

курса Гродненского государственного медицинского университета. Опрошено 542 студента.

Четыре из пяти студентов лечебного, медико-психологического и сестринского факультетов и два из трех студентов педиатрического факультета допускают добрые сексуальные отношения.

Как известно, чтобы родить здорового ребенка, необходимо обоим партнерам готовиться к наступлению беременности. Это мнение разделяют 90% студентов всех факультетов. Однако почти каждый десятый студент медико-психологического, каждый двадцатый лечебного и педиатрического факультетов утверждает, что это делать не нужно, но беременной женщине необходимо вовремя стать на учет у гинеколога и выполнять его рекомендации. Каждый десятый студент сестринского и каждый двадцатый студент остальных факультетов считает, что готовиться к беременности нужно только женщине. При этом кабинет планирования семьи хотели бы посетить два из трех студентов лечебного и медико-психологического, четыре из пяти студентов сестринского, каждый второй студент педиатрического факультетов. По мнению каждого второго студента всех факультетов, студенческие супружеские пары располагают достаточной медицинской информацией о том, как правильно себя вести, чтобы родить здорового ребёнка.

Большинство студентов всех факультетов (95%) указывают, что за предохранение от нежелательной беременности несут ответственность оба партнера. Однако каждый двадцатый студент всех факультетов отмечает, что ответственность несёт только мужчина, либо только женщина. Отрадно, что 75% студентов лечебного, медико-психологического и сестринского, 80% педиатрического факультетов негативно относятся к абортам.

Каждый четвёртый студент лечебного, педиатрического и медико-психологического факультетов и каждый пятый студент сестринского факультета ответили, что хотели бы иметь троих детей. Каждый десятый студент всех факультетов хотел бы одного ребенка. Большинство студентов планируют два ребенка.

О проблемах, связанных с менструацией, половой жизнью, с репродуктивным здоровьем каждому третьему студенту всех факультетов легче всего посоветоваться с мамой. Каждый пятый студент медико-психологического и педиатрического, каждый третий студент лечебного и сестринского факультета будет говорить об этом с врачом.

Несомненно, полученные результаты могут быть использованы в работе по формированию адекватного репродуктивного поведения молодежи.

КРАТКИЙ АНАЛИЗ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ МЕДИКОВ

Качук М.В., Яцкевич Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – доцент кафедры русского и белорусского языков

Н.А.Мишонкова

В медицине почетное место занимают аббревиатуры. По сути, это негативное явление близко к жаргону. Нередко в историях болезни врачи пишут вместо “кожных изменений не обнаружено” – КИНО, “физиотерапевтическое отделение” – ФЗО, “мочеполовая система” – МПС, “женские половые органы без изменений” – ЖПОБИ.

“Больной с ЗПР”, оказывается, это: “Больной с замедленным психическим развитием”. Либо же “ПИС в норме” вместо длинной фразы “печень и селезёнка в норме”. Один из наших коллег пользуется устрашающим сокращением РАК вместо “развернутый анализ крови”.

- “А что означают сокращения в историях болезни? – ИМ, ЯДК, ЧЕЗ.

Врачи всё реже применяют точные названия цветов, чаще используют различные вульгаризмы: вместо обычных, цвета у них стали землистыми, глинистыми, сливкообразными, грязными. Применяются и цветовые сравнения типа “мясных помоев”, “дѣгтя”, “пива”, “семги”.

Часто врачи заменяют метрическую систему мер сравнительной. Указывая величину патологически измененного объекта, говорят и пишут: с куриное яйцо, сливу, фасоль, каштан, грецкий орех. Ряд специалистов (онкологов, хирургов и других) мерой объёма сделали даже головку новорожденного ребенка. Ширина и толщина края органа всё ещё порой измеряется в “пальцах”. Все эти измерения далеки от истинных и искажают представление о линейных размерах, объёме органов.

Плохо обстоят дела и с терминологией. Вместо узаконенных употребляются устаревшие термины: систолическое или диастолическое дрожание всё еще называют “кошачьим мурлыканьем”, стенокардию – “грудной жабой”, плевральные и другие срращения – “спайками”. Злоупотребляют медицинские работники своеобразными терминологическими фразеологизмами. Например, если речь идёт о сердце, то используют уже более двадцати фразеологизмов: лёгочное, бычье, тигровое, капельное, волосатое, тиреотоксическое, кифосколиотическое. Часто звучат выражения ятрогенного воздействия: “ритм галопа”, “шум плеска”, “скомпрометированный орган”, “порочное сердце”, “голова медузы”. В погоне за образностью теряется клиникo-анатомическая точность, сущность симптома, диагноза.

В литературе особенно горячие споры возникают вокруг вопроса об употреблении в речи врача заимствованных иностранных слов, преимущественно латинских. Созданию своеобразных русско-латинских сочетаний, которые даются в сокращённой латинской форме или русской транскрипции: “больной экзитировал”, “канцерный больной”, “астматический статус”.

Однако чрезмерное употребление иностранных слов и фразеологизмов опасно утратой взаимопонимания, доверительности, сердечности и близости врача и больного в сложной, напряжённой, нередко экстремальной ситуации. Это и логично. Прислушиваясь к врачебному разговорному языку, насыщенному “специфическими” словами, далеко не каждый больной может уяснить суть вопроса, сказанного слова, мысли врача.

Нужно ли бороться с засильем бытовых и профессиональных фразеологических и иностранных словечек? Нам кажется, что отдельные фразеологические выражения, более или менее благозвучные, не режущие слух, не несут существенного морального урона общающимся в тесном приятельском кругу, в атмосфере весёлой беседы, шуток, юмора. Вместе с тем, в больничной сфере общения врача с больными, врача со студентами эти слова не обогащают речь, а обедняют, засоряют её, делают циничной, вульгарной с нравственно-этических позиций.

В беседе с больными желательно говорить простым языком, доброжелательно, не вульгарно, избегать научных выражений, нагруженных непонятными словами (гипертиреозидизм, кардиоприступ, сальная печень), которые могут укрепить больного в уверенности, что он страдает тяжелыми органическими заболеваниями, усилить его невроз, одержимость, навязчивые идеи и, предположительно, психогенные, соматические страдания, подтолкнуть его, таким образом, к особому психофизическому состоянию “инвалидности”. “Terapia nihil, prognoses pessima”- Терапия бессильна, прогноз наихудший.

Итак, становится очевидным, что врачу необходимо обладать высокой культурой, наукой, настоящим искусством профессиональной речи, базисом которой должен быть литературный язык.

Беседа врача, насыщенная профессиональными фразеологизмами, как мы видим, может привести к весьма нежелательным последствиям.

“Слово – тончайшее прикосновение к сердцу, оно может стать нежным благоуханным цветком и живой водой, возвращающей веру в добро, и острым ножом, и раскаленным железом, и комьями грязи”(Сухомлинский).

ПОНЯТИЕ О СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Кириенко Н.П., Шевчук Е.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.

Сенсорная депривация (чувственный голод) возникает в тех случаях, когда органы чувств, обеспечивающие центральную нервную систему необходимой информацией из внешней среды, лишаются привычной импульсации извне. Наиболее часто встречается зрительная и слуховая сенсорные депривации. Зрительная депривация возникает, например, при длительном пребывании человека в темноте. Слуховая сенсорная депривация развивается у человека, длительно находящегося в помещении, куда не проникает ни один привычный «жизненный» звук, знакомый с детства. Установлено, что в условиях сенсорной депривации могут возникать различные психологические нарушения, особенно у неустойчивых, эмоционально-лабильных личностей.

В связи с этим представляют интерес данные зарубежного ученого: на одном из предприятий, построенном по самому современному требованию инженерной техники, работающие были полностью изолированы друг от друга и до них не доносился ни один звук из внешней среды; в результате у ряда из них стали возникать нервно-психические расстройства, доходящие в отдельных случаях до уровня психотических.

Особенности психических нарушений при сенсорной депривации изучены пока еще недостаточно и преимущественно в экспериментальных условиях (О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев, 1972).

Отсутствие привычных социальных контактов, необходимых человеку для нормальной психической деятельности, способствует возникновению состояния социальной депривации, клинические особенности которой еще также мало изучены.

Важно отметить, что частичная и даже полная сенсорная (зрительная или слуховая и одновременно зрительная и слуховая) депривация встречается и в обыденной жизни: слепота, глухота, слепоглухонемота. Психологические особенности слепых описаны А.А. Крогиусом (1926), а психологические особенности глухих детей – И.М. Соловьевым, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и И.В. Яшковой (1971).

В работах В.Ф. Матвеева (1987) рассматриваются некоторые общие вопросы психологии при дефектах зрения и слуха, психопатологические нарушения у слепых и глухих в сравнительно-возрастном аспекте. Основное внимание автором уделено пограничным психическим нарушениям (невротические реакции, неврозы, патохарактерологическое развитие личности, психопатии).

Выключение одного из главных дистантных анализаторов – зрения и слуха – оказывает существенное влияние на процесс адаптации человека во внешней среде. Знакомство с особенностями компенсации, достигаемой с помощью педагогико-воспитательной работы, при слепоглухонемоте, возникшей на ранних этапах онтогенеза, убеждает в том, что в известном споре между представителями клерикализма и материализма побеждают сторонники материалистического понимания сущности сознания и психики, мышления и речи.

Несмотря на достаточно полное изложение в ряде монографий психологических и патопсихологических нарушений при дефектах слуха и зрения, представляет