявся серед хворих із надлишковою масою тіла (II гр. – 19,6% проти 6,5% в I гр. і 7,7% в III гр.; $p < 0,01$). Що стосується ендокринної патології, то серед школярів вона займає 7-е рангове місце, а при ПМК друге, виявлялася вона в середньому у третини (30%) пацієнток I і III груп і була вірогідно вищою серед хворих із надлишковою масою тіла (78,6%; $p < 0,001$). Третє місце посідають захворювання травної системи, так само як і в популяції (I гр. – 23,2%, II гр. – 12,5%, III гр. – 23,0%), переважно за рахунок дискінезії жовчовивідних протоків (ДЖВП). Звернуло на себе увагу, що гастрит достовірно частіше спостерігався у хворих із дефіцитом маси тіла (I гр. – 5,6%, II гр. – 3,6%, III гр. – 15,4%; $p < 0,001$). Захворювання нирок мали від 2 до 4% хворих усіх груп.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що перерахована соматична патологія може служити як самостійною так і опосередкованою причиною порушень менструальної функції в обстежених нами пацієнток.

*Явкіна М.С.
ХНМУ*

СМЕРТНАЯ КАЗНЬ

Смертная казнь принадлежит к числу тех вечных тем, к которым, видимо, еще долго будут мысленно обращаться люди в поисках истины и справедливости. В настоящее время ее актуальность связана также и с тем, что в настоящее время многие государства идут на смягчение законодательства, при этом отменяя и смертную казнь. В связи с этим возникает вопрос о правомерности и допустимости применения смертной казни, а также об ее нравственных и этических аспектах. Сколь долго существует цивилизация, столько же существует и понятие вины, которая влечет за собой кару, возмездие. Наиболее же страшным и разрушительным видом возмездия, безусловно, является смертная казнь. Смертная казнь – одно из древнейших наказаний, известных человечеству. Собственно говоря, смертная казнь применялась еще до того, как возникло уголовное право в современном смысле этого понятия.

Способы смертной казни весьма многочисленны и разнообразны. По степени их жестокости, различают простую смертную казнь от квалифицированной. Простая смертная казнь – это умерщвление человека максимально быстрым и

безболезненным способом. К числу простых казней относятся: повешение, обезглавливание (топором или на гильотине). В настоящее время: расстрел, электрический стул, газовая камера, смертельная инъекция. Из числа квалифицированных смертных казней во все времена и почти у всех народов наиболее распространено было сожжение. Этот способ казни известен был грекам и римлянам, а в средневековой Европе считался специальным наказанием за все те преступления, которые подсудны были духовным судам.

Что касается нарушения прав человека, то один из основных доводов, приводимых в данной работе в пользу отмены смертной казни, состоит в том, что человек не должен уступать государству права на свою жизнь. Жизнь не составляет блага, даруемого человеку государством, поэтому государство и не имеет законного права отнимать эту жизнь. Государство, осуществляющее смертную казнь, самовластно прекращает человеческую жизнь, присваивает себе не принадлежащее ему право. Поскольку каждый человек, в том числе и самый тяжкий преступник, является человеческой личностью, смертная казнь обесценивает человеческую жизнь и умаляет человеческое достоинство. Смертная казнь лишает человека его неотъемлемых человеческих прав, поскольку после ее исполнения человек перестает быть человеком.

Немаловажное место в анализе института смертной казни занимает вопрос медицинской этики. Ведь на разных этапах казни в ее процессе могут принимать участие врачи. Для многих из них участие в этом процессе может быть не только причиной тяжелых личных переживаний, но и источником внутреннего конфликта, порождаемого требованиями профессиональной этики и природой тех действий, которые они должны совершать. Медицинская этика зиждется на уважении к жизни человека и предписывает врачу всегда поступать во благо пациентам, ни при каких обстоятельствах не причиняя вреда их здоровью. Тем не менее, врачам приходится принимать непосредственное участие в казнях или иным образом соприкасаться с процессом приведения смертного приговора в исполнение.

Жизнь, по выражению А.С. Пушкина, «дар бесценный», дана человеку провидением, дарована свыше и не земным силам, какими бы всемогущими они ни казались, ее отнимать. Общество, государство устанавливают, в какой степени можно ограничить свободу преступника, но жить или не жить человеку, они решать не должны. С точки зрения последовательного христианско-религиозного подхода смертная казнь должна быть признана абсолютно недопустимой, поскольку представляет собой предельное насилие над личностью и дерзость окончательного приговора человеку в его метафизическом плане.

Итак, можно сделать вывод, что смертная казнь находится в непримиримом противоречии как с нравственными установками современной цивилизации, так и с общепризнанными правовыми принципами. Она не может быть оправдана также с точки зрения своего практического значения как средства предупреждения преступлений.

ПРОБЛЕМА ПОШИРЕННЯ ІДЕОЛОГІЇ «ЧАЙЛДФРІ» У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Одним із нових явищ, яке безперешкодно поширюється в європейських країнах, є «чайлдфрі» – ідеологія, яка пропагує життя вільне від дітей. Нині констатують, що ця хвиля докотилася й до України. Це пов'язано з тим, що із розширенням прав людини, жінки мали можливість відмовитися від моделі сім'ї, де головна роль жінки зводилася до народження, виховання дітей та хатньої роботи. Основними з причин, які мотивують прибічників «чайлдфрі» є, зокрема: 1) бажання мати більше часу для дозвілля, хобі, друзів, роботи за сумісництвом; 2) страх перед тим, що батьківство як необоротний крок може їм не сподобатися; 3) бажання зберегти рівень емоційної і фізичної близькості з партнером, що є майже несумісним із появою дитини; 4) усвідомлення того, що народження дитини зашкодить кар'єрному зростанню; 5) відсутність біологічного потягу до батьківства тощо [1].

Вітчизняний психолог С.Ю. Гуцол не вважає, що в небажанні мати дитину матеріальні проблеми є вирішальними, адже нині навіть у найрозвиненіших країнах світу спостерігається зниження народжуваності, хоча там рівень матеріального добробуту в сім'ях істотно вищий [2].

Із початком ХХІ ст. світ ніби перевернувся. США задали тону бездітності, зародивши течію «чайлдфрі», й кількість добровільно бездітних почала зростати у Європі (показник майже 40% самотніх європейців вражає, зокрема в Німеччині таких 50%).

За словами Лілії Недоступ, психолога, експерта з чайлдфрі, в українському суспільстві прийнято вважати, що «чайлдфрі» – це егоїст, у якого немає нічого всередині. Насправді, люди, які не мають дітей, можуть реалізовувати свій материнський інстинкт і потребу давати добро. Можна проявляти свою любов не обов'язково до своїх дітей; слід поїхати в дитячі будинки і подивитися, що відбувається там.

У цілому спостереження показали, що «чайлдфрі» – пари більш освічені, більш затребувані як професіонали та керівники, мають більший дохід (обоє з подружжя), схильні жити в містах, менш релігійні, менш схильні до дотримання традиційних гендерних ролей і звичаїв.

Жінки хочуть бути чайлдфрі заради свободи працювати, чоловіки – заради свободи від роботи. Від 1/5 до 1/3 опитаних чайлдфрі в Україні становлять чоловіки. Багато дослідників відзначали, що чайлдфрі є менш «соціально зручними», їм більшою мірою властивий егоїзм та індивідуалізм.

У ході статистичного дослідження були з'ясовані найбільш поширені причини бути чайлдфрі: небажання жертвувати особистим простором заради дитини, відсутність переконливої причини мати дітей, небажання втрачати час, активна відраза до дітей, задоволеність домашніми тваринами і спостереженням за дітьми родичів або друзів.

Література

1. <http://childfree.com.ua>
2. «Чайлдфрі» – новітня загроза зниження народжуваності // Журнал «Віче». – 2011. – № 10.

ЗАКОНОДАВСТВО ПРО АБОРТ

Аборт – медична операція, яка тривалий час викликає суперечки в суспільстві. Українці поділилися на два табори: «за життя» – ті, хто протестують проти абортів і вважають їх вбивством; «за вибір» – ті, хто виступає проти дискримінації жінок і вважають що вони мають право на вибір. Кожен з цих таборів намагається впливати на думку населення, всіма можливими методами домагаються правової підтримки своєї позиції. Законність абортів в різних країнах варіюється залежно від законодавства. Наприклад, у Канаді аборти доступні за запитом вагітної, в Ірландії аборти заборонені.

Якщо говорити про законність абортів в Україні, то в даний час їх заборони немає. Хоча Верховна Рада України зареєструвала законопроект, який би забороняв жінкам робити цю процедуру. Передбачені також окремі випадки – медичні протипоказання щодо жінки, яка завагітніла, та віковий бар'єр (наприклад, вагітна жінка, яка не досягла 16 років). Прийняття такого закону може мати позитивні наслідки (вирішення демографічної проблеми), але здебільшого – вельми негативні наслідки: збільшення кількості незаконних абортів і смертей жінок, а також значне зростання числа дітей-сиріт, як наслідок переповнення дитячих будинків.

Політичні діячі розійшлися в поглядах із приводу цього питання, оскільки для багатьох із них ця тема не є профільною. Одні з них стверджують що такий закон обмежить права жінок, а інші вважають, що аборт – це один з видів вбивств, яке має каратися законом.

Насправді даний законопроект досить дискусійний, бо він суперечить існуючому законодавству України. Жінка має право на аборт як складову права розпоряджатися власним тілом. Зазначається, що ембріон не є особистістю чи людським еством. Основна неоднозначність в цьому підході є час, після якого ембріон слід визнавати людиною (наприклад, час розвитку нервової системи) чи особою (поява пам'яті та можливості відчувати-страждати).

Право жінок вільно та відповідально вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжків часу між їх народженнями закріплене в Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ч. 1, ст. 16, ратифікована Україною в 1981 р.) та Європейською Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод. Штучне переривання вагітності – це проблема прав людини, тому воно може гарантуватися та регулюватися виключно Конституцією України (п. 1 ст. 92), а не підзаконними актами. Зміна цивільного законодавства України та заборона штучного переривання вагітності вважається неправомірною, оскільки обмежує права громадянок та порушує Конституцію України та норми міжнародних договорів.

Я вважаю, що жінка, так само, як будь-яка людина, має право на власний розсуд вирішувати це питання, адже жодна жінка без вагомих підстав і проти власної волі не позбудеться статусу «МАМА».

З М І С Т

Лесовой В.Н., Алексеенко А.П. Здоровье как универсальная ценность	3
Mark Bolak Funteh, Yuliya Sida The social programm in the forming of personality's healthy lifestyle	7
Abugu Livinus Nnadozie Health of university students: drawing the parallels between Nigeria and Ukraine	10
Adewuyi Emmanuel Abiola Why neo thomism	12
Алексеенко Р.В., Рисованая Л.М. Формирование здорового образа жизни студента в контексте учебно-воспитательной работы	13
Аулова Н.С. В.Ф. Войно-Ясенецький про вплив духовного удосконалення та тілесне зцілення	14
Багиров Н.В., Трикоз В. Сердце – высший орган духовности	15
Байрачная Л.К Право на жизнь как объект философского анализа	16
Барсукова Е.Д. Проблема здоровья студенческой молодежи	17
Бойко Н.И Является ли преступлением аборт?	19
Бондар О.С. Питання забезпечення права на охорону здоров'я в програмах парламентських політичних партій України	20
Боярский А.А Эвтаназия – проявление милосердия или разрешение на самоубийство	21
Василевский К.А. Этические проблемы евгеники	22
Ващенко В.Н. Здоровье в контексте современных биотехнологий	23
Возгрін С.Ю. Непорушність права на охорону здоров'я: реальність і перспективи	24
В'юн В.В., Тельнова Л.Г., Власенко А.В. Проблема здоров'я майбутніх лікарів	25
Герасимчук У.С. Основная идея концепции здоровья	26
Глєбова Л.І. Криза духовності та культурні цінності	27

Глотова Ю.В.	
Формирование духовного аспекта здоровья	29
Годзь Н.Б	
Екологічна футурологія як основа легітимації майбутнього здоров'я суспільства	30
Голубнича В.О.	
Здоров'я і недуга в соматичному та екзистенційно-антропологічному вимірах	31
Гончаренко Л.О.	
Протиріччя аксіологічного виміру здоров'я людини	32
Горбунова Е.А., Гамсония В.Л.	
Социально-психологические проблемы здоровья современного человека ...	34
Григорова І.А., Тихонова Л.В.	
Здоров'я студентів Харківського національного медичного університету. Духовний та фізичний аспект	34
Гоцуляк С.Л.	
Правові засади санітарного та епідемічного благополуччя населення України	36
Дейнека В.В.	
Диалектическое понимание здоровья в античности на примере фрагментов гераклита эфесского	37
Денисенко И.В.	
Эвтаназия	38
Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А.	
Пушкин и медицина его времени	39
Добридень О.В.	
Технологічні аспекти викликів сучасного споживання	40
Домрин А.С.	
Феномен смерти в медицине и философии	42
Дубінін С.О.	
Проблема здоров'я студентської молоді України	44
Дума Г.І., Скорбач Т.В.	
Нові психологічні умови існування особистості студента	44
Евсюков И.Н., Бабий Л.Н.	
Здоровье современного человека в духовно-социальном и физическом измерении	46
Edubio Oruk	
Health of students	47
Ekott, Nyikkeabasi Basse	
Health of students from an international student's perspective	48
Єщенко В.Ю., Єщенко К.М.	
Здоров'я та інформаційні технології	50

Журавльова Л.В., Александрова Н.К. Здоровий спосіб життя як лікувальний та профілактичний захід в клініці внутрішніх хвороб	51
Журавлева Л.В., Олейник М.А. Особенности лечения геронтологических пациентов в клинике внутренних болезней	52
Журба Є.П., Калініченко О.В., Фоміна Л.В. Проблема здоров'я молодих студентів	54
Завгородня Н.І. Особливості формування медичної культури студента медичного ВНЗ	55
Запорожец И.В., Дмитриенко Н.Ф., Красникова С.А. О факторах гармонизации учебного процесса	56
Зелёная И.И. Гуманитарная составляющая высшего медицинского образования как фактор становления духовно-нравственной культуры студента	57
Зеленская Е.А. Социально-философские проблемы суицидального поведения	59
Зоріна С.Б. Євтаназія: за і проти	61
Иванова Е.С. Стволовые клетки: «pro» и «contra»	62
Ime Etukudo Youth health	63
Ингинова К.А. Геронтологические особенности формирования медицинской культуры современных украинцев	64
Калиниченко О.В., Николаева А.А., Заверуха Я.И. Феномен «чайлдфри»	65
Калініченко О.В., Набока М., Кулікова І.І. Соціально - психологічні проблеми здоров'я сучасної людини	66
Камінська Т.М. Здоров'я як соціально-економічне благо	67
Карнаух Э.В., Переяслова А.С. Наночастицы лекарственных препаратов – наше будущее в победе над опасными недугами!	69
Karpenko K.I. Human body as a center in ethics debates	70
Квіткін П.В., Дятлова І.В. Духовність і духовне здоров'я суспільства	71
Квіткін П.В., Прудникова О.В. Відродження духовності як передумова відтворення духовного здоров'я українського суспільства	72

Кінаш Ю.О.	
До питання охорони здоров'я в політичних програмах політичних партій ..	72
Клочко Т.Ю.	
Юридичні і моральні аспекти сурогатного материнства в Україні	73
Ковалева О.Н., Герасимчук Н.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А.	
Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший индикатор благополучия общества и государства	75
Кожина Г.М., Хаустов М.М.	
Проблема адаптації студентської молоді до навчальної діяльності	76
Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Могиленец Е.И.	
Некоторые проблемы здоровья студенческой молодежи	77
Коростий В.И., Гайчук Л.М.	
Этическая проблема социальной стигматизации больных шизофренией	78
Кравченко В.І.	
Здоров'я населення України як політико-економічна проблема	79
Красникова С.А., Макаренко Т.Н.	
Религиозность как источник духовного здоровья	80
Кулик А.Ю.	
Правовые аспекты вакцинации детей в Украине	81
Кулик А.Ю.	
Правове забезпечення профілактики венеричних захворювань	83
Кулинченко Г.М.	
Право человека на смерть и отношение к эвтаназии	85
Кушніренко О.Г.	
Життя людини як конституційна цінність	86
Лавренюк А.М.	
Деякі аспекти правового регулювання у сфері трансплантації органів або тканин людини	87
Лантух А.П., Хирина А.А.	
Церковь и здоровье человека	88
Левчук В.Г.	
Стереотип в клиническом мышлении	89
Лисюк Т.В.	
Проблема здоров'я дітей та підлітків	90
Литвинов И.О.	
Влияние ГМО на экспериментальных животных с индуцированными хроническими заболеваниями	91
Лукаш С.Ю.	
Реформування системи охорони здоров'я в Україні – виклик ХХІ сторіччя	92
Лупир М.В.	
Соціально-психологічні проблеми здоров'я сучасної людини	94

Маража А.С.	
Духовні аспекти здоров'я	95
Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С.	
Етичні аспекти реабілітації студентів-інвалідів в університеті	96
Martynenko Nataliya	
The spiritual physick of abu bakr muhammad ibn zakariya al-razi	97
Мартыннюк Д.	
Массаж как средство борьбы со стрессом	99
Марущенко О.А.	
Чи сприяють уроки фізкультури здоров'ю дітей?	100
Медяник Н.С.	
Экстракорпоральное оплодотворение: морально-этические проблемы	101
Мирошник Л.В., Минакова Л.И.	
Роль информационной среды в создании психологического комфорта в учебном процессе	103
Мірошніченко О.О.	
Медицина і суспільство: реалії відчуження	104
Мохончук Б.С.	
Охрана здоров'я – обов'язок громадянина чи держави?	105
Насонова Л.И.	
Гендерная корректность и этикет: проблемы сосуществования	106
Ніколаєва А.О., Мамчук В.В.	
Аспекти психічного здоров'я молодого покоління	107
Николаева О.В., Огнева Л.Г.	
Геронтологические особенности формирования медицинской культуры современных украинцев	108
Новікова О.Ю.	
Страхування професійної відповідальності медичних працівників в Україні	109
Одинец Ю.В., Головачева В.А.	
Аспекты духовного здоровья человека в современном обществе	110
Одинец Ю.В., Головачева В.А.	
Медико-социальные проблемы здоровья детского населения в современном обществе	111
Оспанова Т.С., Чернякова А.Е.	
Использование опросника MO SF-36 в исследовании здоровья и качества жизни	113
Остропілець Ю.І.	
Відповідальність за зараження особи венеричною хворобою	114
Переломов В.А.	
Геронтофобия как болезнь современного общества	115
Петренко Т.О.	
Проблема здоров'я студентської молоді	116

Петрухно Ю.Є.	
Роль громадянського суспільства в розвитку санітарної культури	117
Пискарева А.М.	
Интернет-зависимость – актуальная проблема современной молодежи	118
Плетенецька А.О.	
Кримінальна відповідальність лікаря за злочини у сфері медицини	119
Позняк А.	
К этическим аспектам трансплантологии в Украине	120
Поліщук О.М.	
Удосконалення законодавства з питань трансплантології	121
Прокопович А.Р.	
Перспективи нанотехнологій в медицине. Наноферромагнетикі в онкофармакології	122
Ростовцева М.С.	
Социальная значимость здоровья с точки зрения гуманистических идеалов гражданского общества	123
Савельева Н.Н.	
Паразитарная заболеваемость в практике врача-стоматолога	124
Самолісова О.В., Тараненко А.	
Проблеми психологічного та фізичного здоров'я молоді	125
Сипливый В.А., Гузь А.Г., Петренко Г.Д., Бызов Д.В.	
Социально-философские аспекты духовности в хирургии	126
Скорбач Т.В., Ковальковський С.В.	
Стрес як соціально-психологічна проблема сучасної людини	126
Слінько Т.М.	
Право на життя у рішеннях європейського суду з прав людини	127
Слинько Ю.А.	
Заболевания пародонта и гипокинезия	129
Сокол К.М., Дмуховська Т.М.	
Проблеми здоров'я населення України та подальше реформування системи охорони здоров'я	130
Соколова І.І.	
Деякі сучасні складові етики стосунків лікар–хворий	131
Стенковая Н.Ф., Деонегга А.В.	
Особенности режима дня современных школьников	132
Стоянова В.В.	
Право на евтаназію	134
Суворов А.А., Макаренко А.В.	
Влияние социальных факторов на репродуктивное здоровье молодежи	135
Сулхдост И.А. Кириченко М.П.	
Влияние лечебной гимнастики на некоторые показатели гемодинамики при артериальной гипертензии у молодых	136

Сухомлин Н.П. Основные аспекты эвтаназии	137
Тихонова О.О. Этические аспекты современных генетических технологий	138
Тышко А.С. Взаимосвязь философии и медицины в контексте культурно-исторического развития	139
Ткачева А.И. Самоопределение студенческой молодежи и здоровья	140
Токаренко В.О. Правове регулювання проведення судово-медичної експертизи	141
Фельдман Д.А. Духовные аспекты здоровья	142
Фельдман Д.А., Мирошниченко М.С. Некоторые биоэтические аспекты детей, рожденных с малой массой тела ..	143
Фоміна Л.В., Дягілев С.М. Схильність студентів до психічної пригніченості	144
Фоміна Л.В., Кулікова І.І. Формування духовного та психологічного середовища людини	145
Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Сіняєва І.Р. Результати міжнародного соціологічного дослідження «здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»	146
Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Терещенкова І.І. Сучасні аспекти формування здоров'я дитячого населення	148
Чаленко Н.М., Копотєва Н.В. Роль рухової активності і фізичної культури в зміцненні здоров'я студентської молоді	149
Chuvaeva A.S. Child's right to health is one of the most important legal mechanisms for preservation of Ukrainian gene pool	152
Шевченко О.С., Бутов Д.А. Семья и психологическое здоровье больного туберкулезом	153
Шептунова А. Наркотики: новый алгоритм	154
Шульга М.С. Пастирська опіка хворих у лікарні	155
Шутова Н.А., Исмаилов Р.И. Достижения и перспективы в области биомедицинских технологий	156
Шутова Н.А., Петрова О.С. Важные аспекты проблем здоровья студентов	157
Шутова Н.А., Тимченко Т.Н. Формирование новых взглядов на проблемы здоровья студенческой молодежи	159

Щербина М.О., Диннік О.О., Аралов О.М.

Структура соматичної патології у хворих на пубертатні маткові кровотечі . 160

Явкина М.С.

Смертная казнь 161

Ярушинська Є.Ю.

Проблема поширення ідеології «чайлдфрі» у сучасному суспільстві 163

Ясинська К.В.

Законодавство про аборт 164