

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Пыж В.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – м.пед.н., ст. преподаватель Воронко Е.В.*

Актуальность. Проблема детско-родительских отношений является важной и по сегодняшний день, так как эти отношения являются важной средой развития ребенка как в психологическом, так и в социальном плане.

Цель исследования: изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях студентов-медиков.

Задачи: 1) проанализировать психологическое содержание особенностей детско-родительских отношений; 2) описать существующие методы и методики для диагностики детско-родительских отношений; 3) оценить отношение студентов-медиков к детям и родителям.

Методика исследования: «Незаконченные предложения» Saks-Sidney. Выборку исследования составили 50 студентов 4 курса медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского университета в возрасте от 19 до 26 лет. Из них 16 респондентов мужского пола и 34 – женского. Статистическая обработка осуществлялась с помощью McExcel.

Результаты. Проведенное эмпирическое исследование позволило определить, что 36% семей студентов-медиков – неполные. Неполная семья – группа ближайших родственников, состоящая из одного родителя с одним или несколькими детьми, возникающая в силу разных причин: рождения ребенка вне брака, смерти одного из родителей, расторжения брака либо раздельного проживания родителей. Неполная семья может сталкиваться с рядом объективных трудностей, но, тем не менее, обладает достаточным потенциалом для полноценного воспитания детей. 62% семей – полные. Анализируя особенности детско-родительских отношений студентов-медиков, акцентируем, что для респондентов-девушек характерны достаточно позитивные отношения к детям (+7), к родительской семье (+2), к матери (+4), к отцу (+1); для респондентов-юношей также характерны позитивные отношения к детям (+7), к родительской семье (+3), к матери (+3), к отцу (+2).

Выводы. Для девушек более важным для их социального развития являются отношения с матерью, нежели с отцом и семьей в целом, в то время как для юношей же важным является целая семья, чем мать или отец отдельно, при этом состав семьи на ответы респондентов не повлиял. Отметим, что позитивное отношение к детям присутствует как у девушек, так и у юношей. Это можно объяснить особенностями студенческого возраста, для которого характерна не только направленность на учебно-профессиональную деятельность, но и направленность на построение своей семьи.

Литература

1. Спиваковская, А. С. Как быть родителями / А.С. Спиваковская. – М.: Педагогика, 1986. – 160 с.

ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ(ПО МАТЕРИАЛАМ УЗ «ГОДКБ»)

Равская В.В., Голенко К.Э.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Волкова М.П.*

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение заболеваний поджелудочной железы у детей является одной из наиболее сложных проблем детской гастроэнтерологии.

Цель исследования – изучить клинические особенности, тактику обследования и лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ».

Материалы и методы исследования. Изучены анамнез, клиническая картина, диагностика и лечение детей с заболеваниями поджелудочной железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» за последние 5 лет.

Результаты. Под наблюдением находилось 239 детей в возрасте от 3 до 17 лет с заболеваниями поджелудочной железы (острый панкреатит – 23, хронический панкреатит – 43, реактивный панкреатит – 22, диспанкреатизм – 151 ребенок соответственно). Девочек было 137 (57%), мальчиков – 102 (43%).

Вне зависимости от формы заболевания дети предъявляли жалобы на боли в животе. Пальпаторно боли в животе были выявлены у 92% детей.

Острый панкреатит: чаще встречался у детей в возрасте 7–14 лет (67%). Длительность болей в животе была от 1–2 дней до 1 месяца. Диагноз верифицирован по увеличению уровня амилазы, диастазы и УЗИ-размеров поджелудочной железы (45%). Дети получали инфузионную терапию, спазмолитики, ингибиторы протеолиза, ферменты. Длительность лечения в стационаре $20,0 \pm 5,0$ койко-дней.

Реактивный панкреатит: характерен как вторичное заболевание для детей в возрасте 3–14 лет (67%) на фоне других заболеваний ЖКТ. Дети получали лечение, соответствующее диагнозу. Длительность лечения в стационаре составило $12,0 \pm 5,0$ койко-дней.

Хронический панкреатит: в 79% случаев выявлен у детей в возрасте 12–17 лет. Диагноз верифицирован по увеличению уровня амилазы, диастазы и УЗИ-размеров поджелудочной железы (53%). Длительность болевого синдрома была от нескольких дней до 2 месяцев. Дети получали омовин, оmez, спазмолитики, ферменты. Длительность лечения в стационаре составило $17,0 \pm 2,5$ койко-дней.

Диспанкреатизм: характерен для детей в возрасте 7–14 лет (72%). Заболевание развивается на фоне других заболеваний ЖКТ. Длительность