

(Б. А. Ивановський, 1935), „Лечебная физкультура” (І. М. Саркізов-Серазіні, 1935), „Спортивная травматология” (І. Крячко, А. Ланда, 1937), „Спортивный массаж” (І. М. Саркізов-Серазіні, 1937), „Справочник врача-физкультурника” (Д. Ф. Дешин, Г. І. Котов, 1938), „Движение человеческого тела” (М. Ф. Іваницький, 1938), „Анатомия мышечной системы” (П. Ф. Лесгафт, 1938), „Научные основы закаливания” (І. М. Саркізов-Серазіні, 1938), „Физиология человека” (А. І. Крестовніков, 1938), „Лечебная физкультура. Методика и организация физической культуры в лечебно-профилактических учреждениях” (за редакцією В. К. Добровольського та М. І. Куслика, 1939), „Самоконтроль и санитарно-гигиенические навыки физкультурников” (М. Раскін, 1939), „Основы врачебного контроля над физкультурой” (І. М. Саркізов-Серазіні, 1939), „Спортивный массаж и самомассаж” (І. М. Саркізов-Серазіні, 1939) [2].

Було також видано збірники наукових праць: „Врачебные исследования физкультурников” (1931), „Здравоохранение и физкультура” (1934), „Проблемы врачебного контроля” (1939), „Труды Центрального научно-исследовательского института физической культуры. Исследования по физиологии физических упражнений” (1939), збірник наукових праць фізіологічної лабораторії Центрального науково-дослідного інституту з фізичної культури „Физиологические основы спорта” (1935) та матеріали наукової конференції „Лечебная физкультура на курортах” (1933) [3].

Усі ці книги були надруковані у спеціалізованому видавництві „Физкультура и спорт”, за тематико-типологічною характеристикою вони поділялися на книги, брошури, підручники, навчальні посібники, програми, наукові та науково-популярні видання. Звісно, друкували їх російською мовою, а авторами видань були знані вчені, які здійснювали наукові дослідження й активно упроваджували їх у спортивно-тренувальну діяльність. Осторонь не залишали й вищу школу: підручники та навчальні посібники, збірники наукових праць та матеріали конференцій поповнювали фонди бібліотек, стали основою інформаційного забезпечення у ВНЗ фізкультурного профілю.

Висновки. Завдяки розвитку медицини відбулося формування нового її відгалуження – спортивної медицини, яка розпочала вивчати вплив фізичної культури і спорту на здоров’я, фізичний розвиток та морфофункціональні особливості організму людини. Це відбувалося у 20-30-х роках ХХ століття у спеціалізованих науково-дослідних інститутах фізичної культури. Разом з розвитком спортивної медичної науки почали здійснюватися наукові дослідження й з’являтися їх результати у вигляді книг, брошур, підручників та навчальних посібників, наукової та науково-популярної літератури, яка стала підґрунтям інформаційного забезпечення галузі фізичної культури і спорту в цілому та ВНЗ фізкультурного профілю зокрема.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фомин Ю. А. ВНИИФК – головное учреждение отечественной спортивной науки / Ю. А. Фомин, З. К. Смеловская // Теория и практика физической культуры. – 1998. - № 10. – Режим доступа : <http://www.teoria.ru>.
2. Издательство „Физкультура и спорт” : библиогр. указ. в 2-х т. –М. : Физкультура и спорт, 1983. – Т. 1. – 384 с.
3. Там само. – 384 с.

Н. Р. СИНЮРА-РОСТУН

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ’Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ: ПРОСТОРОВИЙ АСПЕКТ

Здорові діти - здорова нація.

Анотація. Стаття присвячена проблемам захворюваності дітей дошкільного та шкільного віку у просторовому аспекті. Аналізуються основні причини погіршення

високий рівень здоров'я спостерігався у 12,2% школярів. У середній ланці навчання уже 63,6% учнів мали низький рівень фізичного здоров'я; середній рівень здоров'я – 34,3% дітей і високий рівень здоров'я спостерігався лише у 2,1% школярів. Школярі, які відносяться до старшої ланки навчання, мали найгірші результати за рівнями здоров'я у порівнянні зі школярами із двох попередніх. У 75,4% учнів спостерігався низький рівень фізичного здоров'я; середній рівень здоров'я мали 19,3% дітей і високий рівень здоров'я було констатовано лише у 5,3% школярів [9].

У Львівській області у 2007 р. було вперше зареєстровано понад 581 тис. випадків захворювань серед дітей віком до 14 років та понад 107 тис. випадків захворювань у дітей віком 15-17 років.

У розрахунку на 100 тис. населення захворюваність дітей є у 1,9 рази вищою, ніж у дорослого населення, підлітків – в 1,3 рази [11].

У 2008р. в області спостерігалась позитивна тенденція зниження кількості зареєстрованих випадків дитячої захворюваності, що можна пояснити загальним зниженням кількості дитячого населення, оскільки з розрахунку на 100 тис. дітей рівень захворюваності зріс порівняно з 2005р. на 1400 зареєстрованих випадків захворюваності. Відбулось збільшення кількості захворювань крові та кровотворних органів, системи кровообігу, вуха, органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини хвороб сечостатевої системи [17, с. 50]. Кількість дітей, які стали інвалідами у 2008р. проти 2006р. знизилась на 133 випадки і становила у 2008р. 21,8 випадки на 10тис. ос. відповідного віку проти 29,8 випадків у 2006р. Найпоширенішими причинами інвалідності серед дітей залишаються вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, хвороби нервової системи, розлади психіки та поведінки, хвороби кістково-м'язової системи [12, с. 77.].

Здоров'я людини залежить від комплексу чинників, а саме: від способу життя (майже 50%), екології (близько 20%), спадковості (близько 20%), системи охорони здоров'я (близько 10%) [2]. Спосіб життя є визначальним фактором стану здоров'я дітей і підлітків в регіоні, оскільки: перевантаженість навчанням, невідповідність шкільних меблів статурі і віку школярів, відсутність раціонального добового режиму, що сприяє низькій руховій активності, незбалансоване харчування, шкідливі звички сприяють розвитку хронічних захворювань з раннього віку.

На думку батьків, основні чинники, що впливають на самопочуття дитини – це переобтяженість навчальних програм з предметів (53%), телевізор та комп'ютер (48%), екологічні умови (47%), невміння раціонально розподіляти час (45%), низька рухова активність (45%), мало часу на свіжому повітрі, неправильне харчування, недотримання правил гігієни, шкідливі звички батьків. Обсяг навчального навантаження перевищує гігієнічні нормативи на 14%-18% у молодших класах і біля 19%-22% у старших, особливо це відзначається в закладах нового типу, спеціалізованих класах з поглибленим вивченням окремих предметів [7].

Шкідливі звички посідають чільне місце в системі факторів, що здійснюють найбільш руйнівний вплив на дитячий організм. Проблема підліткового алкоголізму набрала небезпечних масштабів в регіоні та державі загалом. За даними міжнародного благодійного фонду «Україна 3000», у віці до 10 років 40% хлопців і 20% дівчат вже пробували алкоголь. У 12 років алкогольні напої пробували вже 50% дітей. Крім того, до 11 років 17% українських школярів починають курити сигарети [18].

Проведені науковцями дослідження [16, с. 209 – 213] засвідчують певну різницю між станом здоров'я дітей у міських та сільських поселеннях. Школярі в умовах міста випереджають своїх ровесників із села за показниками зросту, маси тіла, що розцінюється як прояв акселерації. Аналіз рівня здоров'я, проведений дослідниками, виявив серед школярів, які навчалися у міському закладі високий рівень здоров'я у 10%, вище середнього – у 5%, середній – у 30%, нижче середнього – у 5% і у 50% школярів рівень здоров'я був оцінений як низький. Серед школярів сільської середньої загальноосвітньої школи високого та вище

середнього рівня здоров'я не було виявлено, середній зафіксовано у 25 % дітей, нижче середнього – у 20 % та низький рівень – у 55 % обстежених.

В той же час інші дослідники переконують у кращому стані здоров'я сільських школярів, оскільки для цього є більше потенційних можливостей [4]. Автори вважають, що оскільки у селах діти харчуються переважно здоровою їжею, то зміни у функціонуванні кишково-шлункового тракту повинні бути дуже незначними. Сільський простір і свіже повітря сприяють розвитку дихальної системи учнів, зовсім протилежна ситуація спостерігається у школах міст. Відсутність у містах чистого повітря, загазованість, страшна екологія, скудність природного довкілля, засміченість дворів, шкільних майданчиків – все це негативно впливає на повітря, яким дихають міські діти. Оптимальна рухова активність сільських дітей є в 2-3 рази більшою, ніж міських. Вони упродовж дня рухаються (з паузами відпочинку) 4-6 годин. Діти міських шкіл максимально рухаються протягом дня 2-3 години (майже вдвічі менше), витрачаючи вільний час на комп'ютерні ігри, ігрові автомати, перегляд телепередач.

У містах спостерігаються високі рівні забруднення атмосферного повітря викидами автотранспорту, що особливо несприятливо впливає на стан здоров'я дітей. Вад розвитку дітей у містах із забрудненим атмосферним повітрям зустрічаються у 3-4 рази частіше ніж у відносно чистих. Дослідження показали, що у дітей, які відвідують школи, розташовані біля автомагістралей, частіше відзначається порушення дихальних функцій, зниження імунобіологічної реактивності організму, відхилення з боку центральної нервової системи, підвищений вміст у крові карбоксигемоглобіну, зниження фізичного розвитку. Встановлено, що найбільш сильний вплив на рівень загальної захворюваності дітей здійснюють забруднення атмосферного повітря оксидом вуглецю і міський шум.

Невеликі концентрації забруднювачів, які постійно присутні в атмосферному повітрі, викликають хронічні захворювання. Забруднювачі перш за все впливають на імунну систему організму, викликають зниження опірності організму. Викиди автотранспорту виявились одним і з чинників, які викликають порушення обміну речовин в організмі. У школярів дослідних шкіл м. Львова цей вплив проявився у хворобою щитовидної залози і ожирінням. Також вплив транспорту проявляється у хворобах шкіри, захворювання центральної нервової системи та шлунку, печінки. [13, с. 125 – 131].

Для зниження рівня дитячої захворюваності необхідно вжити ряду заходів, серед яких:

1. для профілактики порушення постави потрібна забезпеченість меблями, згідно з ростовими та віковими особливостями дітей, яка сьогодні складає лише 50-75% від потреби;
2. для зниження патології органів травлення, у тому числі анемії, необхідно організувати раціональне харчування дітей. Питома вага охоплення гарячим харчуванням учнів 1-4 класів становить в середньому по країні 96,7%, у Львівській області 87%. Учні 9-11 класів охоплені гарячим харчуванням в середньому на 43,5%, у Львівській області - 10,5% [14];
3. необхідними є запровадження у школах програм «чиста вода», «теплі туалети», програм фізичного виховання учнів «олімпійська освіта» [5];
4. зміна шкільної програми в сторону зниження рівнів завантаженості школярів та впровадження більшої кількості занять руховою активністю;
5. впровадження дієвих заходів з пропагування та формування установок здорового способу життя серед молоді;
6. впровадження програми "Здоровий зір" для школярів. Ця соціальна програма направлена на підтримку здорового зору і має за мету сформувати культуру профілактики збереження зору серед школярів [10].

Висновки. Підсумовуючи сказане очевидно, що здоров'я дітей суттєво погіршилося внаслідок комплексної дії протягом останніх років низки екологічних, соціально-економічних та педагогічних чинників. Недосконала система медичного огляду дітей, що підкріплюється неповною статистичною базою оцінки стану здоров'я дітей не дозволяють

високий рівень здоров'я спостерігався у 12,2% школярів. У середній ланці навчання уже 63,6% учнів мали низький рівень фізичного здоров'я; середній рівень здоров'я – 34,3% дітей і високий рівень здоров'я спостерігався лише у 2,1% школярів. Школярі, які відносяться до старшої ланки навчання, мали найгірші результати за рівнями здоров'я у порівнянні зі школярами із двох попередніх. У 75,4% учнів спостерігався низький рівень фізичного здоров'я; середній рівень здоров'я мали 19,3% дітей і високий рівень здоров'я було констатовано лише у 5,3% школярів [9].

У Львівській області у 2007 р. було вперше зареєстровано понад 581 тис. випадків захворювань серед дітей віком до 14 років та понад 107 тис. випадків захворювань у дітей віком 15-17 років.

У розрахунку на 100 тис. населення захворюваність дітей є у 1,9 рази вищою, ніж у дорослого населення, підлітків – в 1,3 рази [11].

У 2008р. в області спостерігалась позитивна тенденція зниження кількості зареєстрованих випадків дитячої захворюваності, що можна пояснити загальним зниженням кількості дитячого населення, оскільки з розрахунку на 100 тис. дітей рівень захворюваності зріс порівняно з 2005р. на 1400 зареєстрованих випадків захворюваності. Відбулось збільшення кількості захворювань крові та кровотворних органів, системи кровообігу, вуха, органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини хвороб сечостатевої системи [17, с. 50]. Кількість дітей, які стали інвалідами у 2008р. проти 2006р. знизилась на 133 випадки і становила у 2008р. 21,8 випадки на 10тис. ос. відповідного віку проти 29,8 випадків у 2006р. Найпоширенішими причинами інвалідності серед дітей залишаються вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, хвороби нервової системи, розлади психіки та поведінки, хвороби кістково-м'язової системи [12, с. 77.].

Здоров'я людини залежить від комплексу чинників, а саме: від способу життя (майже 50%), екології (близько 20%), спадковості (близько 20%), системи охорони здоров'я (близько 10%) [2]. Спосіб життя є визначальним фактором стану здоров'я дітей і підлітків в регіоні, оскільки: перевантаженість навчанням, невідповідність шкільних меблів статури і віку школярів, відсутність раціонального добового режиму, що сприяє низькій руховій активності, незбалансоване харчування, шкідливі звички сприяють розвитку хронічних захворювань з раннього віку.

На думку батьків, основні чинники, що впливають на самопочуття дитини – це переобтяженість навчальних програм з предметів (53 %), телевізор та комп'ютер (48 %), екологічні умови (47 %), невміння раціонально розподіляти час (45 %), низька рухова активність (45 %), мало часу на свіжому повітрі, неправильне харчування, недотримання правил гігієни, шкідливі звички батьків. Обсяг навчального навантаження перевищує гігієнічні нормативи на 14%-18% у молодших класах і біля 19%-22% у старших, особливо це відзначається в закладах нового типу, спеціалізованих класах з поглибленим вивченням окремих предметів [7].

Шкідливі звички посідають чільне місце в системі факторів, що здійснюють найбільш руйнівний вплив на дитячий організм. Проблема підліткового алкоголізму набрала небезпечних масштабів в регіоні та державі загалом. За даними міжнародного благодійного фонду «Україна 3000», у віці до 10 років 40 % хлопців і 20 % дівчат вже пробували алкоголь. У 12 років алкогольні напої пробували вже 50 % дітей. Крім того, до 11 років 17 % українських школярів починають курити сигарети [18].

Проведені науковцями дослідження [16, с. 209 – 213] засвідчують певну різницю між станом здоров'я дітей у міських та сільських поселеннях. Школярі в умовах міста випереджають своїх ровесників із села за показниками зросту, маси тіла, що розцінюється як прояв акселерації. Аналіз рівня здоров'я, проведений дослідниками, виявив серед школярів, які навчалися у міському закладі високий рівень здоров'я у 10%, вище середнього – у 5%, середній – у 30%, нижче середнього – у 5% і у 50% школярів рівень здоров'я був оцінений як низький. Серед школярів сільської середньої загальноосвітньої школи високого та вище

середнього рівня здоров'я не було виявлено, середній зафіксовано у 25 % дітей, нижче середнього – у 20 % та низький рівень – у 55 % обстежених.

В той же час інші дослідники переконують у кращому стані здоров'я сільських школярів, оскільки для цього є більше потенційних можливостей [4]. Автори вважають, що оскільки у селах діти харчуються переважно здоровою їжею, то зміни у функціонуванні кишково-шлункового тракту повинні бути дуже незначними. Сільський простір і свіже повітря сприяють розвитку дихальної системи учнів, зовсім протилежна ситуація спостерігається у школах міст. Відсутність у містах чистого повітря, загазованість, страшна екологія, скудність природного довкілля, засміченість дворів, шкільних майданчиків – все це негативно впливає на повітря, яким дихають міські діти. Оптимальна рухова активність сільських дітей є в 2-3 рази більшою, ніж міських. Вони упродовж дня рухаються (з паузами відпочинку) 4-6 годин. Діти міських шкіл максимально рухаються протягом дня 2-3 години (майже вдвічі менше), витрачаючи вільний час на комп'ютерні ігри, ігрові автомати, перегляд телепередач.

У містах спостерігаються високі рівні забруднення атмосферного повітря викидами автотранспорту, що особливо несприятливо впливає на стан здоров'я дітей. Вади розвитку дітей у містах із забрудненим атмосферним повітрям зустрічаються у 3-4 рази частіше ніж у відносно чистих. Дослідження показали, що у дітей, які відвідують школи, розташовані біля автомагістралей, частіше відзначається порушення дихальних функцій, зниження імунобіологічної реактивності організму, відхилення з боку центральної нервової системи, підвищений вміст у крові карбоксигемоглобіну, зниження фізичного розвитку. Встановлено, що найбільш сильний вплив на рівень загальної захворюваності дітей здійснюють забруднення атмосферного повітря оксидом вуглецю і міський шум.

Невеликі концентрації забруднювачів, які постійно присутні в атмосферному повітрі, викликають хронічні захворювання. Забруднювачі перш за все впливають на імунну систему організму, викликають зниження опірності організму. Викиди автотранспорту виявились одним із чинників, які викликають порушення обміну речовин в організмі. У школярів дослідних шкіл м. Львова цей вплив проявився у хворобою щитовидної залози і ожирінням. Також вплив транспорту проявляється у хворобах шкіри, захворювання центральної нервової системи та шлунку, печінки. [13, с. 125 – 131].

Для зниження рівня дитячої захворюваності необхідно вжити ряду заходів, серед яких:

1. для профілактики порушення постави потрібна забезпеченість меблями, згідно з ростовими та віковими особливостями дітей, яка сьогодні складає лише 50-75% від потреби;
2. для зниження патології органів травлення, у тому числі анемії, необхідно організувати раціональне харчування дітей. Питома вага охоплення гарячим харчуванням учнів 1-4 класів становить в середньому по країні 96,7%, у Львівській області 87%. Учні 9-11 класів охоплені гарячим харчуванням в середньому на 43,5%, у Львівській області - 10,5% [14];
3. необхідними є запровадження у школах програм «чиста вода», «теплі туалети», програм фізичного виховання учнів «олімпійська освіта» [5];
4. зміна шкільної програми в сторону зниження рівнів завантаженості школярів та впровадження більшої кількості занять руховою активністю;
5. впровадження дієвих заходів з пропагування та формування установок здорового способу життя серед молоді;
6. впровадження програми "Здоровий зір" для школярів. Ця соціальна програма направлена на підтримку здорового зору і має за мету сформувати культуру профілактики збереження зору серед школярів [10].

Висновки. Підсумовуючи сказане очевидно, що здоров'я дітей суттєво погіршилося внаслідок комплексної дії протягом останніх років низки екологічних, соціально-економічних та педагогічних чинників. Недосконала система медичного огляду дітей, що підкріплюється неповною статистичною базою оцінки стану здоров'я дітей не дозволяють

виявити реальні масштаби захворюваності. Важливо, щоб заходи які розробляються та запроваджуються органами влади для зниження рівня захворюваності були реалізованими в повній мірі та дали позитивний результат.

На даному етапі важливого значення набуває також економічна оцінка впливу здоров'я дітей на розвиток економіки регіону, саме в цьому напрямі повинні сконцентрувати свої подальші дослідження вчені-економісти, що повинно сприяти розробці більш ефективних заходів для покращення здоров'я дітей та стабільного соціально-економічного розвитку регіону.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баландюх О.А. звідки взятися здоров'ю? [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.lvivpost.net/content/view/5407/213/>
2. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І. Формування здорового способу життя [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/7d8d89bb7081a68bc2256d950025da23/d90eaa7a0d2f81bac2256ddd003ba23a?>
3. Васійчук О.В. Соціально - педагогічні аспекти формування здорового способу життя молодших школярів [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/vchu/N121/N121p043-048.pdf
4. Денисенко Н.Ф. Особливості формування здоров'я учнів загальноосвітніх шкіл сільської місцевості [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/PPMB/texts/200710/07dnfesc.pdf
5. Електронний ресурс – Режим доступу: <http://vgolos.com.ua/politic/news/2872.html?page=175>
6. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення у 2007р. – К.: 2008. – 96с. – с.22 – 65
7. Здоров'я учасників навчально-виховного процесу [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.osvit-portal.lviv.ua/portal/uploads/news/5.doc>
8. Здоров'я школярів [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://daily.lviv.ua/index.php?newsid=11010>
9. Ляхова І.М., Кружило Г.Г. Фізичне здоров'я учнів 1-11 класів: проблеми та шляхи їх вирішення [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/ppmb/texts/2007-06/07linwtd.pdf
10. Майже 80% школярів мають проблеми з зором [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zaxid.net/newsua/2010/3/25/111929/>
11. Матковський С. Основні тенденції демографічного розвитку Львівської області з часу проведення Всеукраїнського перепису населення. Економічна доповідь. «27» серпня 2009 р. № 11-09/200 [Електронний ресурс].
12. Населення Львівської області. Демографічний щорічник 2008. - Головне управління статистики у Львівській області. - Львів – 2009. – 116 с. – с. 77.
13. Оліферчук В.П., Кокот В.Р., Гарник Т.П., Уманець Н.С. Вплив забруднення атмосферного повітря викидами автотранспорту на стан здоров'я школярів міста Львова / Науковий вісник, 2003, вип. 13.5 с. 125 – 131 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/>
14. Порушення у навантаженні учнів в школах негативно впливає на здоров'я дітей [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.vezha.org/print11249.html>
15. Ріпак О. М., Турчик І. Х., Лесько О. М. Ставлення класоводів Львівщини до фізичної культури як частини здорового способу життя. / [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/Portal/Soc_Gum/Mnv/2008/2/Ripak_Turchyk_Lesko.pdf
16. Сосонка І., Гурінович Х. Фізичний розвиток та рівень здоров'я дітей середнього шкільного віку з урахуванням урбанізації / Молода спортивна наука України, 2008. Т. 4. с. 209 – 213 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/>

17. Соціальні індикатори рівня життя населення. Статистичний збірник. - Головне управління статистики у Львівській області, Львів-2009. – 164 с. – с. 50

18. 87% львівських школярів пили горілку [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ua.korrespondent.net/tech/306027>

С. Д. - Г. Т. ТЕРЕШКЕВИЧ, Н. О. НАЗАР,
В. Т. АНДРУШКО

ПОСТАБОРТНИЙ СИНДРОМ: ПЛАТА ЗА „ВИБІР”

В статті розглядається вирішення проблеми постабортного синдрому (ПАСу) в контексті біоетики. Висвітлюються причини, форми прояву, а також лікування, реабілітація та ресоціалізація хворих на ПАС. Ця проблема в нашому суспільстві ще не стала об'єктом всезагального обговорення, тому його жертви здебільшого переживають проблему в ізоляції і без належної допомоги. Наслідки абортів вимагають комплексного лікування і не можуть зводитися лише до медичного консультування та терапії, але також слід розглядати цю проблему з огляду на духовну сутність людини і віднайти шлях примирення з Богом, із собою та тими, хто був до цього причетний.

Ключові слова: запліднення, ембріон, народження, постабортний синдром, штучний аборт, совість

В статье рассматривается решение проблемы постабортного синдрома (ПАСа) в контексте биоэтики. Освещаются причины, формы проявления, а также лечения, реабилитация и ресоциализация больных ПАСом. Эта проблема в нашем обществе еще не стала объектом всеобщего обсуждения, потому его жертвы по большей части переживают проблему в изоляции и без надлежащей помощи. Последствия аборта требуют комплексного лечения и не могут сводиться лишь к медицинскому консультированию и терапии, но также следует рассматривать эту проблему, учитывая духовную сущность человека и найти путь примирения с Богом, с собой и теми, кто был до этого причастный.

Ключевые слова: оплодотворение, эмбрион, рождение, постабортный синдром, искусственный аборт, совесть

The problem of post-abortion syndrome (PAS) in the context of bioethics is scrutinized in the article. The reasons, signs, treatment, rehabilitation and resocialization of the patients with post-abortion syndrome are highlighted. Nowadays this problem is not being universally discussed in our society. Therefore, the victims predominantly suffer from consequences of abortion in isolation deprived of proper care. Consequences of abortion require complex treatment and cannot be reduced solely to medical counseling and therapy. This problem should be considered in terms of spiritual nature of a human being, and the ways of reconciliation with God, oneself and those involved with it should be found.

Key words: fertilization, embryo, birth, postabortion syndrome, abortion, conscience

Вступ. Біоетика привертає увагу, зокрема, до біологічного і антропологічного статусу ембріона людини, який від моменту запліднення має всі характеристики людської особистості: керовану особистим геномом свою власну проект-програму життя, і людську гідність, що заслуговує на повагу. Живий людський ембріон є з моменту запліднення людським суб'єктом з добре визначеною ідентичністю, який починає з цього моменту свій власний, безперервний, постійний і координований розвиток; має право на власне життя, і кожне втручання, яке не було б на користь ембріону, розглядається як дія, що порушує таке право[2]. Особливо це стосується добровільного аборту (фармацевтичного чи хірургічного).