Міністерство освіти і науки України

Одеський національний політехнічний університет

Кафедра психології та соціальної роботи

Волошенко М.О.

Конспект лекцій з курсу:

«Медико – соціальні засади здоров’я»

для студентів спеціальності 6.130102 «Соціальна робота»

Міністерство освіти і науки України

Одеський національний політехнічний університет

Кафедра психології та соціальної роботи

Волошенко М.О.

Конспект лекцій з курсу:

«Медико – соціальні засади здоров’я»

для студентів спеціальності 6.130102 «Соціальна робота»

Затверджено на

засіданні кафедри ПСР

Протокол №7 від 20.02.2018 р.

Одеса ОНПУ 2018

Конспект лекцій з дисципліни «Медико – соціальні засади здоров'я» для студентів гуманітарного факультету очної та заочної форми навчання, спеціальність – 6.130102 "Соціальна робота" / Уклад.: Волошенко М. О. Одеса: ОНПУ, 2018. – 51 с.

Укладач: Волошенко М.О., кандидат пед. наук, ст. викладач

Зміст стр.

[Лекція 1. Предмет, категорії та основні принципи медико-соціальної роботи 4](#_Toc508659674)

[Лекція 2. Вплив різних факторів на здоров’я людини 8](#_Toc508659675)

[Лекція 3. Медико-соціальні аспекти захворювань сучасності 10](#_Toc508659676)

[Лекція 4. Критичні періоди розвитку особистості 14](#_Toc508659677)

[Лекція 5. Спосіб життя і здоров’я 19](#_Toc508659678)

[Лекція 6. Здоров’я дітей та підлітків 22](#_Toc508659679)

[Лекція 7. Сон та його значення для здоров’я 24](#_Toc508659680)

[Лекція 8. Професійне здоров’я 26](#_Toc508659681)

[Лекція 9. Профілактика алкоголізму, наркоманії і токсикоманії 29](#_Toc508659682)

[Лекція 10. Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом 32](#_Toc508659683)

[Лекція 11. Медико-соціальна робота з особами літнього віку 35](#_Toc508659684)

[Лекція 12. Профілактика нервово-психічних порушень та аномалій розвитку 39](#_Toc508659685)

[Лекція 13. Перша допомога в екстремальних умовах 42](#_Toc508659686)

[Лекція 14. Перша допомога в екстремальних умовах. 44](#_Toc508659687)

[Лекція 15. Соціально-медична робота в осередках поразки 47](#_Toc508659688)

[Список літератури 51](#_Toc508659689)

Лекція 1. Предмет, категорії та основні принципи медико-соціальної роботи

*Завдання психогігієни. Визначення поняття „здоров'я”. Психічне здоров'я, норма, патологія. Індивідуальне і суспільне здоров'я. Показники здоров'я населення. Фактори, що впливають на здоров'я. Співвідношення біологічних, фізико-хімічних і соціальних факторів в розвитку особистості.*

Здоров'я - це необхідна умова активної і нормальної життєдіяльності людини. Серйозні порушення в цій сфері тягнуть за собою зміни в звичному способі життя, встановленої практики відносин з навколишнім світом, можливу втрату професійної дієздатності, а в цілому - вимушену корекцію планів на майбутнє.

Здоров'я - це дуже складний, системний за своєю сутністю феномен. Він має свою специфіку прояву на фізичному, психологічному і соціальному рівнях розгляду. Проблема здоров'я носить виражений комплексний характер. На її вивченні зосереджені зусилля багатьох наукових дисциплін. Серед них одне з провідних місць по праву належить **медико-соціальним** **основам здоров'я.** Без перебільшення можна сказати, що **медико-соціальні основи здоров'я** сьогодні - це перспективна, швидко розвивається область знання, яка передбачає спеціальну підготовку психологів для практичної роботи в цьому напрямку.

Головний акцент в цій області знання належить робити не стільки на сам факт вже заявила про себе тієї чи іншої психічної хвороби (що традиційно входить в компетенцію клінічної психології, психіатрії і психопатології), скільки на початковому формуванні здорової психіки і підтримки її функціонування. Тому на передній план виходить профілактика фізичного, психічного і соціального здоров'я, *турбота про здоров'я заради здорової людини.* У стратегічному відношенні принципово більшого ефекту слід очікувати, якщо зосередити все необхідне на запобігання самих причин, що породжують психічні захворювання.

У підручнику простежується історія становлення психології здоров'я, розкривається предметна область її досліджень, розглядається взаємозв'язок з іншими науками. Наводиться аргументація на користь того, що найбільш перспективним підходом до визначення здоров'я є віднесення його до категорії системних понять. Дотримуючись цієї відправної точки зору, аналізується специфіка прояви фізичного, психологічного та соціального здоров'я. Одна з центральних тем психології здоров'я, якої в підручнику приділяється особлива увага, - це формування у людини органічної потреби в здоровому способі життя і відповідних формах його забезпечення. І нарешті, *вперше робиться спроба* *показати можливість і необхідність вирішення головного завдання* ***медико-соціальних*** ***основ здоров'я*** *як самостійної наукової дисципліни,* *а саме:* *розкрити,* *по* *можливості, психологічне забезпечення здоров'я на основних етапах життєвого шляху людини.*

Психологія здоров'я ще тільки стверджується у вітчизняній психології в якості нової і самостійної області наукового знання. Однак слід згадати, що інтерес до однієї з центральних її проблем - проблеми психічного здоров'я особистості - проявився з боку російських вчених значно раніше. Величезна заслуга в її постановці і залучення до неї уваги широкої громадськості належить академіку Володимиру Михайловичу Бехтереву (1857-1927), по праву займає одне з перших місць у ряді корифеїв російської наукової думки. Його авторське спадщина вражає уяву не тільки обсягом створеного, але і широтою розподілу творчої активності. Його перу належать роботи в області медицини, в тому числі по морфології мозку, психіатрії та медичної психології, дитячої психології, педагогіки, загальної психології, а також психології особистості. Значення праць Бехтерева і створеної ним наукової школи, як свідчать тенденції розвитку психології на рубежі XXI ст., Знаходять все більшу притягальну силу.

Тему психічного здоров'я Бехтерєв формулює вже на самому початку своєї творчої діяльності. Особистість, по Бехтереву, це людина зі своїм індивідуальним психічним укладом в єдності розумових і душевних якостей, активним ставленням до оточуючих його зовнішніх умов, здатний до управління своєю поведінкою і власної діяльності. Головне, що організовує особистість, - це її спрямованість, т. Е. Те, що надає життєдіяльності спрямований, націлений характер, що керує думками, діями і вчинками.

Перше і найважливіше умова правильного розвитку особистості - природа організму, спадщина його батьків або ті антропологічні особливості, які складають ґрунт для розвитку особистості. Біологічна спадковість передає з покоління в покоління зовнішні форми людської особистості, ті біохімічні процеси, які лежать в основі се внутрішньої організації, знаходячи відображення в особливостях темпераменту і характеру.

Ще один фактор пов'язаний з умовами зачаття і розвитку людського організму. Несприятливі умови зачаття і розвитку плоду тягнуть за собою дегенеративні особливості потомства, які врешті-решт зводяться до розкладання особи і до її занепаду. Причинами такого результату можуть бути погана спадковість батьків, їх (або одного з них) алкоголізм або фізичні вади, хвороба матері під час зачаття і вагітності, а також важкі фізичні та психічні моменти протягом вагітності. Якщо фізичний розвиток організму від природи слабо виражене і дитина з самого раннього віку вразливий до цілого ряду інфекційних хвороб, не забезпечений достатньою і правильним харчуванням, то процес повного розквіту особистості, її вдосконалення вже буде в тій чи іншій мірі затриманий.

Економічні умови - одна з головних причин, що впливають на розвиток особистості. Невдала економічна політика прирікає народ на боротьбу за існування, за право на життя. несприятливі економічні умови, в тому числі недостатнє харчування населення, призводять до фізичного ослаблення організму, виснаження його хворобами, порушення правильного, повноцінного розвитку психіки і особистості в цілому, поширенню душевних захворювань.

Алкоголізм - один з найлютіших факторів, що несе в собі реальну загрозу розпаду особистості. Алкоголь паралізує сферу почуттів, знижує моральні, інтелектуальні і вольові якості людини, підриває в корені основні підвалини особистості і є в той же час однією з найважливіших причин, що призводять до розвитку душевних хвороб, виродження і злочинності.

При цьому боротьба з пияцтвом в народі, підкреслює Бехтерєв, залишиться безсилою до тих пір, поки державний бюджет буде шукати свою опору в тих величезних доходах, які витягуються з народного звернення в рахунок споживання їм спиртних напоїв.

Працьовита, помірна і довге життя за правилами гігієни є мета, якої слід прагнути людині. Життя за правилами гігієни є одним із засобів для здійснення кращих моральних ідеалів, бо вона дає можливість безперервного розумового і морального самовдосконалення, для якого тілесне благополуччя - одна з необхідних умов. Без нього недосяжно головне: гармонія душі і тіла. Суспільство повинно перш за все потурбуватися про створення здорових умов для життєдіяльності особистості. У забезпеченні фізичного психічного здоров'я людей держава зобов'язана взяти на себе головну відповідальність.

Основи майбутньої особистості закладаються ще в дошкільному віці і пов'язані, перш за все, з правильним і раціональним вихованням дитини з перших днів його життя. Правильно поставлене виховання відіграє величезну роль не тільки в розвитку характеру, але і в зміцненні фізичного і психічного здоров'я. Виховання повинно створювати особистість самостійну, ініціативну, розумно критичну до себе і до всього оточуючого.

Невігластво, недосконалість і брак освіти - головні умови неповноцінного розвитку особистості

Особистість - істота соціальна. Завжди і всюди вона є продуктом біосоціальних умов, зобов'язана своїм походженням, з одного боку, біологічному спадок, отриманого від предків, а з іншого - соціальних умов навколишнього середовища, соціальної спадковості, завдяки якій з роду в рід передаються всі придбання життєвого досвіду попередніх поколінь. Без соціального середовища немає і не може бути особистості. Людина виховується в ній з дня народження: в колі сім'ї, близьких родичів і людей, в шкільному середовищі, серед своїх товаришів, ще пізніше черпає свій життєвий досвід у професійному оточенні.

Внутрішній вигляд особистості визначається значною мірою суспільством, його інтересами, звичаями та іншими громадськими установами. Поведінка особистості підпорядковане законам суспільства. Самобутній розвиток особистості найкраще забезпечується повне право вільно в її поглядах і прагненнях, що не порушують разом з тим інтереси інших і особливо інтереси суспільства як цілого.

Правильний розвиток і соціальне здоров'я особистості - основа національного добробуту країни. Незадовільні умови суспільного життя підточують душевне здоров'я особистості. Немає повного розвитку особистості там, де немає громадської діяльності: її відсутність породжує неробство, бездіяльність, моральне і фізичне виродження, розумовий і фізичний занепад; особистість зупиняється у своєму розвитку, стає пасивним членом суспільства. Правильно організована громадська діяльність на засадах самоврядування є найкраща школа для повноцінного, здорового розвитку та виховання особистості.

Кожна людина - діяч, творець і творець майбутнього. Особистий розвиток йде то швидше, то повільніше, але безупинно, все життя до її кінцевого межі. Кожна мить її життя є тільки ступінь для підняття вгору до вищих форм прояву індивідуальності.

У цьому полягає основний закон нормального розвитку людського життя. Треба визнати, що меж вдосконалення особистості не існує. Всі наші зусилля мають бути спрямовані на безперервне вдосконалення своєї власної особистості відповідно до інтересів людської спільності.

В наприкінці 1970-х рр виникає область досліджень, повністю належить психології. Вона отримала назву **медико-соціальні основи здоров'я.**

Психосоматична і поведінкова медицина, психологія здоров'я при всій специфічності власних підходів сходяться на тому, що здоров'я і хвороба є результати взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Ця ідея отримала свій відбиток у біопсихосоціальної моделі, запропонованої в 1977 р Д.Енджелом, яку він сам же доповнив і уточнив в 1980 р Ця модель теж характерним чином відповідає на ряд питань.

*Що викликає хворобу?* Людина - складна система, і хвороба може бути викликана безліччю факторів:

•        біологічним (наприклад, віруси, бактерії, структурні дефекти, генетика);

•        психологічними (уявлення, емоції, поведінка);

•        соціальними (норми поведінки, сім'я, референтні групи, робота, приналежність до соціального класу, приналежність до етнічної групи та ін.).

*Хто відповідальний за хворобу?* Людина не розглядається як пасивна жертва. Усвідомлення, наприклад, ролі поведінки у виникненні хвороби означає те, що на людей може бути покладена відповідальність за їхнє здоров'я і хвороби.

*Як лікувати хвороби?* Лікування повинно бути цілісним (холістичний підхід), а не торкатися тільки окремих біологічних змін, які мали місце при захворюванні. Це може знайти відображення в зміні поведінки, корекції в сфері уявлень, формуванні стратегії згоди з медичними рекомендаціями.

*Хто відповідальний за лікування?* Оскільки лікують людину, а не тільки конкретні захворювання його організму, отже, пацієнт теж несе частину відповідальності за своє лікування, зміна власних уявлень і поведінки.

*Яка* *взаємодія* *між* *здоров'ям* *і* *хворобою?* поняття здоров'я і хворобу слід розглядати як полюси континууму, в якому їх співвідношення представлено в різному ступені. На полюсі благополуччя домінуючим станом є здоров'я. На протилежному полюсі переважає хвороба, в межі переходить в летальний результат. Наближення до цього полюсу супроводжується наростанням деструктивних процесів, які породжують характерні ознаки, симптоми і нездужання. Люди переміщаються по цьому континууму від здоров'я до хвороби і навпаки.

*Який зв'язок між психікою і тілом?* «Медико-соціальні» основи здоров'я розглядає психологічні фактори не тільки як можливі наслідки хвороби, а й як чинники, що вносять вклад в її етіологію. Результати багатьох досліджень останніх років свідчать про наростаючі навантаженнях на нервову систему, психіку людини. Інформаційний бум, прискорення ритму життя, негативна динаміка міжлюдських відносин (замкнутість, зниження рівня соціальної підтримки і т. Д.) Та інші патогенні особливості сучасного життя призводять до емоційної напруги, яке стає одним з факторів розвитку різних захворювань. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), за XX в. середній показник поширеності нервово-психічних захворювань у розрахунку на 1000 осіб населення виріс більш ніж в 4 рази. Збільшується не тільки кількість хворих в суспільстві, а й темпи зростання цих розладів. Експерти ВООЗ відзначають помітне поширення нервово-психічних розладів у дітей та підлітків.

Лекція 2. Вплив різних факторів на здоров’я людини

*Вплив особливостей зачаття на розвиток людини і її здоров'я. Вплив особливостей перебігу вагітності на розвиток людини і її здоров'я. Вплив особливостей пологів на розвиток людини і її здоров'я. Вплив особливостей раннього постнатального періоду на розвиток людини і її здоров'я.*

Охорона здоров'я населення - найважливіша державна завдання. Значно легше попередити розвиток захворювань, ніж лікувати їх. Причому починати цю роботу необхідно якомога раніше. Вже на ранніх етапах онтогенезу людини важливо забезпечити сприятливі умови його розвитку, в тому числі і психічного.

Все це робить особливо актуальним науково-практичний напрямок - *перинатології* (грец. *Peri* - приставка, що означає розташування близько, навколо; лат. *Natus* - народження). Традиційно в медицині прийнято вважати, що власне перинатальний період триває з 28-го тижня внутрішньоутробного життя людини по 7-у добу життя після народження. Однак Г. Д. Крайг (GJ Craig) визначає перинатологію як розділ медицини, що вивчає здоров'я, хвороби і методи лікування дітей у часовій перспективі, що включає зачаття, пренатальний (внутрішньоутробний) період, пологи і перші місяці постнатального (післяпологового) **періоду.**

Він підкреслює, що ця гілка медицини розглядає народження дитини не як окрема подія, представлене точкою на осі часу, а як тривалий процес, що починається з зачаття і охоплює весь пренатальний період, самі пологи і перші місяці після народження. Дуже важливий розділ перинатології - перинатальна психологія, знання якої необхідно будь-якому психолога.

**Перинатальна психологія - це галузь психологічної науки, що вивчає обумовлені взаємодією з матір'ю закономірності психологічного і психічного розвитку на ранніх етапах онтогенезу людини від зачаття до перших місяців життя після народження.**

Тривалість постнатального періоду, що включається в сферу інтересів перинатологів, різними авторами оцінюється по-різному. Але якщо вважати основними особливостями перинатального періоду симбіотичний зв'язок матері з дитиною, нездатність дитини виділяти себе з навколишнього світу, т. е. відсутність чітких тілесних і душевних кордонів, несамостійність його психіки, то ознаками його завершення можна вважати прояви самосвідомості, що виникають приблизно до кінця 2 -го року життя. Психолога дуже важливо знати закономірності розвитку дитини на різних етапах онтогенезу, а також фактори, що сприяють або перешкоджають розвитку здорової дитини на ранніх етапах онтогенезу (з зачаття до 3 років).

В даний час в перинатальної психології широке поширення отримав ***диадичний підхід*** . Відповідно до цього підходу, мати і немовля розглядаються як складові однієї системи. Саме в рамках цієї системи її елементи взаємно розвиваються і набувають статусу матері або дитини. Сприятливий розвиток цієї системи - запорука здоров'я і дитини, і його матері. Психічне розвиток дитини, формування його особистості багато в чому пов'язані з успішністю розвитку раннього діалогу між немовлям і матір'ю. В процесі діалогу, що здійснюється за допомогою невербального спілкування і за допомогою так званого проторозговору, встановлюються експресивно-емоційні комунікації, йде становлення типу сімейного виховання. При цьому стан здоров'я матері і стан здоров'я дитини взаємозалежні. У зв'язку з цим здоров'я вагітної жінки, породіллі, матері-годувальниці також має бути предметом уваги перинатальної психології. Виникаючі в результаті зачаття діади вагітна-плід,а потім мати-дитя є підсистемами сім'ї; при цьому і сім'я, і ​​підсистеми взаємно впливають один на одного.

Багато в чому проблеми здоров'я дитини, його розвитку пов'язані з ситуацією і станом батьків в момент зачаття. З біологічної точки зору на розвиток плода і дитини, на стан його здоров'я, безумовно, впливають вік батьків (особливо матері), наявність або відсутність у них хвороб, спадковий фактор, матеріальний добробут сім'ї, соціально-побутові умови і т. П. Про зв'язок становлення психічних функцій, розвитку особистості майбутнього дитини з психосоціальними факторами, що визначають особливості зачаття, писав засновник теорії транзакційного аналізу **Е. Берн** . Він вважав, що ситуація зачаття людини може сильно впливати на його долю. Безпосередню ситуацію зачаття він пропонував називати зародковій установкою. Незалежно від того, чи була ситуація результатом випадковості, пристрасті ;, любові, насильства, обману, хитрості або байдужості, **Е. Берн** пропонує аналізувати будь-який з цих варіантів. Необхідно з'ясувати, які були обставини, як підготовляли цю подію, планувалося воно, а якщо планувалося, то як: холоднокровно і педантично, темпераментно, з розмовами і обговореннями або при мовчазному пристрасному злагоді.

В життєвому сценарії майбутньої дитини, стверджує **Е. Берн,** можуть відбитися всі ці якості, так як відношення батьків до інтимного життя відбивається на їхньому ставленні до дитини.

на підставі своїх досліджень **Е. Берн** виділяв родові сценарії. Найбільш часто, вважав він, зустрічаються сценарії походження і покалічена мати. В основі першого лежать сумніви дитини в тому, що його батьки справжні, в основі другого - знання дитини про те, як важкі були пологи для матері. На жаль, в даний час зачаття в більшості випадків буває не запланованим, а випадковим. Якщо в результаті цього жінка все ж виношує небажану дитину, то у неї під час вагітності часто відзначаються вегетативні порушення, загострення психосоматичних і хронічних фізичних захворювань, токсикози, різні невротичні реакції, стерті депресивні стани. Все це призводить до викривлення антенатальної взаємодії в системі вагітна-плід . При цьому вагітні жінки виявляються не готовими до пологів, а дитина вже в утробі позбавляється базового довіри до матері і навколишнього світу, що згодом призводить до підвищеної тривожності, зниження почуття власної гідності. Небажаних дітей народжують передчасно приблизно в 8 разів частіше, ніж бажаних. Але навіть у доношених небажаних дітей в 45% випадків відзначаються ознаки морфофункціональної незрілості. З числа небажаних немовлят 46,9% потребують інтенсивної терапії в зв'язку з виниклими відразу ж після пологів соматичними і неврологічними ускладненнями, серед бажаних дітей таких лише 14,8%.

Виділено наступні фактори ризику психічної патології у небажаних дітей:

1. Спадково-конституціональна (наявність у батьків психічних захворювань і особистісних девіацій).
2. Психологічна неготовність жінки до материнства (ворожість до плоду і пов'язані з нею порушення сенсорного і гуморального взаємодії в антенатальному періоді).
3. Психічні, поведінкові, соматичні порушення у майбутньої матері під час вагітності.
4. Затримки дозрівання плоду і недоношеність.

При виявленні цих факторів бажана консультація у психолога або психотерапевта.

Заперечення ще не народженої дитини впливає на його соціальну адаптацію в подальшому житті. Багато з таких дітей мають занижену самооцінку, відчувають великі труднощі у встановленні міжособистісних відносин. Пізніше їм важко вибрати професію, створити сім'ю. До своїх власних дітей вони нерідко холодні.

*Заплановане зачаття, що виникає на тлі гармонійних відносин подружжя, створює фундамент для розвитку здорової дитини.*

Лекція 3. Медико-соціальні аспекти захворювань сучасності

*Адаптація. Імунітет. Вакцинація і імунопрофілактика. Алергія. ВІЧ.*

 *Адаптація* це процес пристосування організму до різних умов існування в навколишньому середовищі. Виділяють генотипичну і фенотипічну адаптацію. Генотипичні адаптаційні зміни, придбані в ході еволюції, відображаються в генетичному матеріалі, з'являються в результаті мутацій і передаються у спадок. Фенотипична адаптація, хоча і супроводжується активацією певних генів, властива лише даному індивіду або групі індивідів і у спадок не передається. У цьому полягає основна відмінність між цими видами адаптацій.

              Людина у взаємозв'язках з навколишнім середовищем виступає одночасно і як біологічний індивід, і як соціальна особистість. Тому і властиві йому механізми адаптації визначаються, з одного боку, виробленим в процесі еволюційного розвитку комплексом пристосувальних реакцій (фізіологічна адаптація), з іншого активним пристосуванням психічної діяльності до умов і вимог нової соціальної сфери (соціальна адаптація).

              Фізіологічна адаптація забезпечує відносну сталість внутрішнього середовища організму гомеостаз. Адаптації такого виду підвищують стійкість організму до холоду, тепла, нестачі кисню, змін атмосферного тиску та інших факторів, що проявляється у змінах функцій кровообігу, дихання, виділення, секреції ендокринних залоз.

              Механізми адаптації. Одним з механізмів пристосування організму до навколишнього середовища є *саморегуляція* основа резистентності (стійкості) організму до чинників, що впливають.

              Великий внесок у вивчення механізмів пристосування організму до навколишнього середовища вніс П. К. Анохін. Він є творцем теорії функціональних систем. *Функціональна система* це таке поєднання процесів і механізмів, яке, формуючись, в залежності від даних умов, призводить до ефекту адаптації до цих умов. Дана система створюється щоразу заново, стосовно до впливу фактору, здатна в найкоротший термін, найбільш ощадливо і раціонально вивести організм з екстремальної ситуації.

              В адаптації організму важлива роль належить імунній системі. *Імунітет* (лат. Immunitas - звільнення, позбавлення від чого-небудь) несприйнятливість організму до інфекційних і неінфекційних агентів і речовин, які мають чужорідними антигенними властивостями.

              Формування імунних реакцій починається в ембріональному періоді, потім протягом усього життя людини, вони здійснюють ряд складних захисних функцій, поступово слабшаючи в старості. Розрізняють два основних види імунітету. Це спадковий (вроджений) і набутий (неспадковий). Виділяють вроджений пасивний імунітет, який передається від матері до дитини через плаценту. Він нестійкий, так як вироблені антитіла гинуть швидко. Однак дитина до 1 року практично не хворіє інфекційними захворюваннями. Природжений активний імунітет виникає в результаті контакту організму з антигеном і встановлюється не відразу через 1-2 тижні або пізніше і зберігається відносно довго роками або десятками років.

              Активно набутий імунітет - це імунітет, який створюється шляхом щеплення, тобто введенням ослаблених антигенів. В результаті чого виробляються антитіла, формуються клітини пам'яті. При повторному контакті з цим антигеном зростає опірність організму, тобто швидко утворюються антитіла, і людина не хворіє. Пасивно набутий імунітет імунітет, який створюється шляхом введення в організм вже готових антитіл. Залежно від результату інфекційного процесу розрізняють дві форми набутого імунітету стерильний і нестерильний.

              Імунітет може бути специфічним і неспецифічним. Специфічним називають імунітет до певної інфекції (наприклад, дифтерії), а неспецифічним вроджену чи набуту стійкість до різноманітних хвороботворних агентів. Іноді специфічний імунітет, активно або пасивно вироблений по відношенню до певного збудника, одночасно супроводжується розвитком неспецифічної несприйнятливості і до іншого або інших збудників

              З повною упевненістю можна стверджувати, що з алергією знайомі більшість людей. Алергія - поняття, введене доктором Пірке в 1906 р для характеристики підвищеної чутливості організму після контакту з алергеном.

              Сьогодні під *алергією* розуміють неадекватний по силі імунну відповідь організму на певну речовину (алерген), пов'язаний з підвищеною чутливістю до нього чутливістю. Процес, який відбувається в організмі після первинного контакту з антигеном, називається *сенсибілізацією* .

*Алергеном* називають антиген, що викликає алергію. Чому один антиген може бути алергеном, а інший не може, до сих пір остаточно не ясно. Це визначається фізико-хімічними властивостями антигену і особливостями імунної системи організму. Всі алергени можна розділити на дві великі групи: ендогенні та екзогенні алергени.

              Перша група відноситься до тих випадків, коли з якоїсь причини розвивається імунна відповідь на власні компоненти організму. Друга група відноситься до алергенів, присутнім у зовнішньому середовищі.

*1. Алергени тваринного походження* . Виражена алергенність властива клітинам покривних тканин - вовни, лупи, пір'ю птахів; крім того, високою алергенність володіють виділення теплокровних тварин: сеча, слина і т.д.

*2. Рослинні алергени* . Пилок дуже багатьох рослин може викликати алергію. Є три періоди року, коли в повітрі з'являється пилок певних груп рослин (хвилі полінації). Перша хвиля - це весна, коли в повітрі виявляється пилок дерев. Друга хвиля полінозу пов'язана з цвітінням злакових трав (кінець травня - середина серпня). Третя хвиля полінозу - середина серпня - коні ц жовтня - цвітуть бур`яни .

*3. Бактеріальні і грибкові алергени* . Це алергени бактерій (стафілококів, стрептококів). Важливу роль відіграє сенсибілізація до грибів (цвілеві, дріжджові гриби).

*4. Пилові алергени* . У цю групу об'єднують алергени, що входять до складу домашнього пилу. Розрізняють також алергени бібліотечного пилу, виробничого пилу.

*5. Лікарські алергени* . Практично всі з відомих сьогодні антибіотиків, здатні викликати алергію, виступаючи в якості повноцінних алергенів. Лікарська алергія може проявлятися найрізноманітнішим чином: від щодо безпечних шкірних проявів до таких грізних як анафілактичний шок. Найбільш часто алергію викликають такі медикаменти, як антибіотики (пеніцилін, стрентоміцін, новокаїн).

*6. Харчові алергени* . Алергія може виникати до цілого ряду харчових продуктів: як алергенів найбільш часто виступають молоко, яйця, риба, мед.

*7. Інсектетивні алергени* . Це алергени, що входять до складу отрути жалких комах. Укуси таких комах як бджоли, оси, шершні можуть бути не просто хворобливими, але і приводити до розвитку алергічних реакцій.

              Ознаки алергічної хвороби виникають тільки в умовах контакту з алергеном. Як тільки цей контакт припиняється, зникають і ознаки хвороби. У відповідь на впровадження в організм алергену розвивається алергічна реакція. Реакції можуть бути специфічні і неспецифічні.

              Специфічним реакцій передує прихований період, коли розвивається підвищена чутливість до вперше потрапив в організм алергену - *сенсибілізація* . Відбувається це в результаті вироблення антитіл - білкових речовин, що утворилися в відповідь на введення тільки даного алергену, або появи лімфоцитів, здатних взаємодіяти з даним алергеном. Якщо до моменту їх утворення алерген видалений з організму, ніяких хворобливих проявів не відзначається. При повторному впливі алергену на вже сенсибілізируючий до нього організм розвивається алергічна реакція - взаємодія антитіл або лімфоцитів з викликав їх освіту алергеном. В результаті відбувається ряд біохімічних процесів з виділенням хімічних речовин (гістаміну, серотоніну), що ушкоджують клітини, тканини, органи, що і лежить в основі алергічного захворювання. Підвищена чутливість організму в таких випадках специфічна, тобто вона проявляється по відношенню до алергену, який раніше викликав стан сенсибілізації.

              Неспецифічні алергічні реакції виникають при первинному контакті з алергеном без попередньої сенсибілізації. Потрапляє в організм алерген викликає утворення речовин, що ушкоджують клітини (харчові і лікарські речовини).

              За часом виникнення алергічні реакції діляться на негайні (розвиваються через 15-20 хв; шкірні, реакції дихальної та травної систем, бронхіальна астма, кропив'янка) і уповільнені (розвиваються через 2-12 днів; набряк Квінке, набряк шкіри і слизових оболонок).

*СНІД* - інфекційне захворювання, що викликало проблему у всесвітньому масштабі . За кількістю виявлених ВІЛ-інфікованих Україна займає сьогодні перше місце серед країн СНД.

              В американському бюлетені «Щотижневі повідомлення про захворюваність і смертність» 5. червня 1981 року було вміщено інформацію, про те, що за останні вісім місяців в трьох різних лікарнях Лос-Анджелеса (Каліфорнія) було зареєстровано п'ять випадків запалення легенів, викликаних особливим мікроорганізмом з роду пневмоцістіс. Незвичайність цього повідомлення полягала в тому, що пневмоцистна пневмонія була виявлена ​​у хворих у віці від 25 до 36 років, в той час як зазвичай спостерігається у недоношених дітей або людей похилого віку, які страждають будь-яким важким захворюванням (хронічні ураження внутрішніх органів, злоякісні пухлини, діабет ). В результаті обстеження виявилося, що всі ці хворі мали гомосексуальні контакти. Цей факт зацікавив вчених, і вже через місяць вони зареєстрували 26 випадків пневмоцистної пневмонії у чоловіків-гомосексуалістів. Поряд з цим у них був виявлений дуже рідкісний вид злоякісних пухлин - саркома Капоші. Це захворювання зустрічається у людей старше 60 років і добре піддається лікуванню, навіть у літніх, при цьому тривалість життя після лікування складає 8-10 років. Однак в даному випадку хворим було від 25 до 50 років, і, незважаючи на інтенсивне лікування, вісім людей померли протягом кількох місяців. Кількість реєстрованих аналогічних випадків стало рости, і не тільки в США, але і в інших країнах світу.

              Зазначені вище події спричинили за собою численні дослідження в області вірусології, і це призвело до одночасного відкриття вченими Люком Монтаньє (Франція) і Робертом Галло (США) в 1983 році збудника захворювання - *вірусу імунодефіциту людини* (ВІЛ). Саме захворювання, що викликається цим вірусом, було названо синдромом набутого імунодефіциту людини (СНІД).

              В даний час відомо два типи ВІЛ: ВІЛ-1, поширений у всьому світі і ВІЛ-2, поширений переважно в Західній Африці.

              Вірус має винятково високою частотою мутацій (в 100 разів вище, ніж вірус грипу), в зв'язку з чим вакцинація неефективна.

              Слід зазначити, що в перебігу захворювання є так звані серонгативні періоди, коли антитіла в сироватці крові не виявляються. Так, від моменту зараження повинно пройти 8-12 тижнів, перш ніж з'являться антитіла.

Є кілька основних шляхів передачі вірусу:

* сексуальний (гомо- і рідше гетеросексуальний);
* парентеральний (використання нестерильного медичного інструменту);
* переливання крові та її препаратів від інфікованих донорів;
* виношування плоду, народження і годування дитини матір'ю, інфікованої вірусом ВІЛ;
* пересадка органів і тканин від інфікованих осіб.

              У 70-80-х роках основним шляхом поширення вірусу був сексуальний; сьогодні на перше місце виходить парентеральний шлях зараження, що пов'язано з поширенням наркоманії. Вірус вкрай нестійкий у зовнішньому середовищі. Так, досить вимити руки з милом, щоб вбити ВІЛ; в висохлому плямі крові вірусу вже немає.

*Стадії протікання хвороби:*

              1 гостра інфекція. Вона протікає як «грипоподібні захворювання» (підвищення температури, нежить, кашель, висип на шкірі). Через 2-3 тижні гострий період проходить. Однак, в 60-70% випадків гострий початок може бути відсутнім. Отже, людина, не знаючи про наявність вірусу, може заражати інших.

              2 асимптомна інфекція. Повна відсутність клінічних проявів ВІЛ-інфекції. Носіїв ВІЛ-інфекції можна виявити, тільки проводячи спеціальні лабораторні дослідження.

              3 персистуюча генералізована лімфаденопатія. Виникає через 3-5 років після другої стадії. Її основні симптоми: збільшення лімфатичних вузлів, головні болі, розлади кишечника, занепад сил. Лікування дає короткочасне поліпшення, людина ще працездатний.

              4 пре-СНІД і власне СНІД. Імунна система повністю руйнується. Розвиваються ураження слизових оболонок, лімфовузлів, дихальної системи, шлунково-кишкового тракту, органів зору, нервової системи. Хворі втрачають у вазі приблизно 10%. Смертельний результат неминучий.

 Найбільша концентрація ВІЛ відзначається в біологічних рідинах інфікованої людини (кров, сперма, вагінальний секрет, спиномозкова рідина, грудне молоко). Слина, сльози, піт, сеча також містять вірус, але в малій концентрації, отже, не є небезпечними в плані передачі ВІЛ.

Лекція 4. Критичні періоди розвитку особистості

*Вікові кризи в онтогенезі: криза новонародженості, кризи 1,3,7 років; криза 13 років, вплив генотипу на церебральні функції; криза 33 років „вік Христа”, криза „середини життя” та їх вплив на подальшій психічний та емоційний стан особистості; криза „Я-інтеграції”, її наслідки; криза „страху смерті”, її наслідки.*

Фізичний розвиток людини - це комплекс морфологічних і функціональних властивостей організму, які визначають форму, розміри, масу тіла і його структурно-механічні якості.

Ознаки фізичного розвитку мінливі. Фізичний розвиток людини - це результат впливу спадкових факторів (генотип) і факторів зовнішнього середовища, а для людини - і всього комплексу соціальних умов (фенотип). З віком значення спадковості зменшується, провідна роль переходить до індивідуально придбаним особливостям.

Фізичний розвиток дітей і підлітків пов'язано з ростом. Кожен віковий період - грудний, дитячий, підлітковий та юнацький - характеризується специфічними особливостями росту окремих частин тіла. У кожному віковому періоді організм дитини має ряд характерних особливостей, властивих тільки цього віку. Між організмом дитини і дорослого існують не тільки кількісні відмінності (розміри тіла, його маса), але і, перш за все, якісні.

В даний час спостерігається прискорення фізичного розвитку людини. Це явище отримало назву акселерації.

При вивченні розвитку людини, його індивідуальних і вікових особливостей в анатомії та інших дисциплінах керуються науково обґрунтованими даними про вікової періодизації. Схема вікової періодизації розвитку людини, що враховує анатомічні, фізіологічні, соціальні чинники, була прийнята на VII конференції з проблем вікової морфології, фізіології і біохімії (1965). У ній виділяється дванадцять вікових періодів (табл.1).

|  |  |
| --- | --- |
|   | Таблиця 1  |
| період  | вік  |
| 1. Внутрішньоутробний  |   |
| ембріональний  | 0-8 тижнів  |
| плодовий  | 9 тижнів - 9 міс  |
| 2. Новонароджений  | 1 - 10 днів  |
| 3. Грудний вік  | 10 днів - 1 рік  |
| 4. Раннє дитинство  | 1-3 роки  |
| 5. Перше дитинство  | 4-7 років  |
| 6. Друге дитинство  | 8-12 років (хлопчики) 8-11 років (дівчатка)  |
| 7. Підлітковий вік  | 13 - 16 років (хлопчики) 12-15 років (дівчатка)  |
| 8. Юнацький вік  | 17-21 рік (юнаки) 16-20 років (дівчата)  |
| 9. Зрілий вік  |   |
| 1-й період  | 22-35 (чоловіки) 21-35 (жінки)  |
| 2-й період  | 36-60 (чоловіки) 36-55 (жінки)  |
| 10. Похилий вік  | 61-74 роки (чоловіки) 56-74 року (жінки)  |
| 11. Старечий вік  | 75-90 років (чоловіки і жінки)  |
| 12. Довгожителі  | 90 років і старше  |

Індивідуальний розвиток, або розвиток в онтогенезі, відбувається в усі періоди життя - від зачаття до смерті. В онтогенезі людини виділяють два періоди: до народження (внутрішньоутробний, пренатальний - від грец. Natos - народжений) і після народження (позаутробний, постнатальний).

У процесі індивідуального розвитку є критичні періоди, коли підвищена чутливість організму, що розвивається до впливу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища. Виділяють кілька критичних періодів розвитку.

Такими найбільш небезпечними періодами є:

1) час розвитку статевих клітин - овогенез і сперматогенез;

2) момент злиття статевих клітин - запліднення;

3) імплантація зародка (4-8-е добу ембріогенезу);

4) формування зачатків осьових органів (головного і спинного мозку, хребта, первинної кишки) і формування плаценти (3-8-й тиждень розвитку);

5) стадія посиленого зростання головного мозку (15-20-й тиждень);

6) формування функціональних систем організму і диференціювання сечостатевого апарату (20-24-й тиждень пренатального періоду);

7) момент народження дитини і період новонародженості - перехід до внутрішньоутробного життя; метаболічна і функціональна адаптація;

8) період раннього і першого дитинства (2 роки - 7 років), коли закінчується формування взаємозв'язків між органами, системами та апаратами органів;

9) підлітковий вік (період статевого дозрівання - у хлопчиків з 13 до 16 років, дівчаток - з 12 до 15 років). Одночасно з швидким зростанням органів статевої системи активізується емоційна діяльність.

*постнатальний онтогенез*

*період новонародженості*

Відразу після народження настає період, званий періодом новонародженості. Підставою для цього виділення служить той факт, що в цей час має місце вигодовування дитини молозивом протягом 8-10 днів. Новонароджені в початковому періоді пристосування до умов позаутробного життя поділяються за рівнем зрілості на доношених і недоношених. Внутрішньоутробний розвиток доношених дітей триває 39-40 тиж., Недоношених - 28-38 тижнів. При визначенні зрілості враховують не тільки ці терміни, але і масу (вага) тіла при народженні.

Доношеними вважаються новонароджені з масою тіла не менше 2500 г (при довжині тіла не менше 45 см), а недоношеними - новонароджені, що мають масу тіла менше 2500 г. Крім маси і довжини, враховують і інші розміри, наприклад обхват грудей в співвідношенні з довжиною тіла і обхват голови в співвідношенні з обхватом грудей. Вважається, що обхват грудей на рівні сосків повинен бути більше 0,5 довжини тіла на 9-10 см, а обхват голови - більше обхвату грудей не більше ніж на 1-2 см.

*грудної період*

Наступний період - грудний - триває до року. Початок цього періоду пов'язане з переходом до харчування "зрілим" молоком. Під час грудного періоду спостерігається найбільша інтенсивність росту, в порівнянні з усіма іншими періодами позаутробного життя. Довжина тіла збільшується від народження до року в 1,5 рази, а маса тіла потроюється. З 6 міс. починають прорізуватися молочні зуби. У грудному віці яскраво виражена нерівномірність у зростанні тіла. У першому півріччі немовлята ростуть швидше, ніж у другому. У кожному місяці першого року життя з'являються нові показники розвитку. У перший місяць дитина починає усміхатися у відповідь на звернення до нього дорослих, в 4 міс. наполегливо намагається встати на ніжки (за підтримки), в 6 міс. намагається повзати рачки, в 8 - робить спроби ходити, до року дитина зазвичай ходить.

*Період раннього дитинства*

Період раннього дитинства триває від 1 року до 4 років. В кінці другого року життя закінчується прорізування зубів. Після 2 років абсолютні та відносні величини річних приростів розмірів тіла швидко зменшуються.

*Період першого дитинства*

З 4 років починається період першого дитинства, який закінчується в 7 років. Починаючи з 6 років з'являються перші постійні зуби: перший моляр (великий корінний зуб) і медіальний різець на нижній щелепі.

Вік від 1 року до 7 років називають також періодом нейтрального дитинства, оскільки хлопчики і дівчатка майже не відрізняються один від одного розмірами і формою тіла.

*Період другого дитинства*

Період другого дитинства триває у хлопчиків з 8 до 12 років, у дівчаток - з 8 до 11 років. У цей період виявляються статеві відмінності в розмірах і формі тіла, а також починається посилений ріст тіла в довжину. Темпи росту у дівчат вище, ніж у хлопчиків, так як статеве дозрівання у дівчаток починається в середньому на два роки раніше. Посилення секреції статевих гормонів (особливо у дівчаток) обумовлює розвиток вторинних статевих ознак. Послідовність появи вторинних статевих ознак досить постійна. У дівчаток спочатку формуються молочні залози, потім з'являється волосся на лобку, потім - в пахвових западинах. Матка і піхва розвиваються одночасно з формуванням молочних залоз. У набагато меншому ступені процес статевого дозрівання виражений у хлопчиків. Лише до кінця цього періоду у них починається прискорене зростання яєчок, мошонки,а потім - статевого члена.

*Підлітковий період*

Наступний період - підлітковий - називається також періодом статевого дозрівання, або пубертатний період. Він триває у хлопчиків з 13 до 16 років, у дівчаток - з 12 до 15 років. У цей час спостерігається подальше збільшення швидкостей росту - пубертатний стрибок, який стосується всіх розмірів тіла. Найбільші прибавки в довжині тіла у дівчаток мають місце між 11 і 12 роками, по масі тіла - між 12 і 13 роками. У хлопчиків прибавка в довжині спостерігається між 13 і 14 роками, а прибавка в масі тіла - між 14 і 15 роками. Особливо велика швидкість росту довжини тіла у хлопчиків, в результаті чого в 13,5-14 років вони обганяють дівчаток по довжині тіла. У зв'язку з підвищенням активності гіпоталамо-гіпофізарної системи формуються вторинні статеві ознаки. У дівчаток триває розвиток молочних залоз, спостерігається ріст волосся на лобку і в пахвових западинах. Найбільш чітким показником статевого дозрівання жіночого організму є перша менструація.

У підлітковий період відбувається інтенсивне статеве дозрівання хлопчиків. До 13 років у них відбувається зміна (мутація) голосу і з'являється волосся на лобку, а в 14 років з'являється волосся в пахвових западинах. У 14-15 років у хлопчиків з'являються перші полюції (мимовільні виверження сперми).

У хлопчиків, в порівнянні з дівчатками, більш тривалий пубертатний період і сильніше виражений пубертатний стрибок росту.

*юнацький вік*

Юнацький вік триває у юнаків від 18 до 21 року, а у дівчат - від 17 до 20 років. У цей період в основному закінчуються процес зростання і формування організму і всі основні розмірні ознаки тіла досягають дефінітивної (остаточної) величини .

У юнацькому віці завершується формування статевої системи, дозрівання репродуктивної функції. Остаточно встановлюються овуляторні цикли у жінки, ритмічність секреції тестостерону і вироблення зрілої сперми у чоловіка.

*Зрілий, літній, старечий вік*

У зрілому віці форма і будова тіла змінюються мало. Між 30 і 50 роками довжина тіла залишається постійною, а потім починає зменшуватися. У похилому і старечому віці відбуваються поступові інволютивні зміни організму.

*Індивідуальні відмінності в процесі росту і розвитку*

Індивідуальні відмінності в процесі росту і розвитку можуть варіюватися в широких межах. Існування індивідуальних коливань процесів росту і розвитку послужило підставою для введення такого поняття, як біологічний вік, або вік розвитку (на відміну від паспортного віку).

Основними критеріями біологічного віку вважаються:

1) "скелетна зрілість" (порядок і терміни окостеніння кістяка);

2) "зубна зрілість" (терміни прорізування молочних і постійних зубів);

3) ступінь розвитку вторинних статевих ознак. Для кожного з цих критеріїв біологічного віку - "зовнішнього" (шкірні покриви), "зубного" і "кісткового" - розроблені оціночні шкали і нормативні таблиці, що дозволяють визначити хронологічний (паспортний) вік за морфологічними особливостями.

*Фактори, що впливають на індивідуальний розвиток*

Фактори, що впливають на індивідуальний розвиток (онтогенез), поділяються на спадкові і середовищні (вплив зовнішнього середовища).

Ступінь спадкового (генетичного) впливу неоднакова на різних етапах росту і розвитку. Вплив спадкових факторів на тотальні розміри тіла посилюється від періоду новонароджене ™ до другого дитинства з подальшим ослабленням до 12-15 років.

Вплив факторів зовнішнього середовища на процеси морфофункціонального дозрівання організму чітко простежується на прикладі термінів менархе (менструації). Дослідження процесів росту у дітей та підлітків в різних географічних зонах показали, що кліматичні чинники майже не впливають на ріст і розвиток, якщо умови проживання не є екстремальними. Адаптація до екстремальних умов викликає настільки глибоку перебудову функціонування всього організму, що не може не позначитися на процесах росту.

*акселерація*

Не можна не відзначити, що за останні 100-150 років відзначається помітне прискорення соматичного розвитку і фізіологічного дозрівання дітей і підлітків - акселерація (від лат. Acceleratio - прискорення). Інший термін для позначення тієї ж тенденції - "епохальний зрушення". Акселерація характеризується складним комплексом взаємопов'язаних морфологічних, фізіологічних і психічних явищ. До теперішнього часу визначені морфологічні показники акселерації.

Так, довжина тіла дітей при народженні за останні 100-150 років збільшилася в середньому на 0,5-1 см, а маса - на 100-300 г. За цей час збільшилася і маса плаценти у матері. Відзначається і більш раннє вирівнювання співвідношень обхватів грудей і голови (між 2-м і 3-м місяцем життя). Сучасні однорічні діти на 5 см довше і на 1,5-2 кг важче, ніж їх однолітки в XIX в.

Довжина тіла дітей дошкільного віку за останні 100 років збільшилася на 10-12 см, а у школярів - на 10-15 см.

Крім зростання довжини і маси тіла, акселерація характеризується збільшенням розмірів окремих частин тіла (сегментів кінцівок, товщини шкірно-жирових складок і т.д.). Так, збільшення обхвату грудей по відношенню до зростання довжини тіла було невеликим. Наступ термінів статевого дозрівання сучасних підлітків відбувається приблизно на два роки раніше. Прискорення розвитку торкнулося і рухових функцій. Сучасні підлітки швидше бігають, далі стрибають в довжину з місця, більше число раз підтягуються на перекладині (турніку). Який підсумок можна підвести сказаного вище?

Зростання людини йде нерівномірно. Кожна частина тіла, кожен орган розвивається за своєю програмою. Якщо порівняти зростання і розвиток кожного з них з бігуном на довгу дистанцію, то неважко виявити, що в період цієї багаторічної "бігу" лідер змагання безперервно змінюється. У перший місяць зародкового розвитку лідирує голова. У двомісячного плоду голова за величиною перевершує тулуб. Це і зрозуміло:

⮚в голові знаходиться головний мозок, а він є найважливішим органом, що погоджує і організуючим складну роботу органів і систем. Так само рано починається розвиток серця, кровоносних судин і печінки.

⮚у новонародженої дитини голова досягає половини свого остаточного розміру. До 5-7-річного віку йде швидкий приріст маси і довжини тіла. При цьому руки, ноги і тулуб ростуть по черзі: спочатку - руки, потім - ноги, потім - тулуб. Розмір голови в цей період збільшується повільно.

⮚в молодшому шкільному віці від 7 до 10 років зростання йде повільніше. Якщо раніше швидше росли руки і ноги, то тепер лідером стає тулуб. Воно росте рівномірно, так що пропорції тіла не порушуються.

⮚в підлітковому віці руки ростуть так інтенсивно, що організм не встигає пристосуватися до їх нових розмірів, звідси деяка незграбність і розмашисто рухів. Після цього починають рости ноги. Тільки коли вони досягнуть свого остаточного розміру, включається в зростання тулуб. Спочатку воно росте у висоту, а вже потім починається ріст в ширину. У цей період остаточно формується статура людини.             Якщо порівняти частини тіла новонародженого і дорослої людини, то виявиться, що розмір голови зріс лише в два рази, тулуб і руки - стали більше в три рази, довжина ж ніг збільшилася в п'ять разів.

Важливим показником розвитку організму є поява менструацій у дівчат і полюцій у юнаків, воно говорить про настання біологічної зрілості.

Поряд з ростом тіла йде його розвиток. Ріст і розвиток людини у різних людей відбуваються в різні терміни, тому анатоми, лікарі, фізіологи розрізняють календарний вік і біологічний вік. Календарний вік обчислюється з дати народження, біологічний відображає ступінь фізичного розвитку суб'єкта. Останній для кожної людини свій. Може трапитися, що люди, що знаходяться в одному і тому ж біологічний вік, календарно можуть відрізнятися на 2-3 роки, і це абсолютно нормально. Дівчата, як правило, розвиваються швидше.

Лекція 5. Спосіб життя і здоров’я

*Здоровий спосіб життя як основний параметр соціальної роботи. Визначення поняття „спосіб життя”. Спосіб життя і умови життя. Місце способу життя в структурі причин, що обумовлюють сучасну патологію людини.*

Спосіб життя - це одна з найважливіших біосоціальних категорій, інтегруючих уявлення про певний вид (тип) життєдіяльності людини. Вона характеризується особливостями повсякденного життя людини, які охоплюють його трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних і духовних потреб, участь у громадському житті, норми і правила поведінки. Спосіб життя - один з критеріїв суспільного прогресу, це особа людини. В даний час доведено, що з суми всіх факторів, що детермінують здоров'я людини, 50-55% припадає на спосіб життя. У свою чергу, до основних факторів, що визначають спосіб життя людини, слід віднести:

•        рівень загальної культури людини і його освіченість;

•        матеріальні умови життя;

•        статеві, вікові та конституціональні особливості людини;

•        стан здоров'я;

•        характер екологічного середовища проживання;

•        особливості трудової діяльності (професії);

•        особливості сімейних стосунків та родинного виховання;

•        звички людини;

•        можливості задоволення біологічних і соціальних потреб.

При аналізі способу життя зазвичай розглядаються особливості професійної, громадської, соціально-культурної та побутової діяльності людини.

В якості основних особливостей при цьому виділяють соціальну, трудову та фізичну активність. Іншими словами, головне в способі життя людини - то, як живе він (або соціальна група), які основні способи і форми життєдіяльності, її спрямованість. При цьому слід мати на увазі, що кожна з соціальних груп має свої відмінності в способі життя, свої цінності, установки, зразки поведінки і т. Д. Спосіб життя, обумовлений в значній мірі соціально-економічними умовами, залежить від мотивів діяльності конкретної людини, особливостей його психіки, стану здоров'я і функціональних можливостей організму. Цим, зокрема, пояснюється реальне різноманіття варіантів способу життя різних людей.

Спосіб життя людини включає три категорії: рівень життя, якість життя і стиль життя.

**Рівень життя** - це ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (в основному економічна категорія).

**Якість -** характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія).

**Стиль життя** - поведінкова особливість життя людини,т. е. певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія).

Оцінюючи роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, слід зазначити, що при рівних можливостях перших двох (рівень і якість), що носять суспільний характер, здоров'я людини значною мірою залежить від стилю життя, який у великій мірі має персоніфікований характер і визначається історичними і національними традиціями і особистісними нахилами .

В процесі життя кожної людини повинні задовольнятися матеріальні і духовні потреби, причому його поведінка буде направлено на реалізацію цих потреб. У кожної особистості при однаковому на даний момент в будь-якому суспільстві рівні потреб існує свій індивідуальний спосіб їх задоволення, тому поведінка у людей різний і залежить воно в значній мірі від виховання.

Поняття здоровий спосіб життя - концентроване вираження взаємозв'язку способу життя і здоров'я людини. Здоровий спосіб життя об'єднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, громадських і побутових функцій в оптимальних для здоров'я і розвитку умовах. Він висловлює певну орієнтованість діяльності особистості в напрямку зміцнення та розвитку особистого (індивідуального) і громадського здоров'я. Здоров'я по суті своїй має бути найпершим потребою людини, але задоволення цієї потреби, доведення її до оптимального результату носить складний, своєрідний, часто суперечливий, опосередкований характер і не завжди призводить до необхідного результату. Ця ситуація зумовлена рядом обставин, і перш за все тим, що:

• в нашій державі у населення ще не сформована в достатній мірі позитивна мотивація на дбайливе ставлення до свого здоров'я;

• в людській природі закладена повільна реалізація зворотних зв'язків (як негативних, так і позитивних впливів на організм людини);

• здоров'я в суспільстві, в першу чергу в силу низької культури, ще не стало на перше місце в ієрархії потреб людини.

Виходячи з викладеного можна зробити висновок про найважливішу роль виховання у кожного члена суспільства ставлення до здоров'я як до однієї з головних людських цінностей, а також про необхідність розробки основних положень і умов здорового способу життя, методології їх впровадження, прищеплення і освоєння людьми. Задля досягнення цієї мети намічаються два основних шляхи. Перший - утворення кожної людини, починаючи з дитячого віку, в дошкільних, шкільних закладах, в коледжах, вузах і т. Д. Другий - самовиховання особистості (сотвори себе сам!). Природно, що для досягнення здорового способу життя необхідно поєднувати обидва шляхи.

Здоровий спосіб життя пов'язаний з особистісно-мотиваційним втіленням індивідами своїх соціальних, психологічних, фізичних можливостей і здібностей. Важливо при цьому мати на увазі, що для здорового способу життя недостатньо зосередити зусилля лише на подоланні чинників ризику виникнення різних захворювань, боротьбі з алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, гіподинамією, нераціональним харчуванням, конфліктними відносинами (хоча це також має велике оздоровче значення), а важливо виділити і розвивати всі ті різноманітні тенденції, які працюють на формування здорового способу життя і містяться в самих різних сторонах життя людини.

Основу здорового способу життя становить вибір способу життя, зроблений самою людиною в відношенні того, як йому жити. Цей вибір значною мірою залежить від конструкційних характеристик індивіда. Спосіб життя людини повинен відповідати його конституції.

Конституція людини - це генетичний потенціал організму, продукт спадковості і середовища, який реалізує спадковий потенціал; саме конституція людини визначає основні закони його індивідуального життя. Конституція завжди індивідуальна: способів життя стільки ж, скільки людей. Реальна конституція людини складається з набору складових. Перелічимо основні з них.

*Рефлексивна конституція -* генетична пам'ять (спадковість), епігенетична пам'ять (ембріональний шлях розвитку), імунна пам'ять (про перенесені захворювання), нейронна пам'ять (пам'ять, що фіксується нейронами).

*Гепотипічна конституція -* це спадковий паспорт (геномна характеристика, хромосомна система людини), що визначає регенераційні здатності нашої морфології.

*Фенотипична конституція* - це традиційне (а часом і єдине) уявлення про конституцію людини на основі спадкової структури його кістково-м'язового і жирового габітусу.

*Імунна конституція -* система глобулинового захисту, в основі якої лежить механізм антиген-антитільних зв'язків, що визначають характер і інтенсивність імунологічних реакцій.

*Нейронна конституція -* стан неврологічної реактивності, що визначає базові основи навчання, придбання знань; це базисна основа емоцій і вольових процесів, що детермінують наше здоров'я і нашу неврологічну симптоматику.

*Психологічна конституція* визначає психологічний тип особистості, її характер і темперамент.

*Лімфогематологічна конституція -* це особливості лімфотоку і група крові, що носять геномної, конституційний характер і визначають інтенсивність метаболізму та енергетики організму.

*Гормонально-статева конституція* характеризує істотний момент у всіх поведінкових реакціях людини. Статева поведінка детермінується взаємодією певних мозкових структур з статевими гормонами (андрогенами при чоловічому статевому поведінці і естрогенами при жіночому статевому поведінці).

*Енерго-акупунктурна конституція -* це специфіка системи так званих енергоканальних зв'язків в організмі.

Системне уявлення про конституцію людини дає інтегральну характеристику, що лежить в основі життєдіяльності людини. Здоровий спосіб життя - це життя за законами своєї конституції. Втрата здоров'я є своєрідною розплату за життя всупереч своїй конституції.

До основних принципів здорового способу життя належать:

• *соціальні:* спосіб життя повинен бути естетичним, моральним і вольовим;

• *біологічні:* спосіб життя повинен бути віковим, забезпеченим енергетично, зміцнюючим і ритмічним.

Цілком очевидно, що реалізація цих принципів переломлюється через призму соціально-економічних заходів і формування відповідних моделей поведінки людини.

Абсолютно ясно, що ведення здорового способу життя передбачає:

• прагнення до фізичної досконалості;

• досягнення душевної, психічної гармонії в житті;

• забезпечення повноцінного харчування;

• виключення з життя саморуйнується поведінки (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, гіподинамії і т. д.);

• дотримання правил особистої гігієни; загартовування організму і його очищення і т.д.

Лекція 6. Здоров’я дітей та підлітків

*Індивідуально-психологічні фактори і їх роль у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини. Роль сім'ї у формуванні внутрішньої картини здоров'я. Фактори ризику у виникненні порушень психічного здоров'я дітей*

Важливе місце в загальній проблематиці психології здоров'я займає дослідження внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), яка є своєрідним еталоном здоров'я, які мають складну структуру. Внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) - це особливе ставлення особистості до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні його цінності і активно-позитивному прагненні до його вдосконалення.

В. А. Ананьєв розглядає ВКЗ як самоусвідомлення і самопізнання людиною себе в умовах здоров'я. Дослідження внутрішньої картини здоров'я має велике практичне значення. Як справедливо підкреслював В. Е. Каган, без розуміння внутрішньої картини здоров'я неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби.

Особливий інтерес представляє вивчення внутрішньої картини здоров'я дитини. Досліджень у цьому напрямку вкрай мало, за винятком фрагментарних досліджень зарубіжних і вітчизняних авторів.

Складна структура внутрішньої картини здоров'я дитини вимагає ретельного теоретико-методологічного підходу до її вивчення.

При дослідженні внутрішньої картини здоров'я необхідний **системний підхід,** який передбачає вивчення ВКЗ як складної системи, ланки якої тісно взаємопов'язані і взаємозалежні один від одного.

Принцип системного підходу до ВКЗ дозволяє виділити не тільки її різні рівні і підсистеми, а й основні системоутворюючі чинники, що лежать в основі формування ВКЗ у дитини.

Ще один не менш важливий принцип дослідження ВКЗ - **особистісний підхід.**

В якості концептуального оформлення структури ВКЗ доцільно використовувати уявлення про особистість як про систему відносин, які формуються в онтогенезі в певних соціально-історичних, економічних і побутових умовах

Відносини є свідоме, засновану на досвіді виборчу психологічний зв'язок людини з різними сторонами життя; цей зв'язок проявляється в його діях, реакціях, переживаннях.

Відносини, характеризують ступінь інтересу, силу емоцій, бажання, потреби і виступають в якості рушійної сили розвитку особистості. Найбільш важливим в структурі відносин є ставлення людини до себе, яке проявляється в самопізнанні, емоційно-ціннісному відношенні до себе. Б. Г. Ананьєв розглядав ставлення до себе як найбільш пізнє утворення, яким завершує становлення системи відносин особистості і забезпечує її цілісність.

Крім системи відносин, особливе значення при дослідженні ВКЗ дитини має дослідження особистості з позицій **теорії діяльності** та **соціальної ситуації розвитку,** представлених в роботах вітчизняних психологів. (ВиготскійЛ. С; Ельконін Б. Д .; Божович Л. І. та ін.)

Л. С. Виготський вперше ввів поняття соціальна ситуація розвитку, яку він розглядав як особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку і зовнішніх умов, як джерело формування особистісних властивостей і якостей. Соціальна ситуація розвитку - найважливіша характеристика віку, що робить істотний вплив на формування життєвих цінностей, в тому числі і здоров'я.

Принципом вивчення ВКЗ є і **віковий підхід.** Зовнішні та внутрішні умови розвитку визначають особливості віку дитини як тимчасової характеристики індивідуального розвитку. Якісна своєрідність кожного вікового періоду визначається на основі соціальної ситуації розвитку дитини і провідного виду діяльності. Перехід від однієї провідної діяльності до іншої визначає зміну вікового періоду.

Представлені методологічні підходи до ВКЗ мають безперечне значення при психологічному аналізі внутрішньої картини здоров'я дитини.

ВКЗ - складова частина самосвідомості особистості. Усвідомлене ставлення людини до своїх потреб, здібностей, потягів, мотивів поведінки, переживань і думок неможливо без пильної уваги до свого здоров'я. Уявлення людини про своє психофізичному стані з певними переживаннями відбивається в різних формах його ставлення до свого здоров'я.

В одних випадках це може бути адекватне ставлення, в інших - зневагу, по-третє - підвищена увага. Особливий інтерес представляє вікової аналіз внутрішньої картини здоров'я, що має важливе значення не тільки в профілактиці захворювання, а й у формуванні гармонійної особистості.

Основний компонент ВКЗ як у дорослих, так і у дітей - ставлення до здоров'я, що включає три рівні відображення здоров'я: когнітивний, емоційний і поведінковий.

***Когнітивний*** рівень передбачає уявлення дитини про стан здоров'я, що в значній мірі залежить від його віку і рівня розвитку інтелекту.

***Емоційний*** рівень пов'язаний з різними видами емоційного реагування на здоров'я, що визначається індивідуально-типологічними та індивідуально - психологічними характеристиками дитини, а також особливостями його емоційного реагування на різні життєві ситуації.

***Поведінковий*** рівень пов'язаний з актуалізацією діяльності дитини по збереженню здоров'я. Це більш високий рівень ставлення до здоров'я і вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження і підтримання свого здоров'я.

Ставлення дитини до свого здоров'я - це частина його Я-концепції. У сучасній психології Я-концепція розглядається як багаторівнева система, що складається з трьох основних блоків:

•     описовий (образ   Я);

•        отношенческой (відношення до себе або до окремих своїх якостей);

•        самооценочной (прийняття себе).

**ВКЗ дитини** **-** **важлива складова частина його Я-концепції** , що представляє собою сукупність установок, спрямованих їм на своє здоров'я. Формування ВКЗ в процесі розвитку дитини проходить кілька етапів. Для кожного етапу характерні основні психологічні системоутворюючі чинники, що впливають на адекватне ставлення дитини до свого здоров'я.

***Перший етап*** охоплює період дитинства. Умовно його можна назвати етапом емоційної прихильності дитини до матері. Емоційна прихильність - основа здорового емоційного і соціального розвитку дитини в наступні роки.

***Другий етап*** - етап формування ідентичності і наслідування - охоплює період раннього дитинства. Приблизно з півтора до двох років дитина починає усвідомлювати свої якості, можливості і свій стан. Формування ВКЗ здійснюється на моделі батьківського ставлення до здоров'я, в процесі наслідування їм.

***Третій етап -*** етап конкретно-ситуативного уявлення про здоров'я і емоційного ставлення до нього - спостерігається у дітей дошкільного віку.

***Четвертий етап -*** етап усвідомлення і емоційно-оцінного ставлення до свого здоров'я (молодший шкільний вік).

***П'ятий етап*** - соціальна установка особистості підлітка на своє здоров'я, що включає в себе когнітивні, емоційного ті та поведінкові компоненти.

Лекція 7. Сон та його значення для здоров’я

*Сон, його охоронні функції. Фази сну. Види сну. Патологія сну. Порушення сну. Вікові норми поведінкового сну.*

**Психогігієна -** галузь медичних знань, що вивчає фактори і умови навколишнього середовища, що впливають на психічний розвиток і психічний стан людини і розробляє рекомендації щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я

Психогігієна як наукова галузь гігієни вивчає стан нервово-психічного здоров'я населення, його динаміку в зв'язку з впливом на організм людини різних факторів зовнішнього середовища (природних, виробничих, соціально-побутових) і розробляє на підставі цих досліджень науково-обґрунтовані заходи активного впливу на середовище і функції людського організму з метою створення найбільш сприятливих умов для збереження і зміцнення здоров'я людей.

**Режим дня. Сон і його гігієна.**

Режим дня. Слово «режим» французьке і в перекладі означає «управління». В даному випадку мова піде про самоврядування. Якщо все робити в один і той же час, то через якийсь число повторень буде утворений динамічний стереотип, завдяки якому одна діяльність легко змінює іншу. Справа в тому, що всі процеси в нашому організмі відбуваються циклічно. Неспання змінюється сном, вдих видихом, скорочення передсердь і шлуночків серця паузою. Багато хто з перерахованих процесів не вимагають свідомого контролю, вони відбуваються рефлекторно, крім нашої свідомості, інші, навпаки, вимагають свідомого управління.

Режимом називають встановлений розпорядок життя: роботи, харчування, відпочинку, сну. Він визначається не тільки нашими бажаннями, але і суспільними вимогами. У певні години починають і закінчують роботу установи, заводи, фабрики, інститути, школи, театри, кіно, магазини, підприємства громадського харчування. І кожна людина, незалежно від бажання, повинен зважати на ці чинники і свій особистий розпорядок життя пристосовувати до розпорядку громадському. Вже одне це говорить про те, що режим дня не може бути для всіх одним і тим же. Навіть для одного і того ж людини він буде різним під час роботи на підприємстві і в дні відпустки, в будні і у вихідні дні. Але все ж в розпорядку життя певних груп населення, зайнятих одним і тим же ділом і живуть в подібних умовах, багато спільного. Гігієна вивчає кожну з цих груп і рекомендує для них науково обґрунтований розпорядок дня.

Працездатність людини протягом дня змінюється, досягаючи найбільшої інтенсивності в періоди від 10 до 13 і від 16 до 20 год. Тому розумову роботу треба виконувати в період найбільшої працездатності.

Сном називають періодично наступаючий стан людини і тварин, що характеризується майже повною відсутністю реакцій на зовнішні подразники. Під час сну відбувається природний періодичний відпочинок людини від психічної діяльності, який обумовлений біоритмами організму.

І. П. Павлов вважав що під час сну відбувається повне гальмування клітин кори великих півкуль головного мозку і найближчої подарунки. Однак останні дослідження із застосуванням новітніх досягнень електроніки показали, що це не зовсім так. Під час сну робота мозку не загальмовується, а перебудовується. Причому сам сон - складне явище, яке має кілька стадій. Ці стадії циклічно повторюються, і для повного відновлення сил необхідно, щоб всі вони пройшли в певній послідовності.

В даний час відомо кілька стадій повільного і швидкого сну. Назви «повільний» і «швидкий» відображають характер електроенцефалограм - кривих, які реєструють біоструми мозку. У стані неспання крива показує наявність швидко коливних струмів невеликої амплітуди. Коли людина засинає, амплітуда коливань зростає, а самі коливання стають повільними. Звідси назва «повільний» сон. Потім крива біострумів мозку сплячої людини змінюється: вона набуває характеру швидких коливань, чимось нагадують криву біострумів мозку спить людина. Звідси і назва «швидкий» сон.

Для фази швидкого сну характерні деякі особливості: руху очей, задишка, порушення ритму пульсу з повним розслабленням скелетних м'язів. У людини ця стадія триває недовго - в середньому 5-10 хв. Вона повторюється близько 5 разів протягом ночі. Зазвичай фаза швидкого сну пов'язана зі сновидіннями. Втім, дослідження останніх років показали, що і деякі фази повільного сну також можуть супроводжуватися сновидіннями.

Як вже було сказано, у людини, сплячого міцним сном, все фази сну протягом ночі повторюються кілька разів. Після пробудження така людина відчуває себе бадьорою і добре виспався. Сновидіння багато людей не пам'ятають, хоча більшість здорових людей їх бачать.

Про природу і значення сновидінь висловлено багато гіпотез. Прихильники однієї з гіпотез вважають, що сновидіння пов'язані з психологічним захистом організму від травмуючих чинників. Сновидіння дозволяють нам емоційно розрядитися, відреагувати на обставини, на які ми не змогли належним чином відповісти в стані неспання. Наприклад, в нашу адресу було висловлено образливе зауваження, а відповідь на нього в потрібну хвилину не знайшов. У сновидінні ця подія знову повторюється, але вирішується вже в нашу користь. Суть цієї гіпотези полягає в тому, що сновидіння є як би засобом психологічного захисту, вони звільняють нас від вантажу переживань, які продовжували б нас пригнічувати надалі. Прихильники цієї гіпотези вважають, що в стані нервового виснаження людині не сняться сни. (Здорові люди сни бачать, але їх не запам'ятовують,хворі їх просто не бачать.) Люди, які починають виходити зі стану неврозу, бачать страхітливі сновидіння, кошмари, в яких вони завжди терплять лихо, і, нарешті, в період остаточного одужання у них відновлюються звичайні сновидіння, при яких людина бере верх над обставинами , досягає бажаного.

Сновидіння, як правило, не можуть передбачити хід майбутніх подій, але віра в сновидіння може вельми і вельми сильно позначитися на житті людини. Адже кожен з нас будує для себе програму життя. Чи може на вибір подальшого життя вплинути сновидіння? Так, може, якщо людина вірить в нього. Адже стан вибору річ нелегка, вона вимагає роздуми, великих труднощів. Віра в сновидіння, прикмету, ворожіння може вплинути на рішення.

Лекція 8. Професійне здоров’я

*Психологічне забезпечення професійного здоров'я. Професійні самовизначення, підготовка, адаптація. Індивідуально-типологічні особливості особистості і професія. Стрес в професійній діяльності, феномен „вигорання” особистості, його причини. Хронічний стрес жителів великого міста. Психологічні проблеми урбанізації. Ресурси стресостійкості особистості. Профілактика і реабілітація осіб, що перенесли стрес.*

Можна сказати, що перші ознаки прояву уваги до питань забезпечення здоров'я працівників, зайнятих в промисловій сфері, відносяться до початку ХХ ст. і пов'язані перш за все з оформленням руху за наукову організацію праці (НОП), одним з основоположників якого був американський інженер Ф. Тейлор. правда, в творчому доробку самого Тейлора ця тема НЕ отримала будь-якого спеціального розвитку. відомо, що в своїх роботах він виходив з концепції економічного людини, розглядаючи робочого не більше як відокремлену одиницю, елемент виробничого процесу. Соціальна природа, психічне і фізичне благополуччя індивіда його не цікавили. Але ось у його соратника Ф. Джілбрета, по праву вважається одним з вождів руху за *гладку* організацію праці, вже проглядається досить чітко виражена орієнтація на людський фактор. Він бачить сенс НОТ в тому, щоб кожен займався тією справою, яка найбільше відповідає його фізичним і психічним здібностям. При цьому основним питанням наукової організації праці він вважав людину, його відношення до роботи, розумне поводження з ним. Кожен повинен відчувати радість праці, бо останнє - головний успіх НОТ. А першою умовою радості праці і його продуктивності Джілбрет називає здоров'я робітників. Щоб робочі були здорові, необхідно доцільне пристрій їх робочого місця і розташування інструментів, але головне, робітникові треба забезпечити необхідний відпочинок, зменшити вплив на нього всякого стомлення. Джілбрет виступив ініціатором проведення Дня боротьби з втомою, вперше організованого в Америці (згодом він щорічно проводився в грудні). Він наполягав на залученні психологів для вирішення проблем персоналу в виробництві. Не можна недооцінювати, підкреслює Джілбрет, значення психологічного чинника для розв'язання однієї з великих, за його висловом, завдань: запобігання нещасним випадкам на виробництві, забезпеченні безпеки праці робітників.

Є підстави вважати, що на гуманістичний світогляд Джілбрета істотний вплив зробила його дружина Ліліан Джілбрет, яка стала першою жінкою в Америці, що отримала кваліфікацію доктора психології. У науковій організації праці її особливо цікавили психологічні аспекти. На її думку, наукове управління передбачає і моральний розвиток працівників, яке досягається культивуванням почуття відповідальності за себе та інших, почуття професійної гордості, здатності до самоконтролю, почуття справедливості.

Центр тяжкості успішного управління лежить в людині, а сама робота є великим вихователем. Хороша організація праці, вважає Л. Джілбрет, повинна розглядати тіло і душу не тільки в окремо, але і в їх взаємному зв'язку; повинна не тільки орієнтуватися на професійне, розумовий і моральне розвиток працівників, а й формувати у них прагнення до здорового способу життя. Питання професійного здоров'я в тій чи іншій постановці починають активно обговорюватися і в Англії на початку XX ст. Професор Кембриджського університету Б. меси однією з важливих задач промислової психології вважає дотримання правил охорони праці.

Він бачить в перевтомі працівників, яке тягне за собою за собою ослаблення правильності сприйняття, пам'яті і зосередження уваги, одну з головних причин нещасних випадків на виробництві. Якщо дати можливість людині робити ту справу, до якого він від природи найбільш пристосований, то він буде працювати легко, із задоволенням і практично не втомлюючись. Енерговитрати працівника при виконанні виробничих завдань повинні бути сумісні з хорошим станом його здоров'я.

Директор психологічної лабораторії в Кембриджі Ч. Мейерс різко засуджує промислове варварство, витончену жорстокість, безсовісно жадібність, безглуздо експлуатацію робітників, які, на його думку, панують на багатьох підприємствах Америки і Англії.

Він вважає, що психологічний фактор - основний важливий фактор, який визначає майбутнє промисловості. Його головна теза: треба поважати в робочому гідність, людську особистість. Робочий повинен прагнути - і в цьому йому треба сприяти - до більш повної, цікавою та інтелектуального життя. А найважливіша умова підйому продуктивності праці, на думку Мейерса, полягає в формуванні впевненості працівників у безпеки виробництва та створенні для цього необхідних передумов.

Один із засновників промислової психології Ф. Уотт робить особливий акцент на організації дозвілля працівників. Він пише: "Поліпшивши і збільшивши можливість робочого користуватися здоровими розвагами, ми зможемо зробити його дозвілля більш корисними і духовно, і фізично, і його збільшується внаслідок цього життєва енергія відіб'ється і на його роботі. "

Відповідно завдання психолога на підприємстві, відповідно до Уоттс, - створити оптимальні духовні і фізичні умови для здійснення роботи найвищої якості. Розширення робіт в області НОТ не залишилося непоміченим і в Німеччині. Не заперечуючи цінності методів, покладених в основу НОТ, вона застерігає від механічного їх запозичення і спроби перетворити Європу в Америку. Визнаючи широкий масштаб заходів (особливо на великих підприємствах) по соціальному забезпеченню робочих, збереженню їх здоров'я і попередження нещасних випадків, Вітте разом з тим зауважує, що зовсім не людяністю пояснюється ця дбайливість, а раціоналізмом: хворий, калік або стурбований сімейними проблемами робітник не в змозі бути працездатним. Американські підприємці, продовжує Вітте, добре зрозуміли, що вони отримають набагато більше свободи в своїх рішеннях і діях, якщо робітники будуть не тільки слухати, але і здоровими. Чи не приймаючи таку позицію в цілому, Вітте бачить перспективи перетворення праці на основі етики, духовних цінностей, самостійності робітників. Нашим гаслом, каже вона, повинна бути не автоматизація як самоціль, а одухотворення роботи і самого робітника. Схожої точки зору дотримувався видатний німецький вчений Е. Крепелін, відомий своїми дослідженнями чинників оптимальної організації праці, а також феномену втоми його впливу на працездатність. В цілому він розглядав працю не як прикру долю пригноблених,а як привілей здорової людини.

Робота повинна залучати виконавців, а не відштовхувати від неї. Випробовуючи почуття задоволення від власної праці, працівник знаходить в ньому впевненість і самоствердження. Цьому сприяють розуміння громадського сенсу виконуваної діяльності, добре володіння засобами праці, отримання цілком здійсненних і разом з тим не дуже легких завдань. Працівник, на думку витку, - це біосоціальна істота, і тому в забезпечення необхідних умов гігієни його праці повинні залучатися відповідні знання з фізіології, психології і соціології. Не можна, продовжує автор, обмежуватися тільки опитуванням трудящих про їх самопочуття - необхідно регулярно проводити об'єктивне і ретельне дослідження їх працездатності.

В наш час проблема професійного здоров'я привертає до себе все більшу увагу фахівців. Сучасний працю може бути для людини як позитивне, так і негативний вплив. Останнє може бути викликане впливом несприятливих умов праці (перенапруженням, перевантаженнями, психотравмуючими факторами і т. Д.), Які здатні *спричинити* за собою не тільки професійні деформації особистості, але і в крайніх випадках їх прояви - професійні захворювання, аж до необхідності змінити рід занять або зовсім припинити професійну діяльність.

Продуктивною основою для аналізу комплексу питань, що відносяться до проблеми професійного здоров'я, може стати концепція психологічного забезпечення професійної діяльності. Вона націлена на наскрізне психологічне забезпечення професійної діяльності - від входу в професію і до виходу з неї. Процес безперервного психологічного супроводу розглядається в якості обов'язкової умови становлення фахівця і його подальшого професійного функціонування.

Термін **стрес** (тиск, напруга) англійського походження. У XIV ст. в Англії в літературних джерелах з'являються різні трактування цього поняття. Однак науковий підхід до розуміння стресу почав складатися тільки в XIX в. Цьому сприяло вивчення питань про захисних силах організму, про його здатність протидіяти руйнівним діям ззовні. Вважається, що біля витоків дослідження проблеми стресу стояв знаменитий французький фізіолог до л о д Бернар. У другій половині XIX ст. він висловив і обґрунтував ідею про внутрішнє середовище організму, про її сталості як необхідну умову життя. Основна думка Бернара полягала в тому, що завдяки постійності внутрішнього середовища (вода, температура, повітря, тиск, хімічний склад і ін.) організм знаходить певну незалежність від впливу зовнішніх факторів.

Бернар вважав, що на збереження внутрішнього середовища, її біологічних констант (кисень, цукор, солі і т. Д.) Спрямована діяльність певних вітальних механізмів, але він не розкрив зміст цих механізмів.

Відповідь на це питання дав американський фізіолог Уолтер Кеннон. Він увійшов в історію науки як автор вчення про гомеостазі. Під гомеостазом розуміється стан підтримки відносної динамічної постійності (рівноваги) внутрішнього середовища організму в фізіологічно допустимих межах (забезпечення сталості температури тіла, кров'яного тиску, концентрації цукру в крові і т. Д.). Механізм гомеостазу діє на рівні цілісного організму, окремого органу, клітинному і молекулярному рівнях.

Кеннон підходив до трактування гомеостазу з дарвінівських позицій, розглядаючи його як продукт природного відбору. Він підкреслював, що механізми гомеостазу не дані спочатку, вони сформовані в процесі розвитку живого і мають фило- і онтогенетичний аспекти розгляду.

**Психологічний (емоційний, другосигнальний) стрес** - це та різновид континууму стресових станів, які в значній частині слід віднести до області негативних і позитивних почуттів і емоцій. Видів і форм прояву психологічного стресу нескінченно багато, так як вони обумовлені особистісними якостями людини, його минулим досвідом, особливостями виховання та освіти і т. Д.

В даний час існує чимало професій, для яких стрес якщо і НЕ хронічне явище, то, у всякому разі, ймовірність його виникнення досить велика. В цьому сенсі не вимагають особливого пояснення професії космонавта, льотчика, авіадиспетчера, оператора атомних електростанцій і ін. Цікаві дані соціологічних досліджень, проведених у Франції. У цій країні в число найбільш стресогенних потрапили професії авіадиспетчера, машиніста поїзда, викладача в школі, продавця в супермаркеті, офіціанта. Серед місць служби, наибе; її небезпечних для життя, на перше місце вийшла фінансова біржа. Виявилося, що інфаркти та інсульти тут у багато разів перевищують аналогічні захворювання в інших професіях.

Лекція 9. Профілактика алкоголізму, наркоманії і токсикоманії

*Поширеність пияцтва, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії. Основні групи ризику. Методи, форми і засоби антиалкогольного виховання. Роль соціального працівника в антиалкогольному вихованні населення. Боротьба з наркоманією і токсикоманією і роль в ній соціальної роботи. Виявлення і профілактика наркоманії і токсикоманії у дітей і підлітків. Робота з батьками дітей наркоманів і токсикоманів.*

а даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, число наркоманів в розвинених країнах становить 48 млн чоловік. У США, Південній Америці, Канаді, Західній Європі споживання наркотичних засобів, як відзначали експерти, набуло характеру епідемії. Наркоманією охоплено широкі верстви населення: учні та студентська молодь, військовослужбовці та працівники державного апарату.

Фахівці виділяють ряд особливостей і тенденцій підліткової наркоманії та алкоголізації в нашій країні:

•   зростання обсягів наркотичних речовин на ринку і їх доступність;

• значне розширення асортименту наркотиків та алкогольних напоїв; полінаркоманія;

• фемінізація (збільшується кількість дівчат, вживають наркотики);

• неграмотність, безсистемність профілактичних заходів, що призводять нерідко до зворотного ефекту;

• дистанціювання дорослих від лякаючою їх проблеми наркоманії і прагнення перекласти вирішення цієї проблеми на державні органи (міліцію, школу і т. д.);

• звичний кампанейскій культурно-масовий характер заходів щодо профілактики наркозалежності;

• очевидність не ефективності медикаментозної допомоги при лікуванні наркоманії;

• ідеологічна спустошеність дорослого населення, нездатного запропонувати що-небудь ясне у формуванні карти світу дитини;

• відродження зв'язку молодіжної субкультури з вживанням наркотиків (за прикладом руху хіпі);

• наркотична інфекція вражає все більше і більше молоде і незахищене населення (90% перших проб відбуваються у віці від 14 до 17 років).

Слід чітко усвідомити, що для продуктивної роботи в області профілактики наркозалежності необхідно спиратися на фундаментально розроблену методологію, яка в даний момент ще тільки формулюється. Сьогодні в освітніх установах необхідна систематична робота в цьому напрямку, причому вона повинна починатися в молодших класах і закінчуватися в випускних і проводитися з урахуванням психологічних особливостей різних вікових періодів. Звичайно ж, проблема наркозалежності - це проблема не школи, це проблема всіх інститутів суспільства; щоб впоратися з нею, необхідно формувати цілісну наркополітику держави.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я під первинною профілактикою мається на увазі робота з організованими дитячими колективами і суспільною свідомістю з впровадження ідей здорового способу життя; вторинна профілактика спрямована на роботу з дітьми групи ризику; третинна профілактика передбачає роботу з хімічно залежними пацієнтами з метою профілактики рецидиву захворювання.

Сьогодні з метою усунення причин, що ведуть до вживання психоактивних речовин (ПАР), слід формувати профілактичне простір як систему, де можна визначати мішені превентивних дій. Виділимо наступні базові поняття, що визначають цей простір.

Профілактичне простір - складна динамічна система.

Ця система складається із сукупності елементів і їх змінних характеристик, пов'язаних між собою як позитивними, так і негативними зворотними зв'язками.

Найважливішим елементом цієї системи, що обумовлює її динамічність і мережевий, а не лінійний (причина-наслідок) характер трансформації, є людина.

Профілактичне простір має:

***індикаторні змінні*** *,* які характеризують стан системи на якийсь момент часу, залежать від багатьох інших змінних цієї системи, але самі значно на неї не впливають;

***критичні змінні,*** впливаючи на які можна значною мірою впливати на стан всієї системи.

Для визначення стану системи необхідно виділити, вивчити і проаналізувати індикаторні змінні.

Для позначення мішеней впливу необхідно досліджувати, що ж є критичними змінними, і розробляти плани роботи відповідно до них.

Проблема епідемії наркозалежності в молодіжному середовищі та підлітків не може розглядатися як окрема, поза зв'язком із загальними причинами соціальної дезадаптації. Більш того, зараз вже важко виділити чіткі критерії належності до групи ризику по розвитку залежностей школярів. Нерідко зовсім що не вселяють побоювань відмінники, лідери в своїх колективах, які проживають в повних забезпечених сім'ях, стають жертвами власної цікавості або невміння конструктивно вирішувати проблеми свого життя. Це означає, що грань між первинною та вторинною профілактикою залежностей в підлітковому середовищі майже відсутня, прихована група ризику - будь-який школяр, який переживає труднощі соціально-психологічної адаптації в ході дорослішання.

**Тютюн, алкоголь і ліки** відносяться до легальних (дозволених) наркотиків. Їх зберігання і вживання не підлягають покаранню, їх можна купити в магазині або аптеці. Серед нелегальних (заборонених) наркотиків найбільш відомі гашиш, ЛСД, кокаїн і героїн. Однак оцінки легальний або нелегальний не дають чіткого уявлення про небезпеку того чи іншого наркотику. Так, тютюн і алкоголь, хоча вони і відносяться до категорії легальних, слід класифікувати як найнебезпечніші з наркотиків, беручи до уваги велику кількість захворювань, які вони викликають.

Виробництво спиртних напоїв в останні десятиліття досягло астрономічних цифр. За даними Ю. Л. Лисицина і Н. Я. Копита, останнім часом в середньому на одного жителя планети в рік припадає 2,4 л спирту, 8,3 л вина і 17,6 л пива (або ж близько 5 л абсолютного спирту). Найбільше споживання алкоголю на душу населення - у Франції (18,6 л); в Іспанії - 11,6 л, Австрії - 13,2 л, Швейцарії - 11,6 л, в Німеччині - 11,2 л, США - 9,5 л. Порівняно низький рівень споживання алкоголю на душу населення відзначається в Польщі (4,8 л), Фінляндії (4,3 л), Норвегії (3,3 л).

**Що таке алкоголь?** Алкоголь, придатний для пиття, виробляється шляхом бродіння або дистиляції різних елементів. Для його виробництва використовуються зерна, фрукти і цукровий очерет, причому в вироблених напоях - різний вміст алкоголю.

Існують наступні фактори ризику зловживання алкоголем: несприятливі ситуації в родині, недостатня гармонія і тривалі порушення відносин, безробіття членів сім'ї та її соціальне падіння, алкоголізм батьків. Боязкі, замкнуті, чутливі, з загостреним почуттям сприйняття, легкоранимі особистості, важко переживають розчарування, частіше стають споживачами алкоголю.

***Негативні наслідки.*** Згубний вплив алкоголю на людину було відомо вже в античні часи. Відповідно до грецької міфології, Вулкан, син Юпітера, народився кульгавий тому, що був зачатий батьком в стані алкогольного сп'яніння.

Зловживання алкоголем прямо або побічно є однією з найважливіших причин смертності населення нашої країни. Алкогольний цироз печінки - одна з провідних причин смерті в вікових групах від 25 до 64 років. В цілому захворюваність у тих, хто п'є вище, ніж у непитущих, в 2 - 3 рази, а смертність від соматичних захворювань - в 3-5 разів. Внаслідок дії всіх причин, разом узятих, тривалість життя алкоголіка скорочується в середньому на 12 - 1 | 8 років. Жодна жива істота, крім людини, не вживає алкоголь добровільно. Захисний рефлекс срабати кість *v* всіх в обов'язковому порядку. Наявність його очевидно і у дітей. Абсолютна тверезість, таким чином, - одне з природних умов нормальної життєдіяльності.

Отже, алкоголь - це наркотик, хімічна речовина, що впливає на функціонування організму. Те, що алкоголь набув широкого поширення, ***НЕ означає,*** що він нешкідливий. Багато наслідки вживання алкоголю небезпечні і можуть призвести до загибелі.

Ось тому, не дивлячись на легальність, обидва наркотики (тютюн і алкоголь) слід класифікувати як найнебезпечніші з наркотиків, беручи до уваги велику кількість захворювань, які вони викликають.

Лекція 10. Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом

*Хвороби, що передаються статевим шляхом. Групи ризику. Венеричні хвороби. Групи ризику. Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом.*

Сучасна статистика по бактеріальних і вірусних ЗПСШ, як би не старалися статистики, що не показує справжньої картини захворюваності. Найчастіше люди не йдуть до лікарів тому, що не знають про свою хворобу: якщо сифіліс та гонорея відомі з давніх-давен, мають явну симптоматику, їх бояться і лікують, то про таких нових венеричних захворюваннях, як хламідіоз, трихомоніаз, гарднерельоз, мікоплазмоз, багато хто навіть не підозрюють. Ці інфекції протікають практично безсимптомно, особливо у жінок.

Тим часом нові венеричні хвороби небезпечні тим, що хворіють на них не тільки сексуальні партнери - вони передаються і плоду внутрішньоутробно, і через материнське молоко, і через слину при поцілунку, і при переливанні крові.

Друга причина того, що ми навряд чи дізнаємося про всі хворих ЗПСШ, - відмова лікарів наших поліклінічних установ визнавати їх існування. Нові венеричні хвороби найчастіше виявляють себе запаленням. Лікарі ж в держустановах «по-старому» лікують будь-яке запалення ударною дозою антибіотиків. Якщо не допоміг один - призначать іншого ... І людина від такого злочинного лікування часто стає інвалідом, не здатним зачати або виносити дітей, імпотентом ... Адже ЗПСШ з'явилися не водночас і не вчора. Люди в старовину жили, треба відзначити, в інший екологічному середовищі, і з багатьма з них справлялися внутрішніми силами організму.

Сучасна урбанізація, аварія на Чорнобильській АЕС, поширення ядерних матеріалів, кислотні дощі - все це руйнівно діє на клітини імунної системи. У сучасних людей надзвичайно знижений імунітет, і статеві інфекції буквально атакували ослаблені організми.

Лікарі-дерматовенерологи стверджують, що хламідіози, бактерійні вагінози і багато інших хвороб стануть бичем XXI століття, коли людство остаточно зрозуміє все жахливі наслідки цих інфекцій.

Хвороби, що передаються статевим шляхом, відносяться до найбільш поширених в світі інфекційних захворювань. Наприклад, гонореєю заражається більше 250 млн. Чоловік в рік в усьому світі.

Захворювання, що передаються статевим шляхом, на жаль, відносяться до САМИМ поширених захворювань у всьому світі. Чи не до одним з найбільш поширених, а найпоширенішим. Навіть високорозвинені країни по захворюваності мало відстають, а за деякими показниками можуть і обганяти країни третього світу. Положення ж з «класичними» венеричними захворюваннями в колишніх союзних республіках, поряд з країнами Африки, Азії, Східної Європи, можна розцінювати як ЕПІДЕМІЮ.

*Глобальність* і всеосяжну *актуальність* цього питання ніхто не сміє ставити під сумнів. *Мета* даної роботи - показати методи профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом. Адже попередити легше, ніж лікувати. *Основні завдання* - розкрити поняття ЗПСШ, показати гостроту проблеми і описати основні заходи профілактики.

ІПСШ ділять на «старі» і «нові», і називають «старі» ІПП П венеричними, а «нові» - урогенітальними. До «старим» ІПСШ відносять гонорею, сифіліс, м'який шанкр, венеричний лімфогранулематоз, донованоз. Останні три практично не зустрічаються в Росії, тому «класичними» венеричними захворюваннями вважаються тільки гонорея і сифіліс. До «новим» ІПСШ відносять ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити B, C і D, хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, трихомоніаз, гарднерельоз, генітальний герпес, загострені кондиломи, цитомегаловірус і вагінальний дисбактеріоз, а також хвороби шкіри, що передаються статевим шляхом (коросту, лобкові воші, контагіозний молюск).

Кандидоз та неспецифічний уретрит не відносять до ІПСШ, але часто розглядають в сукупності з ними.

     Нині всі ЗПСШ ділять на кілька груп:

·         венеричні захворювання, або "класичні";

·         так звані "нові" венеричні захворювання;

·         хвороби шкіри, що передаються статевим шляхом і

·          хвороби, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням інших органів.

В даний час виділяють близько 20 - 25 захворювань, що передаються статевим шляхом. Нижче представлені лише деякі з них.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| сифіліс гонорея Шанкроїд (м'який шанкр) лімфогранулематоз венеричний Гранулема венерична (пахова)  |   |   |
| урогенітальний хламідіоз сечостатевої трихомоніаз урогенітальний кандидоз сечостатевої мікоплазмоз генітальний герпес Папіломовірусні інфекції Контагіозний молюск геніталій бактеріальний вагіноз урогенітальний шигельози Лобковий педикульоз (фтириаз) короста  |   |   |

СНІД

гепатит В

цитомегалия

амебіаз

лямбліоз

**Профілактикою від ІПСШ** служить безпечна поведінка при сексуальному контакті. Зокрема, це використання презерватива, латексної серветки або непроникаючий секс. Неефективні промивання водою або антисептиками і перерваний статевий акт.

Багато хто вважає, що заразитися від людини, у якого немає явних ознак запалення в області **статевих органів** , неможливо. Однак дуже багато інфекцій протікають взагалі без симптомів, тому відсутність симптомів - ще не привід довіряти людині своє здоров'я. Крім того, статеві інфекції передаються далеко не тільки статевим шляхом, але і через кров ( **СНІД** , **сифіліс** , **гепатит В** - при переливанні, при користуванні спільними нестерильними голками). Сифіліс на деяких своїх стадіях навіть здатний передаватися через вологий поцілунок.

Основним же фактом, який навіть скептиків повинен переконати, що ризик зараження досить імовірний, якщо не дотримуватися заходів профілактики, є той факт, що, до б ольшое жаль, кількість хворих **венеричними хворобами** прогресивно зростає скрізь. У Росії ситуація з венеричними захворюваннями більшою мірою кримінальна епідемії. Існує кілька **простих правил і порад** , як знизити ризик і навіть уникнути ризику зараження статевими інфекціями, про які потрібно подумати ДО статевого акту: Утриматися від «випадкових» зв'язків. Ніхто не дасть гарантії, що навіть самі «пристойні» чоловіки і жінки - здорові. Ні зовнішній вигляд людини, ні рівень його освіти, ні соціальний статус і сімейний стан - НІЩО не може говорити про наявність чи відсутність у нього венеричних захворювань. При цьому сама людина може бути повністю впевнений, що здоровий, і абсолютно не підозрювати про те, що хворий. Більшість же венеричних хвороб часто протікають безсимптомно.

Найнебезпечніші види сексу - це вагінальний або анальний статевий контакт без презерватива.

Презерватив - класичний засіб профілактики ЗПСШ. Однак ефективність презерватива як засобу профілактики венеричних інфекцій - не 100%. Зовсім не рідкість випадки зісковзування презерватива. Тому перед використанням обов'язково прочитайте інструкцію. (Крім того, мало хто знає, що існують спеціальні презервативи і плівки для мови при кунілінгус. А статеві інфекції, як уже говорилося, передаються і при орогенітальних статевих контактах.)

Підводячи підсумок всьому сказаному, підкреслюємо: абсолютно необхідно використовувати презерватив при нетривалих відносинах. Тим часом, для регулярного статевого життя презерватив мало підходить: за спостереженнями венерологів, якщо один партнер хворий, навіть в презервативі рано чи пізно інфекція стає «загальної».

Дуже часто нам нагадують, що до стоматолога потрібно звертатися кожні півроку.

Це ж рекомендація стосується і до відвідування **уролога / гінеколога** . Нехай лікар подивиться на ваше абсолютне здоров'я свіжим і професійним поглядом. Тільки ці заходи в поєднанні з вашим грамотним поведінкою вбережуть вас від інфікування.

Лекція 11. Медико-соціальна робота з особами літнього віку

*Основні поняття геронтології. Особливості психології літнього віку. Ознаки психічного старіння. Профілактика старіння і медико-соціальна допомога літнім і старим людям. Психологічна і соціальна проблема старіння і вмирання.*

В демографії кількісний і якісний склад населення прийнято зображати у вигляді піраміди, основу якої складають новонароджені, діти; потім відбувається поступове звуження піраміди з урахуванням смертності в кожному віковому періоді; її вершину становлять особи віком від 90 років і старше. До теперішнього часу вважалося, що для органів охорони здоров'я і соціальних служб в дослідженнях стану здоров'я населення ця група старих людей не має великого значення.

До кінця XX століття демографічна ситуація в корені змінилася: вікова структура населення більшості країн світу, в тому числі і Росії, нагадує вже не стільки піраміду, скільки колону, що характеризується щодо малою чисельністю дітей, осіб молодого і зрілого віку і щодо високою чисельністю осіб старших вікових груп. Ще більш дивний той факт, що постійно збільшується частка довгожителів, які доживають до 90 - 100 років і більше. Кількість довгожителів у віці від 85 років і старше в ряді країн, за переписами населення останніх років, варіює від 12 до 68, а у віці 100 років і більше - від 0,5 до 1,1 на 10 000 чоловік населення. Передбачається, що в 2018 році середній вік в момент смерті буде 85,6 року. Здавалося б, мрія людства збувається, "людина завжди прагнув жити століття, а його фантазія в цьому напрямку була нестримною" (І. В. Давидовський), якби не негативні сторони старечого періоду життя. Цілком природно і закономірно, що збільшення абсолютного і відносного числа осіб старшого віку і довгожителів веде до зростаючої ймовірності появи у них множинної патології. На думку Д.Ф.Чеботарьова, патологію хворих старих людей можна порівняти з айсбергом, у якого 1/4 обсягу приховано під водою. Скарги старих людей направляють увагу лікаря на вершину цього айсберга, між тим для правильного лікування і догляду необхідно знати всю патологію, тобто "Побачити весь айсберг" .Для соціальної ж сфери головним є той факт, що серед старих людей виявляється тенденція до повільно наростаючим болючим патологічних процесів, які приймають хронічний перебіг і важко піддається лікуванню. Якщо взяти до уваги, що з 40 - 45 років вже відбувається "накопичення" хвороб, то зрозуміло, чому так багато серед дуже старих людей осіб, не здатних навіть до самого елементарного самообслуговування.

Цікаво, що старі люди з порушеннями повсякденних функцій складають приблизно 60% всіх тих, хто повідомляє про наявність у них будь-яких захворювань; лише половина з них в змозі виділити якесь основне захворювання. За даними польських геронтологів, тільки 24% осіб старше 60 років, що живуть в комфортних умовах, можна вважати практично здоровими; серед які живуть в незадовільних умовах таких старих людей всього 9%; 10% осіб старше 60 років не можуть самостійно виходити з дому і потребують постійної сімейної, соціальної або медичної допомоги. Гнітючими виявилися і результати клініко-епідеміологічних досліджень психічного здоров'я населення похилого та старечого віку. Зі збільшенням тривалості життя неухильно росте число психічно хворих старих людей, переважно з деменціями. Згідно з демографічними прогнозами, число дементних старих людей збільшиться на початку XXI століття на 50%. Деякі геронтопсіхіатри висловлюють думку, що поширення деменцій і інших інтелектуально-мнестичних порушень у старих людей в останні роки набуває характеру епідемії, "мовчазна епідемія", а сенільна деменція в близькому майбутньому стане "хворобою століття". Зі збільшенням тривалості життя зростає і період безпомічного існування старих людей з різними хронічними і психічними захворюваннями. Прогресування наслідків хронічних патологічних процесів не завжди можна зупинити за допомогою новітніх фармакологічних засобів. Переважна більшість старих людей потребує найширшому спектрі послуг і допомоги, що надається їм сторонніми людьми, будь то члени сім'ї, сусіди, медичні, соціальні або благодійні організації.

Проблеми соціальної роботи зі старими людьми в даний час знаходяться в центрі уваги багатьох соціальних інститутів, соціальних і дослідницьких програм, спрямованих на забезпечення прийнятного рівня життя літніх і старих людей. Серед пенсіонерів по праці абсолютна більшість належить пенсіонерам по старості. Є підстави вважати, що найближчим часом цей показник буде коливатися в межах 88 - 90% від числа пенсіонерів по праці. Однак 75% пенсіонерів все ще залишаються поза сферою уваги і діяльності системи соціального захисту. Саме ці літні і старі люди не можуть реалізувати свої потреби в необхідній їм соціальної допомоги, а то, що вона їм необхідна, особливо при вирішенні матеріальних і побутових труднощів, не викликає сумніву. Насторожує і той факт, що близько 50% старих людей після першого контакту з чиновниками системи соціального захисту не приходять за соціальною допомогою повторно, так як у них залишається почуття гіркоти і образи. Одна з причин виникнення цього почуття - недостатнє фінансування державою соціальних послуг і пільг для малозабезпечених верств населення, відсутність строгого обліку адресності соціального захисту.

На думку соціальних геронтологів західних країн, головна задача соціальної роботи полягає в тому, щоб зв'язати індивіда, родину або громаду з зовнішніми і внутрішніми джерелами тих ресурсів, які необхідні для виправлення, поліпшення або збереження певної ситуації.

Все більш важливе місце в діяльності соціальних служб буде займати навчання професіоналів, що виконують програми надання соціальних послуг населенню старших вікових груп. Саме в цьому, на переконання В.Д. Шапіро, і складається щире розуміння і додаток соціальної геронтології. Все ще існує серед соціальних працівників думка, що їм достатньо життєвого досвіду і власних спостережень за своїми бабусями і дідусями, не витримує критики. Для соціальних працівників необхідно, перш за все, розуміння безлічі психологічних, психопатологічних, соматичних, морально-етичних проблем, що виникають у літніх і старих людей, оволодіння методиками і технологіями, які допомогли б і полегшили їх зусилля в повсякденній практичній роботі і спілкуванні з обслуговуються групами населення .У зв'язку з цим першочерговим завданням на даному етапі є розширення підготовки фахівців з практичної соціальної роботи зі старими людьми.

Загальновідомо, що переплетення соматичних, психогенних, психологічних проблем старих людей до такого ступеня складно, що часто без достатніх знань і спеціальної підготовки неможливо встановити, що визначає стан старої людини - соматичне або психічне захворювання. Від соціальних працівників потрібна оперативність, ініціативність, кмітливість у вирішенні конкретних потреб кожного старого людини. Для вирішення першочергових завдань обслуговування старих людей необхідна наявність кваліфікованих кадрів соціальних працівників на всіх рівнях.

**Диференційований підхід** повинен стати обов'язковим у соціальній роботі з людьми похилого віку та старими людьми як з особистостями, членами суспільства, сім'ї, мешканцями комунальної квартири, будинки для людей похилого віку і т. Д. Так, за визначенням ВООЗ, "старі старі" істотно відрізняються від "нових старих ", тих, хто вийшов на пенсію недавно. Для соціальних працівників важлива в першу чергу, вичерпна інформація про контингент літніх і старих людей, яких вони обслуговують. У геріатрії та геронтопсіхіатріі стало аксіомою, що фізичні і психологічні характеристики людей істотно розрізняються по 5-річним періодам: 60 - 64 роки, 65 - 69 років, 70 - 74 роки і т. Д., Тому для отримання соціальноїінформації та створення банку даних про літніх і старих людей важливо знати не тільки демографічні особливості того чи іншого району, а й картину демографічних змін в цій групі населення.

У багатьох країнах частка осіб, які досягли пенсійного віку, вже наблизилася до максимальної величини і в майбутньому, ймовірно, не зросте. Однак серед населення літнього і старого віку можуть з'явитися важливі зміни, наприклад, збільшиться число "старих старих", а число людей, пристарілих не більше ніж на 15 років після виходу на пенсію, знизиться. Важливо не змішувати всі групи людей третього віку, а розглядати кожну групу з розривом не більше 5-10 років. Тільки тоді можна отримати об'єктивні дані, що характеризують старих людей, які можуть бути використані для планування соціальної роботи в майбутньому. Звичайно, неможливо прогнозувати, чи буде сучасне населення у віці 60 - 64 роки через 10 років схоже на групу, якій зараз 70 - 74 роки. Однак можна з великою часткою ймовірності припускати,що неминучі зміни в організації соціальних служб і економіці, які вплинуть на зазначені вікові групи. Перш за все, ці дані мають особливе значення для планування діяльності місцевих соціальних служб і установ охорони здоров'я. Так, наприклад, якщо стан здоров'я або фінансово-економічної забезпеченості в якій-небудь вибірці обстежених старих людей виявиться гірше, ніж в інших районах, то можна виділити конкретну проблему, що має безпосереднє значення саме для цієї місцевості, району, регіону. Можуть бути виявлені й інші, не настільки невідкладні, проблеми: демографічні прогнози в більшості районів вказують на те, що в наступному десятилітті підвищиться частка старих людей в групі літніх. Таким чином, якщо сучасна система соціальної допомоги і соціальної роботи відповідає потребам цього контингенту і такі служби зараз використовуються в максимальному ступені, то в майбутньому дана система може виявитися неадекватної новим умовам,якщо не запланувати її розширення відповідно до зростання чисельності даної групи населення. Ще більш гострою є необхідність отримання об'єктивних відомостей для розумного планування і безпосередньої реорганізації соціальних служб у районах або регіонах, де зараз потреби швидко зростаючого числа людей похилого віку, які залежать від цих служб, не задовольняються повною мірою. Для прогнозування потреб у соціальному обслуговуванні і соціальній роботі важливе визначення динаміки зростання чисельності осібне задовольняються повною мірою. Для прогнозування потреб у соціальному обслуговуванні і соціальній роботі важливе визначення динаміки зростання чисельності осібне задовольняються повною мірою. Для прогнозування потреб у соціальному обслуговуванні і соціальній роботі важливе визначення динаміки зростання чисельності осіб в віці від 75 років і старше, а не загальне збільшення числа людей у віці від 55 років. За даними Г. Стойнева, 80% осіб старше 75 років - це найбільш безпомічні люди і вони потребують повної сторонньої допомоги і обслуговуванні.

На особливу увагу заслуговує і відношення самих літніх і старих людей до тієї допомоги, яку їм надають соціальні працівники. Практичний досвід і спеціально проведені дослідження дозволяють виділити кілька визначених стереотипів поведінки літніх і старих людей:

* 1. часом неприйняття соціальної допомоги в повсякденному житті, недовіра до соціальних працівників, небажання бути залежними від чужих, сторонніх людей;
	2. явні рентні установки, прагнення і наполегливість в отриманні якомога більшої кількості послуг з боку соціальних працівників, покладання на останніх виконання всіх побутових обов'язків;
	3. невдоволення і незадоволеність своїми життєвими умовами переноситься на соціальних працівників, з якими безпосередньо спілкуються;
	4. соціальний працівник сприймається як об'єкт, який несе відповідальність за їхнє фізичне здоров'я, моральний і матеріальний стан

Звичайно, основна частина населення старших вікових груп, з якими ведеться соціальна робота в різних її видах, виражає свою щиру подяку соціальним працівникам, високо оцінює їхню працю. Однак нерідко є і недоброзичливе ставлення, підозрілість, невдоволення надаваними послугами. Іноді вдаються і до надмірного захоплення, вихваляння соціального працівника, щоб домогтися від нього тих послуг, які не входять до переліку виконуваних обов'язків. Робота зі старими людьми у всіх країнах вважається однією з найважчих у всіх відносинах: велике розчарування осіб, що забезпечують догляд за ними; щоб його уникнути, необхідні висока професійна підготовка, розуміння і знання психологічних особливостей літнього і старечого віку. Соціальним працівникам потрібно з самого початку готуватися до того,що в їх роботі подяк буде значно менше, ніж підозрілості, необгрунтованих звинувачень, а нерідко і незаслужених образ. Соціальні працівники повинні бути підготовлені до того, щоб бути терплячими і дбайливими до будь-якого, навіть дуже примхливій і докучливого старій людині. Не можна сприймати стару людину ізольовано, поза його життєвого шляху. Навпаки, те, що він являє собою зараз, є відображення багатоаспектного і багатошарового становлення особистості. Біографія кожного старого людини являє собою відображення вдалої чи невдалої долі, можливо, розламаною або зруйнованої життя. Найголовніше - кожен старий чоловік єщоб бути терплячими і дбайливими до будь-якого, навіть дуже примхливій і докучливого старій людині. Не можна сприймати стару людину ізольовано, поза його життєвого шляху. Навпаки, те, що він являє собою зараз, є відображення багатоаспектного і багатошарового становлення особистості. Біографія кожного старого людини являє собою відображення вдалої чи невдалої долі, можливо, розламаною або зруйнованої життя. Найголовніше - кожен старий чоловік єщоб бути терплячими і дбайливими до будь-якого, навіть дуже примхливій і докучливого старій людині. Не можна сприймати стару людину ізольовано, поза його життєвого шляху. Навпаки, те, що він являє собою зараз, є відображення багатоаспектного і багатошарового становлення особистості. Біографія кожного старого людини являє собою відображення вдалої чи невдалої долі, можливо, розламаною або зруйнованої життя. Найголовніше - кожен старий чоловік єБіографія кожного старого людини являє собою відображення вдалої чи невдалої долі, можливо, розламаною або зруйнованої життя. Найголовніше - кожен старий чоловік єБіографія кожного старого людини являє собою відображення вдалої чи невдалої долі, можливо, розламаною або зруйнованої життя. Найголовніше - кожен старий чоловік є особистість і як особистість має самоцінне значення. Особистість - серцевина людського буття, його почуттів, переживань і дій. Особистість визначає і поведінку людини в процесі старіння. Кожна людина унікальна в своєму "Я" і ніяк не може бути підмінений іншою людиною, і в такому вигляді іншої людини не існує. Самоцінність людини повинна бути збережена повністю, вона повинна бути неподільною, "індівідус" по-латині означає "неподільний". Невіддільна від індивідуальності людини інша характерологическая особливість - социабельность, тобто можливість відкрити себе для контактів з іншими людьми. Людина вступає в контакти з оточуючими його людьми, створює з ними тривалі або короткочасні зв'язки, підтримує їх або відкидає; в ході цих контактів виникає приязнь або неприязнь, довіру або недовіру.

Кожна людина, вступаючи в постійні контакти з оточуючими його людьми і навколишнім світом, будує на основі власного "Я" свій індивідуальний світ, і це багато в чому визначає, чи вдасться йому задумане.

З позицій психоаналізу, дитинство - це період, коли людина починає своє існування і веде такий спосіб життя, при якому зовнішнє та внутрішнє, земля і небо, "Я" і "МИР" єдині, взаємно переплетені в живій цілісності. У зрілому віці ці полюси поділяються, який сформувався свідомість дозволяє розрізняти свою індивідуальність і світ, дух і плотські спонукання. У постійному метанні між власним "Я" і зовнішнім світом з'являється небезпека піти від своєї суті і бути проковтнутим цим світом, якому ти віддаєш себе як жертву.

На третьому етапі, тобто в старості, у людини з'являється шанс, якщо він правильно переборює цей віковий поріг, знову придбати втрачену гармонію, причому на більш високому рівні.

Лекція 12. Профілактика нервово-психічних порушень та аномалій розвитку

*Здоров'я і соціальні організації. Методи психолого-педагогічної корекції. Групова психотерапія. Ритміко - музична рухова психотерапія. Аутогенне тренування.*

Психологічний стрес, обумовлений побутовими проблемами, міжособистісними відносинами, змістом професійної діяльності, інформаційними перевантаженнями, - мабуть, одна з вельми неприємних сторін способу життя сучасної людини. Досить часто йому доводиться перебувати в стані емоційної напруги, переживати почуття підвищеної тривоги, неспокою, невпевненості в собі. Стан стресу супроводжується не тільки порушенням психічної рівноваги, а й цілим рядом негативних змін у функціонуванні фізіологічних механізмів (м'язові спазми, підвищення артеріального тиску, погіршення циркуляції крові, прискорене дихання і ін.) Стрессостійкість, захист *свого* фізичного і психічного здоров'я від впливу факторів стресу у чому залежить від самої людини, його бажання і вміння користуватися тими чи іншими прийомами психічної саморегуляції (ПСР). Перевага будь-якого з них має відповідати не тільки смакам, але й певним індивідуально-психологічних особливостей особистості. Тут мається на увазі той же принцип індивідуального підходу, як і в разі формулювання рекомендацій щодо здорового способу життя, які не повинні носити узагальнений характер, оскільки вони не можуть бути однаковими для всіх. Важливо, вибравши для себе прийнятний вид ПСР, дотримуватися надалі однієї неодмінної умови - постійності і регулярності в оволодінні її прийомами.

Не тільки науковий, але і практичний інтерес представляє дослідження питання про те, чому люди звертаються до занять ПСР, які ними рухають при цьому мотиви. В.І.Тімофеевим, співробітником кафедри психологічного забезпечення професійної діяльності СПбГУ, показано (на групі з 216 осіб: 160 жінок і 56 чоловіків у віці від 27 до 70 років), що головна причина їх приходу на заняття ПСР полягає в незадоволеності своїм негативним станом (її вказали 46% обстежуваних). Це виражалося:

•        в частій дратівливості;

•        неврівноваженості;

•        почутті внутрішньої напруги, поганого настрою;

•        депресії, відсутності радості життя;

•        частих переживаннях занепокоєння, тривоги, страху; втоми, млявості;

•        низької працездатності, поганий витривалості.

На друге місце (25%) вийшли проблеми відносин і самооцінки:

•        відсутність впевненості в собі і завтрашньому дні;

•        відсутність внутрішньої свободи і здатності впливати на життєву ситуацію;

•        нестача сили духу ;

•        незадоволеність міжособистісними відносинами;

•        неадекватна самооцінка (або занижена, або завищена оцінка своєї активності, сили свого Я).

На третьому місці (22%) виявилися хворобливі симптоми: погане самопочуття, часті болі, порушення сну, проблеми із зайвою вагою. 7% пояснили свій прихід на заняття потребою в самореалізації, прагненням пізнати і розширити свої можливості. Цей результат особливо примітний. Він говорить про те, що ідея самовдосконалення поки найменше займає розуми людей.

Є легенда про те, що чоловікові, який впав у прірву і благав про допомогу, Бог відповів: Так, людина, я дав тобі мало сил, щоб ти вибрався з цієї прірви, але я дав їх досить, щоб ти не потрапляв туди.

Висновок гранично простий: не чекати, поки ситуація застане зненацька і тільки після цього думати, як їй протидіяти, а прагнути передбачити розвиток подій і вживати превентивних, профілактичні кроки.

Прийнято вважати, що людина здатна впливати на самого себе, використовуючи три шляхи, які в тій чи іншій мірі використовуються в ПСР: зміна тонусу скелетних м'язів і дихання; активне включення уявлень і чуттєвих образів; використання програмує і регулюючої ролі слова.

У **загальному випадку під управлінням прийнято розуміти здійснення впливів, вибраних з безлічі можливих на підставі певної інформації і спрямованих на підтримку або поліпшення функціонування керованого об'єкта відповідно до наявної метою управління.**

Функціонування складних динамічних систем забезпечується не тільки за допомогою процесів управління, а й регулювання. Під регулюванням розуміється приведення чогось у відповідність до встановлених норм, правил.

Процес регулювання розкривається як порівняння регульованої величини із заданим значенням, і в разі відхилення (неузгодженості) її від заданого значення в об'єкт регулювання надходить вплив, відновлює регульовану величину. Управління та регулювання знаходяться в певному співвідношенні між собою. Управління є більш широким поняттям порівняно з регулюванням. Іншими словами, регулювання розглядається як окремий випадок управління. Про прямому регулюванні слід говорити тоді, коли норма або задане значення - величина постійна. В цьому випадку процес вирівнювання відхилень стану виходу системи від заданого його значення називають **стабілізацією.** Якщо ж норма - величина змінна, то ми маємо справу з регулюванням, поєднаним з керуванням. В цьому випадку процес регулювання полягає у вирівнюванні відхилень від норми, кожне значення якої визначається управлінням. Таким чином, за допомогою процесів управління і регулювання забезпечується динамічне управління системи, реалізуються необхідні програми, досягаються що стоять перед системою мети. Всі системи,яким притаманні процеси управління, є в той же час системи самоврядні, саморегулюючі. Головна ознака самоврядних систем, пояснює Б. С. Українців, полягає в тому, що вони перш за все виступають як системи функціональні (Самокеровані системи і причинність. - М, 1972). Процес самоврядування в них спрямований на збереження власної цілісності та якісної визначеності, самозабезпечення системою внутрішніх і - до певної міри - зовнішніх умов її збереження і розвитку.

У сучасній психології ще не склалося задовільного тлумачення понять **самоврядування** та **саморегулювання.** Нерідко вони використовуються як синоніми. Питання про їх специфіці ховається в рамках все розширюються досліджень, що об'єднуються під назвою проблеми психічної саморегуляції. Хоча зрозуміло, що якщо дотримуватися єдиних принципів, що склалися в теорії управління, в розумінні змісту і співвідношення процесів управління і регулювання в застосуванні до систем різної природи і рівня складності, то процеси психічного самоврядування у людини слід розглядати ширше, ніж процеси саморегуляції, як частіше прийнято говорити в психологічній літературі останнього часу. Інша справа, що обґрунтоване несуперечливе розкриття загальних і специфічних сторін процесів психічного самоврядування та саморегулювання - і до цього дня відкрите питання і в чималому ступені через те, що поки що не знайдено загальноприйнятого рішення в спеціальній літературі з філософії, загальної теорії систем. Як нерідко траплялося **в** історії науки, знадобиться час, щоб подолати помилкові погляди і прийти в кінцевому рахунку до ясного, доказового викладу шуканого відповіді на поставлене запитання. Висловимо власні міркування поданої теми.

**В** **загальному випадку будемо розуміти під психічним самоврядуванням (саморегулюванням) свідомі дії людини на властиві йому психічні явища (процеси, стани, властивості), виконувану їм діяльність, власну поведінку з іелью підтримки (збереження) або зміни характеру їх протікання (функціонування).**

**Аутогенне тренування (AT).** Це один з широко відомих і практікуемихметодов ПСР, розроблений І. Г. Шультц в 1932 р В основі його лежить застосування спеціальних формул самонавіювання, які дозволяють впливати на процеси, що відбуваються в організмі, в тому числі не подаються в звичайних умовах контролю свідомості. Назва аутогенне тренування походить від грецьких слів *autos -* сам *wgenos -* рід, т. Е. Самопороджується тренування.

Як будь-який науковий метод, аутотренінг виник не на порожньому місці. Прийнято виділяти такі *джерела AT:*

1. практика використання самонавіювання так званої малої нансійской школою;
2. емпіричні знахідки староіндійської системи йогів;
3. дослідження відчуттів людей при гіпнотичному навіювання;
4. психофізіологічні дослідження нервово-м'язового компонента емоцій;
5. роз'яснює (раціональна) психотерапія

Основні принципи методики аутогенного тренування викладені І. Г. Шультц в монографії Аутогенне тренування (1932) і в спільному з В. Люті шеститомнику Керівництво по АТ (1969-1973), де автори вказують на величезні можливості AT як засоби самовиховання і активізації резервних можливостей людини. І. Г. Шультц визначав AT як самовиховання за допомогою спеціальних вправ і вважав її одним з методів психотерапії.

До психофізіологічних механізмів аутогенного тренування відносяться: тренування в перемиканні і зосередженні уваги; механізм звільнення від м'язових затискачів ; зниження рівня неспання.

У вітчизняній психології під AT розуміється система прийомів психічного "самовоздействия", навчальна управління деякими вегетативними функціями і психічними процесами. Центральна ланка AT - розвиток навички розслаблення м'язів (релаксація) .\_

Володіння мистецтвом розслаблення необхідно для підтримки здоров'я і динамічної рівноваги в організмі, зняття симптомів стресового впливу, для забезпечення повноцінного відпочинку тіла і розуму від фізичних і психічних навантажень. Разом з тим AT таїть в собі можливості вдосконалення особистості, розвитку, посилення психічних процесів (наприклад, мислення, волі, уваги та ін.), Формування навичок самовладання, стресостійкості. Ключова роль в успішному оволодінні методом AT належить самоконтролю, який супроводжує процес розвитку релаксационного стану.

Лекція 13. Перша допомога в екстремальних умовах

*Характеристика і класифікація екстремальних умов діяльності. Загальна характеристика надзвичайних ситуацій. Загальна характеристика поведінкових і психічних реакцій людини в екстремальних ситуаціях. Загальна характеристика психогенних розладів, що виникають в екстремальних ситуаціях.*

Діяльність людини завжди здійснюється в певних умовах зовнішнього середовища. Всі умови діяльності, в залежності від вираженості загрози для життя людини, можна розділити на три категорії: *звичайні* (або нормальні), *особливі* і *екстремальні.*

Слід зазначити, що існує багато різних підходів до побудови класифікацій умов зовнішнього середовища і діяльності. Всі вони відносні і, як правило, побудовані на якомусь одному або декількох зовнішніх показниках середовища. Наведена вище класифікація також досить умовна, оскільки середовище проживання людини надзвичайно динамічна, і навіть самі звичайні, на перший погляд, умови діяльності раптово можуть перетворитися в екстремальну ситуацію.

Проте дана класифікація спирається на цілком об'єктивні критерії і тому може вважатися найбільш загальною класифікацією умов діяльності людини.

До критеріям, які лягли в основу даної класифікації, відносяться: *ступінь нервово-психічної напруги,* що супроводжує виконання діяльності, або адаптацію до нових умов діяльності, а також *ступінь вираженості реальної вітальної загрози.*

Навіть найпростіша діяльність супроводжується певним рівнем нервово-психічної напруги. Це обумовлено тим, що на людину завжди впливає безліч подразників зовнішнього середовища. Дане явище було названо П. К. Анохіним "**обстановочной афферентацией".** Організм враховує ці подразники і відповідає на них певною реакцією, що забезпечує його збереження і цілісність. На одні зовнішні впливи організм відповідає звичній, властивої йому у відповідь реакцією. Такі реакції прийнято називати **специфічними.** На інші, незвичайні або незвичні впливу, організм відповідає **неспецифічної** реакцією, яка, як правило, супроводжується напруженням усіх механізмів регуляції і мобілізації енергетичних ресурсів.

Це відбувається тому, що організм не знає, як реагувати на незнайомий подразник. Йому потрібен час, щоб сформувати адекватну реакцію на незнайоме зовнішній вплив. Цілком ймовірно, що перші відповіді організму будуть неправильними, помилковими. І йому доведеться неодноразово починати з початку, поки не буде знайдена або сформована адекватна реакція. Кожна нова спроба буде супроводжуватися все більш високим рівнем напруги регуляторних механізмів і приводити до значної витрати енергії. Тому чим складніші умови діяльності, тим більше незнайомих або неспецифічних факторів впливають на живий організм і тим вище рівень нервово-психічної напруги.

Повертаючись до вищенаведеної класифікації умов діяльності, слід зазначити: що розглядаються в ній умови діяльності дійсно розрізняються за ступенем нервово-психічної напруженості. Найменший рівень напруженості притаманний звичайним умовам діяльності, оскільки вони звичні.

Найвищий рівень напруги характерний для екстремальних умов діяльності, так як в цих умовах на людину впливає цілий комплекс незвичайних для нього подразників зовнішнього середовища.

Однак рівень нервово-психічної напруги не може розглядатися як єдиний і незалежний критерій, за яким можна розділити всі умови діяльності відповідно до наведеної вище класифікацією. Для такого твердження є принаймні дві підстави.

По-перше, кожна людина індивідуальна. Двоє людей, перебуваючи в одних і тих же умовах, виконуючи одну і ту ж діяльність, можуть мати різні функціональними станами і, відповідно, матимуть різний рівень нервово-психічної напруги. Подібне явище обумовлено цілим рядом причин: розходженням по відношенню до людей до всього того, що відбувається навколо них або відмінністю у ставленні до виконуваної ними діяльності; різною оцінкою значущості результатів виконуваної діяльності; різним рівнем професійної підготовки і ін. Наприклад, дві людини однаково швидко і якісно виконують якусь роботу. Однак один з них більш досвідчений і має більш високий рівень професійної підготовки, а інший - новачок.

Відповідно новачок, намагаючись досягти такої ж продуктивності, як у більш досвідченого товариша, ймовірно, витрачає значно більше сил, тому рівень його нервово-психічної напруги буде істотно вище, хоча працюють вони в одних і тих же умовах. Подібне явище було названо В. І. Медведєвим і А. Б. Леонової ціною діяльності. Ціна діяльності - це умовна плата, яку людина платить для того, щоб досягти певного рівня продуктивності, або надійності діяльності. Чим вище ціна діяльності, тим швидше і більше витрачаються функціональні резерви організму.

По-друге, людина як біосоціальна система має властивість, властивим всім живим істотам, - здібностей адаптуватися до мінливих умов зовнішнього середовища. З плином часу він адаптується до найрізноманітніших умов діяльності. Тому можна зіткнутися з таким явищем: двоє людей, не дивлячись на те що виконують якусь одну діяльність, але в різних за складністю умовах, мають приблизно однаковий рівень нервово - психічної напруги. Отже, необхідний ще хоча б один критерій, який дозволяв би більш точно диференціювати умови діяльності відповідно до вищенаведеної класифікацією. Таким критерієм є ступінь вираженості реальної вітальної загрози.

Безперечно, чим вище ступінь вираженості реальної загрози для життя людини при виконанні діяльності в певних умовах, тим вище його рівень нервово-психічної напруги. Безперечно й те, що до реальної вітальної загрозі людина не може адаптуватися. Будь-якому психічно здоровій людині практично неможливо звикнути до думки про те, що він може загинути в будь-яку хвилину. Якщо ж він звикає до цієї думки, то, ймовірно, має право питання про ступінь збереження його особистості або психічної сфери. Таким чином, ступінь нервово-психічної напруги і вираженість реальної вітальної загрози, взяті у взаємозв'язку один з другом, стають тим критерієм, який дозволяє диференціювати всі умови діяльності на звичайні, особливі і екстремальні. Розглянемо цю класифікацію більш докладно.

**Звичайні умови.** До категорії звичайних, або нормальних, умов діяльності відносяться умови, які забезпечують нормальне функціонування всіх систем організму людини і не викликають надмірного нервово-психічної напруги.

До особливих умов слід віднести умови діяльності, при яких можуть раптово виникати ситуації, небезпечні для життя суб'єкта діяльності або оточуючих його людей. Причому фактори, що викликають виникнення екстремальних ситуацій, за своїм характером можуть бути як фізичними, так і соціальними, але головна їх особливість в тому, що вони є позаштатними, або позаплановими. Наприклад, до особливих умов діяльності можуть бути віднесені особливості професійної діяльності моряків, водіїв автотранспорту, машиністів поїздів і ін. У всіх цих видах діяльності існує певна ймовірність раптового виникнення екстремальних ситуацій.

До категорії **екстремальних умов** відносяться умови життя і діяльності, в більшій чи меншій мірі характеризуються наявністю реальної вітальної загрози, а отже, надмірно високим рівнем нервово-психічної напруженості. В подібних умовах протікає професійна діяльність пожежних, військовослужбовців, які беруть участь у веденні бойових дій, рятувальників і представників багатьох інших професій.

Разом з тим слід зазначити, що в умовах екстремальної діяльності або екстремальної ситуації можуть виявитися не тільки люди певної професії, а й ті, чиє життя і діяльність зазвичай протікають абсолютно і ніяк не пов'язані ні з якими небезпеками. Це відбувається в тих випадках, коли виникають надзвичайні ситуації. Розглянемо більш докладно надзвичайні ситуації як підклас екстремальних умов діяльності.

Лекція 14. Перша допомога в екстремальних умовах.

*Перша допомога при: втопленні, тепловому ударі, електротравмі, поразці блискавкою, опіках, обмороженнях, кровотечах, травмах.*

**Перша лікарська допомога** - вид медичної допомоги, що включає комплекс лікувально-профілактичних заходів, виконуваних лікарями і спрямованих на усунення наслідків уражень (захворювань), безпосередньо загрожують життю уражених, а також на профілактику ускладнень та підготовку уражених при необхідності до подальшої евакуації.

Основні заходи першої лікарської допомоги по терміновості поділяються на невідкладні і заходи, виконання яких за таких обставин може бути вимушено відкладено або перенесено на наступний етап медичної евакуації.

До невідкладних заходів належать:

✓ усунення асфіксії (відсмоктування слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів;

✓ введення воздуховода; прошивання мови; відсікання або підшивання звисаючих клаптів м'якого піднебіння і бокових відділів глотки; трахеотомія за показаннями;

✓ штучна вентиляція легенів; накладення оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі;

✓ пункція плевральної порожнини або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);

✓ зупинка зовнішньої кровотечі (прошивання судини в рані або накладення затиску на судину, що кровоточить, контроль за правильністю та доцільністю накладання джгута або накладення джгута при наявності показань);

✓ проведення протишокових заходів (переливання крові та кровозамінників при значному знекровленні, проведення новокаїнові блокад, введення знеболюючих і серцево-судинних засобів);

✓ відсікання кінцівки, що висить на клапті м'яких тканин; катетеризація або капілярна пункція міхура з евакуацією сечі при затримці сечовиділення;

✓ проведення заходів, спрямованих на усунення десорбції хімічних речовин з одягу і дозволяють зняти протигаз з людей, що надходять з вогнища хімічного ураження;

✓ введення антидотів; застосування протисудомних, бронхорозширяючих і протиблювотних засобів;

✓   дегазація рани при забрудненні її стійкими хімічними речовинами; промивання шлунка за допомогою зонда у разі потрапляння хімічних і

✓ радіоактивних речовин в шлунок; ь застосування антитоксичної сироватки при отруєнні бактеріальними токсинами і неспецифічна профілактика інфекційних захворювань.

До заходів, які можуть бути відстрочені, відносяться:

✓ усунення недоліків першої медичної і долікарської допомоги (виправлення пов'язок, поліпшення транспортної іммобілізації);

✓ проведення новокаїнові блокад при пошкодженнях середньої тяжкості;

✓ ін'єкції антибіотиків і серопрофілактика правця при відкритих травмах і опіках; призначення різних симптоматичних засобів при станах, які не становлять загрози для життя ураженого.

Кваліфікована медична допомога виконується лікарями-фахівцями широкого профілю (хірургами, терапевтами) в медичних формуваннях і установах, з метою збереження життя уражених, попередження ускладнень, підготовки (при необхідності) до подальшої евакуації. Заходи етапу кваліфікованої допомоги включають: усунення асфіксії та відновлення адекватного дихання; остаточну зупинку внутрішнього і зовнішнього кровотечі; комплексну терапію гострої крововтрати, шоку, травматичного токсикозу; некректомія при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, що викликають розлад дихання і кровообігу; профілактику і лікування анаеробної інфекції; хірургічну обробку і ушивання ран при широко відкритому пневмотораксі, пораненнях серця, зовнішньому клапанному пневмотораксі, що не герметизується оклюзійною пов'язкою; лапаротомию при ранах і закритій травмі живота з пошкодженням внутрішніх органів, при закритому пошкодженні сечового міхура і прямої кишки;Декомпресійний трепанацію черепа при пораненнях і пошкодженнях, що супроводжуються здавленням головного мозку і внутрішньочерепних кровотечею; введення антидотів і протівоботулінічної сироватки; комплексну терапію при гострій сердечено-судинної недостатності, порушеннях серцевого ритму і гострої дихальної недостатності; дегідратаційну терапію при набряку головного мозку; корекцію грубих порушень кислотно-лужного стану та електролітного балансу; комплекс заходів при попаданні всередину сильнодіючих хімічних речовин; введення знеболюючих, десенсибилизируючих, протисудомних, протиблювотних, і бронхолітичних засобів; застосування транквілізаторів і нейролептиків при гострих реактивних станах.

Спеціалізована медична допомога включає комплекс вичерпних лікувально-профілактичних заходів, виконуваних лікарями-фахівцями різного профілю в спеціалізованих лікувальних установах з використанням спеціального обладнання. Вона повинна бути надана по можливості в ранні терміни. спеціалізованої медичної допомоги та лікуванні до остаточного результату потребують наступні категорії уражених: з ушкодженнями голови, шиї, хребта та периферичних нервових стовбурів; з механічними пошкодженнями опорно-рухового апарату; з пошкодженням органів грудей, живота і таза; з опіками; з гострою променевою хворобою, отруєннями небезпечними хімічними речовинами, бактеріальними токсинами; інфекційні хворі, в тому числі з особливо небезпечними інфекціями; з розладами психічної діяльності і ін.

Основними видами спеціалізованої медичної допомоги, що надається ураженим при різних надзвичайних ситуаціях, є: нейрохірургічна, офтальмологічна, отоларингологічне, стоматологічна, травматологічна, нефрологічна, радіологічна, токсикологічна, психоневрологічна, акушерсько-гінекологічна, педіатрична, а також - ураженим з пошкодженням органів грудної порожнини, черевної порожнини, сечостатевої системи, інфекційним хворим й ін. Кваліфікована і спеціалізована медична допомога в спеціалізованих лікувальних установах часто виконується одночасно, і нерідко важко провести між ними чітку грань.

Складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення, яка нерозривно пов'язана з процесом організації надання медичної допомоги постраждалим (хворим) і їх лікуванням, є медична евакуація постраждалих. Під нею розуміють винос (вивіз) уражених з району (зони) надзвичайної ситуації та їх транспортування до етапів медичної евакуації з метою найбільш швидкої доставки до лікувального закладу, де виявляється вичерпна медична допомога і необхідне лікування. Крім зазначеної мети медична евакуація забезпечує і своєчасне вивільнення відповідних етапів від уражених. При цьому для евакуації слід використовувати найбільш щадні і володіють високою швидкістю різні транспортні засоби. При великомасштабної надзвичайної ситуації в системі лікувально-евакуаційного забезпечення уражених може створюватися кілька евакуаційних напрямків, як це мало місце при ліквідації наслідків землетрусів у Вірменії, на Сахаліні і в інших місцях. Швидка доставка уражених на перший і кінцеві етапи медичної евакуації є одним з головних засобів досягнення своєчасності в наданні їм медичної допомоги.

Як показав досвід роботи служб у зонах катастроф, найбільш складною для здійснення в організаційному і технічному відношенні є евакуація (винесення, вивезення) уражених через завали, вогнища пожеж і т.п. При неможливості висунення до місць знаходження уражених транспортних засобів, організовується винос уражених на носилках з використанням підручних засобів до місця можливої ​​навантаження на транспорт.

З об'єктів (зон) ураження евакуація зазвичай починається автомобілями швидкої медичної допомоги, додатково прибули автотранспортом лікувально-профілактичних установ, попутним і індивідуальним транспортом, які залучаються дорожньо-патрульною службою (ДПС), транспортом рятувальних загонів, а також об'єктів економіки і автопідприємств. Місця навантаження постраждалих на транспорт вибирають якомога ближче до вогнища ураження, поза зоною зараження і пожеж. Для надання медичної допомоги та догляду за ураженими в місцях їх зосередження виділяється медичний персонал зі складу швидкої медичної допомоги, рятувальних загонів, санітарних дружин до прибуття бригад екстреної медичної допомоги (лікарсько-сестринських, фельдшерських бригад) та інших формувань. У цих місцях організовується надання невідкладної медичної допомоги ураженим, проводиться їх сортування і готується навантажувальна площадка. необхідною умовою організації та успішного управління евакуацією є рівномірне завантаження лікувально-профілактичних установ (етапів медичної евакуації), а також забезпечення спрямування уражених до лікувальних закладів відповідного профілю (відділення лікувальних установ), скоротивши при цьому до мінімуму переклад уражених з одного лікувального закладу до іншого.

Санітарно-епідеміологічний нагляд в надзвичайних ситуаціях передбачає:

нагляд за станом здоров'я населення, умовами його розміщення, організацією харчування і водопостачання;

нагляд за розміщенням в зоні лиха прибувають рятувальників; нагляд за якістю та безпекою питної води і продовольства; нагляд за банно-пральним обслуговуванням населення; гігієнічну експертизу і лабораторний контроль за станом об'єктів

довкілля; нагляд за виконанням санітарно-гігієнічних вимог при очищенні

території в зоні надзвичайної ситуації та похованням загиблих.

Завдання виконавчої влади, органів виконавчої влади суб'єктів місцевого самоврядування постійно дбати про вдосконалення медичних заходів по захисту населення від надзвичайних ситуацій різного характеру.

Під надзвичайною ситуацією мається на увазі сукупність проявів дестабілізуючих факторів, що порушують заданий функціонування соціальної системи. Всі надзвичайні ситуації можна охарактеризувати принаймні за двома параметрами: *масштабності* і *причин походження.* До основних критеріїв масштабності відносяться: кількість постраждалих і площа території, на якій виникла надзвичайна ситуація, розмір економічного збитку.

Лекція 15. Соціально-медична робота в осередках поразки

*Види зброї масової поразки. Медико-гігієнічні заходи в осередках поразки. Індивідуальні і колективні засоби захисту*.

Медичні заходи по захисту населення являють собою комплекс організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних, спрямованих на запобігання або ослаблення вражаючих впливів надзвичайних ситуацій на людей, надання потерпілим медичної допомоги, а також на забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя в районах НС і в місцях розміщення евакуйованого населення. Обсяг і характер проведених заходів залежить від конкретних умов обстановки, особливостей вражаючих факторів джерела і самої надзвичайної ситуації. Вони включають в себе застосування відповідних профілактичних і лікувальних засобів: радіозахисні препаратів, що знижують ступінь променевого ураження, антидотів (протиотрут) від хімічно небезпечних речовин, протибактерійних коштів, дегазуючих, дезактивуючих і дезінфікуючих розчинів, перев'язувальних і знеболюючих засобів.

**Медичні засоби індивідуального захисту**

Хімічні, хіміотерапевтичні, біологічні препарати і перев'язувальні засоби, призначені для запобігання або ослаблення впливу на людину вражаючих факторів джерел і самих надзвичайних ситуацій та використовувані або самостійно, або в порядку взаємодопомоги включені до складу медичних засобів індивідуального захисту. **До табельною медичних засобів індивідуального захисту (МСІЗ) відносяться:**

-        аптечка індивідуальна АІ-2;

-          індивідуальний протихімічний пакет (ІПП- 8, ІПП-10, ІПП-11);

-          пакет перев'язувальний медичний (ППМ);

-          профілактичний антидот П-10М.

Аптечка індивідуальна АІ-2 призначена для попередження або зниження вражаючої дії різних факторів джерел і самих надзвичайних ситуацій, а також для надання першої медичної допомоги ураженим.

Лікарські засоби, що містяться в аптечці, застосовуються при пораненнях, опіках, отруєннях ФОР, радіаційних ураженнях і для попередження інфекційних хвороб.

Що входять до складу аптечки кошти розміщуються в пластмасовому футлярі. На внутрішній стороні кришки футляра, на кольоровому вкладиші, наводиться перелік і вказується призначення кожного препарату. Всі лікарські засоби аптечки готові до застосування: одні у вигляді розчинів для ін'єкцій у шприц-тюбиках, інші в таблетках, поміщених в пенали. Ковпачки шприц-тюбиків і пенали мають різний колір, що дозволяє легко відрізнити препарати один від одного. Різна форма пеналів дає можливість знаходити потрібні ліки на дотик. Для кожного препарату в футлярі аптечки є певне місце.

**Вміст аптечки АІ-2 становить наступні лікарські засоби:**

1 - шприц-тюбик з 2% розчином промедолу. Це протибольовий засіб, яке вводиться внутрішньом'язово при сильних болях, викликаних переломами кісток, великими ранами тканин, опіками. Промедол є наркотиком, в аптечку не вкладають, а зберігається окремо.

2 тарен - антидот проти фосфорорганічних отруйних речовин. В пеналі червоного кольору зберігається 6 таблеток по 0,3 г. Приймають по 1 таблетці під язик. Повторний прийом через 6 годин.

3 препарат сульфадиметоксин - противобактериальний засіб. Незабарвлений пенал містить 15 таблеток по 0,2 г. Приймають при шлунково-кишкових розладах, що виникли після опромінення по 7 таблеток в першу добу, під другу і третю добу приймають по 4 таблетки на прийом.

4 препарат РС-1 (цистамін) - радіопротектор швидкої дії. Зберігається в 2 пеналах рожевого кольору 12 таблеток по 0,2г. Приймають 6 таблеток за 60 хв до очікуваного опромінення. Радіозахисний ефект настає через 40-60 хвилин і зберігається протягом 4-6 годин. Повторний прийом можливий через 6 годин на тій же дозі.

5 тетрациклін – противобактериальний засіб. Зберігається в 2 безбарвних пеналах по 5 таблеток. Приймають тетрациклін в дозі 500 000 од. (5 таблеток на прийом при небезпеці зараження збудниками інфекційних захворювань, а також при пораненнях і опіках) . Повторний прийом через 6-8 год.

6 препарат РС-2 (йодистий калій) - застосовується для захисту щитовидної залози від радіоактивного йоду. В пеналі білого кольору знаходиться 10 таблеток йодистого калію по 0,25г. Застосовується за 30-40 хв до передбачуваного опромінення або при знаходженні на забрудненій радіонуклідами території, при небезпеки попадання радіоактивного йоду в організм, в дозі по 1 таблетці щодня до зникнення загрози надходження в організм радіоактивних ізотопів йоду.

7 препарат етаперазин - протиблювотний засіб. В пеналі синього кольору міститься 5 таблеток препарату по 0,006 г. Приймають по 1 табл. при загрозі опромінення або відразу після нього, у разі нудоти, в тому числі в результаті контузії або травми. Дія триває 4-5 годин після прийому.

Всі зазначені кошти даються: дітям до 8 років в дозуванні в 4 рази менше, а дітям від 8 до 15 років в 2 рази менше зазначеної вище дози.

В цілях підвищення ефективності медичного захисту населення планується до складу аптечки індивідуальної АІ-2 замість застарілих препаратів включити більш сучасні медикаменти. Замість тетрацикліну - доксициклін, замість Етаперазін - препарат діметкарб.

Індивідуальний протихімічний пакет (ІПП) - призначений для проведення часткової санітарної обробки при зараженні ОР і СДОР з метою запобігання їх проникнення в організм через шкірні покриви.

ІПП-8 складається з скляного флакона з закручувальною пробкою, заповненого полидегазуючою сумішшю, і чотирьох ватно-марлевих тампонів, вкладених в поліетиленовий пакет. При попаданні ОР (СДОР) на шкіру необхідно негайно розкрити пакет, рясно змочити рідиною з флакона і протерти їм відкриті ділянки тіла і шолом-маску протигаза, потім протерти комір, рукава (манжети) рукавів. Необхідно також обробити ті ділянки одягу, де видно краплі ОВ. ІПП-10 являє собою алюмінієвий балон з насадкою, заповнений полидегазучою профілактичною захисною рецептурою на основі лангліка. Обробка шкірних покривів проводиться за 30-40 хвилин до входу в осередок хімічного зараження або до хімічного нападу. Рідина дає захисний ефект на 12-24 години за рахунок створення в товщі шкіри захисної плівки. При попаданні ОР (СДОР) на шкіру проводиться повторна обробка її відкритих ділянок, але в більш віддалені терміни з урахуванням обстановки.

Пакет перев'язувальний медичний (ППМ) застосовується для накладення асептичної пов'язки пораненим, обпаленим. Накладена пов'язка забезпечує повноцінний захист рани (опікової поверхні) від вторинного зараження мікроорганізмами і зупинку кровотечі. ППМ складається з бинта і двох стерильних ватно-марлевих подушечок. Одна з подушечок закріплена на кінці бинта, інша - рухома. Завдяки цьому при наскрізних пораненнях є можливість закрити за допомогою одного пакету вхідний і вихідний ранові отвори. кольоровими нитками позначені поверхні подушечок, за які можна братися руками при накладенні пов'язки.

Антидот П-10М використовується як профілактичний засіб при загрозі отруєння фосфорорганічними речовинами. Застосовується всередину по 2 таблетки на прийом, одноразово. Захисний ефект настає через 30 хв. Тривалість дії 24 години. Повторне застосування препарату не раніше, ніж через 48 годин. Застосування медичних засобів індивідуального захисту в комплексі з іншими способами захисту населення дозволить уникнути або значно зменшити кількість втрат серед населення від вражаючих факторів джерел і самих надзвичайних ситуацій.

В даний час постачання медичними засобами індивідуального захисту здійснюється децентралізовано і централізовано. Оплата індивідуальних протихімічний пакетів, що накопичуються в мобілізаційному резерві, проводиться за рахунок коштів федерального бюджету. Оплата медичних засобів індивідуального захисту, що накопичуються в запас об'єктів економіки, проводиться за рахунок коштів підприємств, організацій і установ.

**Надання медичної допомоги населенню.** Надання медичної допомоги населенню під час ліквідації надзвичайної ситуації організується і матеріально забезпечується державою. Для цього в залежності від обстановки можуть залучатися сили і засоби регіонального та федерального рівня. До медичних заходів, що проводяться в осередку надзвичайної ситуації, відносяться: медична розвідка місця стихійного лиха; розшук і порятунок постраждалих, їх медичне сортування; надання першої медичної і першої лікарської допомоги ураженим і хворим; здійснення евакуації в лікувальні установи і лікування.

Безпосередньо в осередку ураження організовується надання ураженим першої медичної і першої лікарської допомоги, а в розташованих за межами вогнища лікувальних установах надається кваліфікована і спеціалізована медична допомога. Перша медична допомога надається на місці ураження в порядку само- та взаємодопомоги самими постраждалими, хто прибуває командами рятувальників. У медичних формуваннях, розгорнутих при масових ураженнях населення в зоні надзвичайної ситуації, організовується: прийом і медичне сортування вступників уражених, надання їм першої лікарської допомоги (якщо не було надано раніше) і невідкладна кваліфікована медична допомога; тимчасова госпіталізація уражених і ізоляція інфекційних хворих та осіб з порушенням психіки; підготовка уражених до евакуації в стаціонарні лікувальні установи для продовження лікування в них до результату поразки (захворювання). Організація і здійснення медичної допомоги ураженим будується з урахуванням загальної та медичної обстановки, розмірів і структури санітарних втрат, загальних принципів етапного і лікувально-евакуаційного забезпечення. Сутність системи етапного лікування полягає в своєчасному, логічності та послідовності надання медичної допомоги в зоні надзвичайної ситуації та на етапах медичної евакуації в поєднанні з евакуацією уражених (хворих) до лікувального закладу, де може бути надана відповідна вичерпна медична допомога.

Як зазначалося вище в системі етапного лікування уражених в надзвичайній ситуації розрізняють такі види медичної допомоги: перша медична допомога, долікарська допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована і спеціалізована. Перша медична допомога - комплекс найпростіших медичних заходів, виконуваних безпосередньо на місці ураження чи поблизу нього в порядку само- та взаємодопомоги, а також учасниками аварійно-рятувальних робіт (або медичними працівниками) з використанням табельних і підручних засобів.

Типовими медичними заходами першої медичної допомоги є: припинення дії чинників, здатних погіршити стан уражених або привести до смертельного результату; усунення явищ, безпосередньо загрожують їх життю - кровотечі, асфіксії та ін .; попередження ускладнень і забезпечення евакуації уражених за рахунок значного зменшення їх стану. Надання першої медичної допомоги в перші півгодини з моменту поразки, навіть при відстрочці надання першої лікарської допомоги до доби, знижує вірогідність смертельного результату майже в 3 рази. Затримка з наданням першої медичної допомоги до1-6 годину. збільшує цю ймовірність.

Конкретні заходи першої медичної допомоги залежать від вражаючих факторів, що діють при катастрофі, і отриманих людьми ушкоджень. Так, при катастрофах з переважанням механічних (динамічних) вражаючих факторів виробляють:

витяг постраждалих з-під завалів зруйнованих сховищ, укриттів; відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів (видалення з порожнини рота сторонніх предметів - вибитих зубів, згустків крові, грудок землі та ін.), штучну вентиляцію легенів методом "з рота в рот" або "з рота в ніс" і ін .; надання фізіологічно вигідного положення ураженого;

тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі усіма доступними методами (гнітючої пов'язкою, пальцевим притисненням судини на протязі, накладенням джгута і т.п.); непрямий, закритий масаж серця;

накладення пов'язок на ранові та опікові поверхні;

іммобілізацію кінцівок при переломах, обширних опіках і розтрощення м'яких тканин; фіксацію тулуба до дошки або щита при травмах хребта; дачу рясного теплого пиття (за відсутності блювоти і даних за травму органів черевної порожнини) з додаванням 1/2 ч.л. соди на 1 літр рідини, алкоголю; зігрівання постраждалого.

В осередках ураження з переважанням термічної травми на додаток до перерахованих заходів проводяться: гасіння палаючої одягу; укутування потерпілого чистим простирадлом. При катастрофах, що супроводжуються викидом у навколишнє середовище небезпечних хімічних речовин, у порядку першої медичної допомоги здійснюється:

захист органів дихання, зору і шкіри від безпосереднього впливу на них небезпечних хімічних речовин (НХР) шляхом застосування засобів індивідуального захисту, ватно-марлевих пов'язок, приховуванням особи вологою марлею, хусткою, рушником і т.д .; якнайшвидший винос ураженого зони отруєння; при попаданні НХР в шлунок - рясне пиття з метою беззондового промивання шлунка, дача молока, адсорбентів;

часткова санітарна обробка відкритих ділянок частин тіла проточною водою з милом, 2% розчином соди; часткова дегазація одягу і взуття;

евакуація населення з місць зараження і надання їм в ході евакуації першої медичної допомоги.

**При масових інфекційних захворюваннях в осередках бактеріологічного (біологічного) зараження перша медична допомога включає:** використання підручних і (або) табельних засобів індивідуального захисту; активне виявлення і ізоляцію температурних хворих, підозрілих на інфекційне захворювання; застосування засобів екстреної профілактики; проведення часткової або повної санітарної обробки. Долікарська медична допомога має на меті усунення **та** попередження розладів (кровотечі, асфіксії, судоми та ін.), Що загрожуютьжиття уражених і підготовку їх до подальшої евакуації. Оптимальний термін надання долікарської допомоги - до 1 години після травми. Обсяг долікарської допомоги за показаннями включає: штучну вентиляцію легенів за допомогою введення S-подібної трубки воздуховода або апарату типу "АМБУ"; надягання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) на ураженого при знаходженні його на зараженій місцевості; контроль серцево-судинної діяльності; вплив інфузійних засобів; введення знеболюючих і серцево-судинних препаратів; введення і дача всередину антибіотиків, протизапальних препаратів; введення седативних, протисудомних і протиблювотних засобів, сорбентів, антидотів і т.п .; контроль правильності накладення джгутів, пов'язок і шин і, при необхідності, їх виправлення і доповнення з використанням табельних медичних засобів; накладення асептичних і оклюзійних пов'язок. Медичний персонал, який надає долікарську допомогу, крім того, здійснює контроль за правильністю надання першої медичної допомоги. Перша лікарська допомога - вид медичної допомоги, що включає комплекс лікувально-профілактичних заходів, виконуваних лікарями і спрямованих на усунення наслідків уражень (захворювань), безпосередньо загрожують життю уражених, а також на профілактику ускладнень та підготовку уражених при необхідності до подальшої евакуації. Основні заходи першої лікарської допомоги по терміновості поділяються на невідкладні і заходи, виконання яких за таких обставин може бути вимушено відкладено або перенесено на наступний етап медичної евакуації.

Список літератури

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов вузов. 4-е изд., стереотип. М., 1999.
2. Агаджанян Н.А. Резервы нашего организма. – М., 1990.
3. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология. – Р-на-Д., 2000.
4. Басов Н.С. Образ жизни и наше здоровье. – Ярославль, 1989.
5. Белов В.И. Психология здоровья. – М., 1994.
6. Березин И.П. Школа здоровья. – М., 1989.
7. Билич Г.Л. Основы валеологии. - СПб., 1998.
8. Бочков Н.П. Наследственность человека и мутагены внешней среды. – М., 1989.
9. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
10. Бушов Ю.В. Психофизиологическая устойчивость человека в особых условиях деятельности.- Томск, 1992.
11. Габиани А.А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы. – М., 1990.
12. Еникеева О.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учебное пособие для студ. высш. и сред. учеб. завед. – М., 1999.
13. Заяц Р.Г. Основы общей и медицинской генетики. – Мн., 1998.
14. Казначеев В.П Основы общей валеологии. – М., 1997.
15. Казначеев В.П. Экология человека. Основные проблемы. – М., 1988.
16. Калинский М.Н. Питание. Здоровье. Двигательная активность. − Киев, 1990.
17. Малах О. Н. Медико-социальные основы здоровья : курс лекций / О. Н. Малах; М-во образования РБ, УО "Витебский гос. ун-т им. П. М. Машерова". — Витебск : Изд-во УО "ВГУ им. П. М. Машерова", 2005. — 201 с.
18. Павловский О.М. Биологический возраст человека. − М., 1987.
19. Петленко В.П. Валеология человека. Книга 1-2. − С-Пб., 1998.
20. Рязанцев В.А. Социально-психологические и медицинские проблемы пьянства и алкоголизма. − Киев, 1991.
21. Румянцев Г.И. Общая гигиена. – М., 1990.
22. Саванеускi М.К., Хомiч Г.Я. Узроставая фiзiялогiя i школьная гiгiена: Вучыб. дапам. – Мн., 1998.
23. Селье Г. Стресс и его значение для организма. – М., 1988.
24. Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания: Книга для врачей, педагогов и родителей. – Р- на – Д., 2000.
25. Скурихин И.М. Как правильно питаться. − М., 1987.
26. Соковня- Семенова И.И. Основы ЗОЖ и первая медицинская помощь. – М., 1999.
27. Таболина В.А. Алкоголь и потомство. – М., 1988.
28. Троян П. Факториальная экология. – Киев, 1989.
29. Трушкина Л.Ю., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Общая гигиена с основами экологии: Учебное пособие. – Ростов н/Д., 2001.
30. Физиология человека. / Под ред. Г.И. Косицкого. − М., 1985.
31. Фурдуй Ф.И. Стресс и здоровье. – М., 1990.
32. Хепфер К. СПИД – медико-биологические и социальные аспекты болезни. – М., 1992.
33. Хрипкова А.Г. Возрастная физиология и школьная гигиена: Пособие для студентов пед. ин-тов. – М., 1990.
34. Черносвистов Е.В. Социальная медицина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2000.
35. Чумаков Б.Н. Валеология. М., 1997.
36. Чумаков Б.Н. Валеология: Курс лекций: Учебное пособие. М., 2000.
37. Шапошникова В.И. Биоритмы - часы здоровья. М., 1991.
38. Экологическая физиология человека: Адаптация человека к экстремальным условиям среды. – М., 1979.