

Второй движитель силы сопротивления (по Филарету) — «синдром гражданской войны». Угнетение и истребление соотечественников и соплеменников — самое страшное для любого народа. Исток ее — разделение. «Всякое царство, разделившееся само в себе, опустеет, — предупреждал Иисус Христос, — и всякий город или дом, разделившийся сам в себе, не устоит» (Мф. 12:26). «Война, где восстает на брата брат, Всевышний проклянет стократ» (Р. Тагор). Восприятие гражданской войны как вооруженной борьбы классов за власть — самое страшное и радикальное из закономерного сочетания симптомов. Борьба эта порождается социальным неравенством и экономической безысходностью.

На повседневном уровне жизни гражданина ничего так не озлобляет, как коррупция вышестоящих. Ненависть требует выхода и тогда алчность среди равных становится своеобразной неосознанной мстостью за унижение перед вышестоящим взяточником.

Симптом гражданской войны — это и давление криминала на жизнь соотечественников. Повседневная схватка насмерть, в которой низменная сторона еще навязывает обществу свою примитивную эстетику.

И кризис семьи начинается с того, что двое, некогда полюбивших друг друга людей, не сходятся характерами и начинается борьба за выживание. Заложниками в этом затяжном гражданском сражении становятся престарелые родители и малые дети.

Момент истины, корень противоречий, источник внутреннего конфликта личности и средство для его преодоления — это борьба ветхого и нового человеков в сердце его. Гражданская война обрета и подобия Божия с семенем сына противления.

В искренней вере нет места силе противления, «свободным радикалам» и «синдрому гражданской войны». Единственное условие — покаяние. Суровая закономерность: если покаяние не становится «переменной себя», то можно не сомневаться, что грех возьмет верх над человеком.

Людей, безнадежно заблудившихся в нашем холодном мире и в самих себе, не изменишь. Для этого нужно открыть им иную жизнь, иной мир, в котором безраздельно торжествует не бессмысленность, страдания и жестокая несправедливость, а всеильные и бесконечные — вера, надежда, любовь.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ильязов, Р. Г.* Радиоэкологические, социально-психологические последствия и философские уроки Чернобыльской катастрофы / Р. Г. Ильязов. — Казань: Изд-во «Арт-Форте», 2007. — 52 с.
2. *Серафим, епископ.* Кризис личности — это кризис смысла жизни / Серафим // СБ. Беларусь Сегодня. — 2012. — № 128. — С. 11.
3. *Костиков, В.* Пора менять старые «понятия» / В. Костиков // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2013. — № 31. — С. 4.
4. Филарет. Прививка бессмертия / Филарет // Труды Минской Духовной Академии. — Жировичи, 2010. — № 8. — С. 4–10.

УДК 159.9:796-057.875

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ГомГМУ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В ГРУППАХ СПОРТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПО РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ СПОРТА

Азимок О. П., Новик Г. В., Свентицкая А. Л.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вузовское образование является завершающим этапом процесса общего образования будущих специалистов, и основной стадией их специализации и профессиональной подготовки, а также оказывает огромное влияние на психику человека, развитие его личности.

Известно, что психические состояния в значительной степени определяют протекание психических процессов, физическое и психическое здоровье студентов, являются одним из существенных оснований поведения субъекта, деятельности и различных форм взаимодействия с окружающими, влияют на успешность учебной деятельности [1].

Состояние тревожности затрагивает не только относительно простые, например, сенсорные, но и более сложные — интеллектуальные — процессы. Тревожность может побуждать к активности, конкретизировать возможную опасность, а может быть изнуряющей, выматывающей; появляется ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилие перед внешними факторами [2].

Для оценки уровня тревожных расстройств Вильямом Зангом была разработана система самооценки тревоги. Шкала Цунга (в некоторых источниках — шкала Занга) является ценным инструментом для измерения тревоги и обладает всеми преимуществами шкал самооценки: информация поступает непосредственно от респондента, заполнение шкалы требует мало времени, а сама процедура

оценки очень проста. Шкала состоит из 20 пунктов по которым оценивают различные симптомы. Область применения данной шкалы — диагностические и клинические исследования тревоги, предварительная диагностика патологической тревоги [3].

Изучение психического состояния в спортивной деятельности имеет прямое отношение к изучению индивидуальных особенностей личности занимающихся, а именно: повышенный уровень тревожности, чувство страха, чувство паники, головокружение, головные боли и чувство утомления.

Цель

Определить уровень тревожности и психического состояния у студентов ГомГМУ, занимающихся в группах спортивной специализации по волейболу, баскетболу, легкой атлетике, армрестлингу.

Материалы и методы исследования

Анализ научно-методической литературы; анализ интернет-источников; проведение опросника самооценки тревоги Цунга; метод математической обработки полученных результатов.

Результаты исследования

Шкала самооценки тревоги Цунга заполнялась студентами около 3 мин после краткого инструктирования. Балл определялся в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту: очень редко, редко, часто, большую часть времени или постоянно.

Оценка уровня тревожности и психического состояния студентов проводилась в сентябре 2015 г. в ГомГМУ, на базе кафедры физического воспитания и спорта. В исследовании приняло участие 52 студента с 1 по 6 курс ГомГМУ, занимающихся в группах спортивной специализации по легкой атлетике (13 человек), армрестлингу (13 человек), волейболу (13 человек) и баскетболу (13 человек) в возрасте от 17 до 25 лет.

Исследование показало, что психические состояния, такие как чувство усталости (1,86 балла), чувство паники (1,71 балла) и чувство страха (1,28 балла) наиболее выражены у студентов, которые занимаются легкой атлетикой, головная боль (1,77 балла) и головокружение (1,31 балла) — у студентов, которые занимаются волейболом. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты показателей психических состояний по шкале Цунга у студентов ГомГМУ

Психические состояния	Волейбол, баллы	Баскетбол, баллы	Легкая атлетика, баллы	Армрестлинг, баллы
Головная боль	1,76	1,31	1,64	1,54
Чувство паники	1,46	1,46	1,71	1,31
Чувство усталости	1,7	1,31	1,86	1,31
Головокружение	1,31	1,08	1,0	1,08
Чувство страха	1,15	1,15	1,28	1,0

Таким образом, уровень тревожности у студентов, которые занимаются армрестлингом составляет 28,6 балла, баскетболом — 28,7 балла, волейболом — 32,1 балла, легкой атлетикой — 33,5 балла. Студенты спортивных специализаций волейбола, баскетбола, легкой атлетики и армрестлинга составляют 100 % всех респондентов, у которых низкий уровень тревожности (рисунок 1).

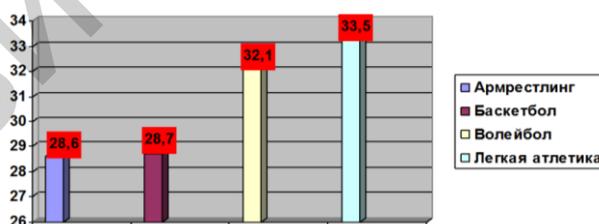


Рисунок 1 — Сравнительные показатели уровня тревожности по шкале Цунга студентов ГомГМУ

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что уровни тревожности и показатели психических состояний у студентов различных спортивных специализаций отличаются и зависят от индивидуальных особенностей личности человека. Становление важных качеств в спортивной деятельности у студентов зависит от переживаемых психических состояний в учебном процессе, их структурной организации, этапов учебного процесса и спортивной специализации. Преподаватель может своевременно заметить особенности в поведении занимающихся, выявить отклонения, мешающие ему показать максимальный результат. В связи с этим, тренер должен принять комплекс мер по снижению уровня тренировочного стресса у юношей: обеспечить положительную (поддерживающую) атмосферу во время и после занятий, сконцентрировать внимание на эмоциональном состоянии, обеспечить реальную оценку действий каждого студента [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимняя, И. А. Педагогическая психология: учеб. пособие / И. А. Зимняя. — Ростов н/Д.: Феникс, 1997. — 480 с.
2. Петровский, В. Н. Специфические трудности общения с тревожными / В. Н. Петровский // Психологические трудности общения: диагностика и коррекция. — Ростов н/Д., 1990. — С. 26–29.
3. Национальный Интернет-портал Российской Федерации [Электронный ресурс] / Свободная общедоступная мультязычная универсальная Интернет-энциклопедия. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org>. — Дата доступа: 05.02.2015.
4. Синельникова, Э. М. Основы неврологического контроля в спорте / Э. М. Синельникова. — М.: Физкультура и спорт, 1984. — С. 16–20.

УДК 611.13:611.37

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Актилович И. Ч., Околокулак Е. С.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время вопросы лечения и диагностики различных заболеваний поджелудочной железы продолжают оставаться в центре внимания многих научно-исследовательских институтов и лечебных учреждений, при этом зачастую единственным радикальным методом лечения остается хирургический [2, 3, 5]. Наряду с результатами успешно проведенных операций, существуют сведения об осложнениях, одной из причин которых являлись кровотечения [2, 3]. В итоге необходимым стало постоянное совершенствование техники резекций поджелудочной железы [2, 3, 5], что определяет интерес исследователей к более целенаправленному изучению топографо-анатомических особенностей артерий данного органа, с учетом их морфометрических показателей, вариантов хода и форм, а также методов формирования коллатералей [4]. Вместе с тем, современная хирургия панкреатодуоденальной области отличается активным внедрением в практику органосохраняющих операций, при которых знание данных вопросов просто необходимо.

Цель

Изучение анатомо-топографических особенностей передней верхней и нижней панкреатодуоденальных артерий головки поджелудочной железы человека и площади кровоснабжения каждого источника.

Материалы и методы исследования

Объектом анатомического исследования послужили препараты поджелудочной железы 105 людей обоего пола в возрасте от 20 до 79 лет, из них: 55 рентгеноангиограмм поджелудочной железы человека; 20 анатомических препаратов органоккомплексов, включавших поджелудочную железу, двенадцатиперстную кишку, желудок, селезенку; 30 исследований поджелудочной железы, выполненных с помощью МСКТ пациентам, не имеющим патологии поджелудочной железы. Расчет статистических показателей проводился с применением табличного процессора MS Microsoft Excel и пакета статистических программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, 2001 г.).

Результаты исследования

Основными артериями, участвовавшими в кровоснабжении головки поджелудочной железы, являлись верхние и нижние панкреатодуоденальные артерии. Передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия в нашем исследовании отмечена во всех случаях [1]. Данная артерия в 98,7 % наблюдений являлась конечной ветвью гастродуоденальной артерии, ее диаметр составил $1,9 \pm 0,3$ мм (по данным МСКТ: диаметр $1,8 \pm 0,4$ мм), длина $52,9 \pm 15,6$ мм. При этом в 89,2 % случаев артерия начиналась совместно с правой желудочно-сальниковой артерией, в 6,7 % — с задней верхней панкреатодуоденальной и правой желудочно-сальниковой артериями в 4,1 % — только с задней верхней панкреатодуоденальной артерией. В 1 (1,3 %) случае передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия начиналась от правой желудочно-сальниковой артерии. Ход артерии не всегда был постоянен: в 35 % случаев передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия следовала по передней поверхности головки поджелудочной железы, из них в 71,4 % наблюдениях — сверху вниз где, достигнув нижнего края головки, терялась в паренхиме железы и в 28,6 % — в поперечном направлении относительно продольной оси головки органа. На 65 % препаратов передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия, после своего начала от гастродуоденальной, поворачивала вправо. Далее на уровне верхней и средней трети нисходящей части двенадцатиперстной кишки артерия направлялась вниз, при этом в 76,9 % случаев она лежала в борозде между двенадцатиперстной кишкой и головкой поджелудочной желе-