Міністерство освіти і науки України

УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

Л. В. Штефан, О. С. Шевченко

ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Конспект лекцій

для здобувачів вищої освіти освітнього ступеня «бакалавр»

денної та заочної форм здобуття освіти

спеціальності 011 Освітні, педагогічні науки

Харків
2019

Для цитування українською: [Штефан ЛВ, Шевченко ОС. Педагогіка здоров'я : конспект лекцій для здобувачів вищої освіти освітнього ступеня «бакалавр» денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю 011 «Освітні, педагогічні науки». Харків: Українська інженерно-педагогічна академія, 2019. 48 с. https://doi.org/10.5281/zenodo.4110899]

Ключові слова: педагогіка здоров'я, конспект лекцій, здоров'язбереження, здоровий спосіб життя, безпечна поведінка, особливо небезпечні шкідливі звички (залежності), невідкладна долікарняна допомога, донорство тканин та органів, безпечне використання медикаментів, соціально значущі хвороби, дискримінація за ознаками хвороб, стигматизація за ознаками хвороб, люди з обмеженими можливостями, статеве виховання, планування родини.

For citation in English: [Shtefan LV, Shevchenko AS. Health Pedagogy: a Synopsis of lectures for applicants for higher education degree "bachelor" full-time and part-time forms of education in the specialty 011 "Educational, pedagogical sciences". Kharkiv: Ukrainian Engineering Pedagogics Academy, 2019. 48 p. https://doi.org/10.5281/zenodo.4110899]

Міністерство освіти і науки україни
УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

Л. В. Штефан, О. С. Шевченко

ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Конспект лекцій

для здобувачів вищої освіти освітнього ступеня «бакалавр»
денної та заочної форм здобуття освіти
спеціальності 011 Освітні, педагогічні науки

Затверджено
Науково-методичною радою
Української інженерно-
педагогічної академії
протокол № 2
від 16.09.2019 р.

Харків
2019

УДК 378; 37(01;04); 613; 614(1;7;8); 615.9; 616(001;005;006;01;9)

Штефан Л. В.

Педагогіка здоров’я : конспект лекцій для здобувачів вищої освіти ОС «бакалавр» денної та заоч. форм здобуття освіти спец. 011 Освітні, педагогічні науки / Л. В. Штефан, О. С. Шевченко ; Укр. інж.-пед. акад. – Харків : УІПА, 2019. – 48 с.

Конспект лекцій розроблено відповідно до навчальної програми з дисципліни «Педагогіка здоров’я». У виданні на сучасному науковому рівні розкрито питання викладання основ здоров’язбереження та ведення здорового способу життя, безпеки життєдіяльності, нормативно-правових документів, що його визначають; наведено теоретичні основи процесу навчання у вищих немедичних закладах освіти; охарактеризовано принципи, методи, засоби та форми збереження власного здоров’я майбутніми викладачами та передачі цих знань тим, кого вони навчатимуть. При викладанні дисципліни особливу увагу приділено формування моделей безпечної поведінки, відмови від особливо небезпечних шкідливих звичок (залежностей), невідкладної долікарняної допомоги, правила та алгоритми виявлення деяких соціально значущих хвороб, своєчасного звернення за медичною допомогою. Розглянуті питання етики при обговоренні питань хвороб і здоров’я, запобігання дискримінації та стигматизації за ознаками хвороб, обмеження можливостей, статевих уподобань та інших особливостей розвитку.

Конспект лекцій призначений для здобувачів вищої освіти освітнього ступеня «бакалавр» денної та заочної форм здобуття освіти спеціальності 011 Освітні, педагогічні науки.

Рецензент : Н. О. Брюханова, д-р пед. наук, проф.

Відповідальний за випуск : Н. О. Брюханова, д-р пед. наук, проф.

© Штефан Л. В., Шевченко О. С., 2019
© УІПА, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА …… 6

МОДУЛЬ 1. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА БЕЗПЕЧНИЙ ЖИТТЄВИЙ ПРОСТІР УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ …….. 9

Тема 1. Здоров'язбереження в освіті та напрями його реалізації …… 9
Тема 2. Раціональне харчування учасників освітнього процесу ……. 14
Тема 3. Фізична культура та спорт, режим праці та відпочинку педагогів та тих, що навчаються ……..……. 16
Тема 4. Безпечне використання медикаментів……..... 18
Тема 5. Травматизм та його зв'язок з фізичною активністю і насильством. Булінг у закладах освіти. ……... 20
Тема 6. Отруєння, опромінення, професійні хвороби ……..……. 22

МОДУЛЬ 2. ВІДНОВЛЕННЯ ТА ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я …….. 25

Тема 7. Невідкладні стани та смерть: виживання на межі ……..... 25
Тема 8. Донорство крові та органів: особливості здійснення учасниками освітнього процесу ……..……..…….. 28
Тема 9. Серцево-судинні та легеневі хвороби. Перша медична допомога у закладі освіти та за його межами ……..... 29
Тема 10. Інфекційні та паразитарні хвороби як в середовищі закладу освіти, так і поза ним ……..... 33
Тема 11. Інклюзивна освіта ……..... 36
Тема 12. Психічне та психологічне здоров'я особистості. Професійне вигорання педагогів.……..…….. 38
Тема 13. Статеве виховання та планування родини тих, що навчаються …… 39
Тема 14. Профілактика залежностей учасників освітнього процесу …..... 41

ЛІТЕРАТУРА ……...……..……..... 45

ПЕРЕДМОВА

Дисципліна «Педагогіка здоров'я» є загальнопедагогічною у циклі підготовки інженера-педагога та спрямована на набуття майбутніми фахівцями компетентностей у галузі здоров'язбереження, формування здорового способу життя.

При вивченні дисципліни «Педагогіка здоров'я» студентам потрібні базові знання з біології, зокрема біології людини, з хімії, безпеки життєдіяльності. Основи безпеки життєдіяльності включені до навчальних програм середньої школи, коледжів та училищ. В окремих випадках студенти мають базові знання стосовно безпечної поведінки, невідкладної допомоги при критичних станах організму, ведення здорового способу життя від представників професійних недержаних медичних просвітницьких організацій (наприклад, Молодіжної Організації Медиків Харкова, Харківського Регіонального Інституту Проблем Громадської Охорони Здоров'я, Української асоціації планування родини та ін.).

Найбільш близькими дисциплінами до педагогіки здоров'я є дисципліни «валеологія» та «безпека життєдіяльності». Валеологія навчає визначенню морфо-функціональних показників здоров'я, відстежуванню цих змін під час освітньої та виробничої діяльності, занять спортом, навчає прийомам зміцнення фізичного та психічного здоров'я за рахунок підвищення функціональних резервів організму, оволодіння техніками відновлення психологічної рівноваги та підвищення стресостійкості (на тренінгах саморегуляції), установок на ведення здорового способу життя.

До педагогіки здоров'я включено більше питань про соціально-небезпечні захворювання, про взаємодію пацієнтів з лікарями, про визначення моменту, коли стан свого здоров'я можна регулювати самостійно, а коли вже необхідно звернутися за медичною допомогою; про самолікування медикаментами.

Педагогіка здоров'я вивчає здоров'язбережувальний потенціал, здоров'ярозвиваючі та здоров'яутворюючі аспекти життя людини.

До викладання дисципліни «Педагогіка здоров'я» можуть біти залучені медичні працівники з досвідом клінічної роботи та спеціальною педагогічною освітою. Викладання проводиться як у традиційній формі лекцій та практичних занять, так і у інтерактивній формі (у вигляді тренінгів, із розбором кейсів, що містять, наприклад, клінічні випадки, історичні події, що детально обговорювалися суспільством, у ЗМІ).

У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувачі освітньо-наукового рівня вищої освіти повинні:

знати:

- суть ключових категорій педагогіки здоров'я;
- основні закономірності і положення здоров'язбереження;
- напрями і принципи практичного застосування медико-педагогічних знань у професійній діяльності.

уміти характеризувати:

- стан власного здоров’я за ключовими функціональними показниками серцево-судинної та дихальної систем, шкіри та слизових оболонок, координацією рухів;

- психічні стани здорової людини (емоційної рівноваги, вірної орієнтації у часі, просторі та власній особистості) та хворобливі (емоційного вигоряння, хронічної втоми, початкових ознак депресії);

- психологію особистості, сім’ї, робочого та навчального колективу;

- сутність процесу побудови здоров’язбережувального навчального середовища;

- шляхи формування здорового способу життя та моделей безпечної поведінки;

- види і сучасні концепції валеологічного навчання;

- сучасні принципи інклюзивної освіти;

уміти аналізувати, інтерпретувати та ілюструвати:

- особливості ведення здорового способу життя та відновлення здоров’я;

- особливості індивідуального стилю безпечної життєдіяльності;

- педагогічний процес як взаємодію викладача і того, хто навчається;

мати сформованими:

- здатність діяти соціально-відповідально та свідомо у питаннях особистої та колективної безпеки;

- здатність ефективно запобігати булінгу, будь-яким проявам дискримінації, стигматизації хворих та людей з обмеженими можливостями;

- стійкі позиції щодо відмови від шкідливих звичок, зокрема від приймання психоактивних речовин, що викликають залежність.

Для навчання, формування моделей безпечної поведінки та надійних основ здорового способу життя, безперервної освіти використовуються дистанційні інтернет-технології – блоги у соціальних мережах Фейсбук та Живий журнал, відеоканали на Youtube, сітьові електронні бібліотеки та енциклопедії.

Конспект лекцій розроблено відповідно до навчальної програми з дисципліни «Педагогіка здоров’я». При викладанні дисципліни на проведення лекційних занять відведено 46 годин, на практичні заняття – 54 години, на самостійну роботу – 140 годин. Контроль знань під час викладання дисципліни проводять шляхом усних та письмових опитувань, анкетувань, тестувань на електронній платформі Google Classroom, вхідних, поточних та підсумкових опитувань, фінального заліку.

Програма навчальної дисципліни

Зміст	Обсяг годин
МОДУЛЬ 1. ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА БЕЗПЕЧНОГО ЖИТТЄВОГО ПРОСТОРУ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	**22**
Тема 1. Здоров'язбереження в освіті та напрями його реалізації	4
Тема 2. Раціональне харчування учасників освітнього процесу	4
Тема 3. Фізична культура та спорт, режим праці та відпочинку педагогів та тих, що навчаються	4
Тема 4. Безпечне використання медикаментів	4
Тема 5. Травматизм і його зв'язок з фізичною активністю та насильством. Булінг у закладах освіти.	2
Тема 6. Отруєння, опромінення, професійні хвороби	4
МОДУЛЬ 2. ВІДНОВЛЕННЯ ТА ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	**24**
Тема 7. Невідкладні стани людини: виживання на межі	4
Тема 8. Донорство крові та органів: особливості здійснення учасниками освітнього процесу	2
Тема 9. Серцево-судинні та легеневі хвороби. Перша медична допомога у закладі освіти та за його межами	2
Тема 10. Інфекційні та паразитарні хвороби як в середовищі закладу освіти, так і поза ним	4
Тема 11. Інклюзивна освіта	2
Тема 12. Психічне та психологічне здоров'я особистості. Професійне вигоряння педагогів	4
Тема 13. Статеве виховання та планування родини тих, що навчаються	2
Тема 14. Профілактика залежностей учасників освітнього процесу.	4
Разом	**46**

МОДУЛЬ 1.
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА БЕЗПЕЧНИЙ ЖИТТЄВИЙ ПРОСТІР УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Тема 1. Здоров'язбереження в освіті та напрями його реалізації

Мета: формування уявлення про педагогіку здоров'я, її значення для збереження та зміцнення здоров'я учасників освітнього процесу, про критерії відбору технологій здоров'язбереження, формування моделей безпечної поведінки здорового способу життя.

План

1.1. Призначення та специфіка дисципліни.
1.2. Обумовленість змісту педагогіки здоров'я цілями підготовки.
1.3. Поняття про здоров'я, хвороби, профілактику, лікування, реабілітацію, здоровий спосіб життя.

Педагогіка здоров'я розглядає проблеми збереження здоров'я викладачів та студентів як суб'єктів педагогічного процесу, вивчає способи здоров'язбережувальної освіти в установах вищої освіти. Потенціал навчання здоров'язбереженню закладений у особистій зацікавленості кожного учасника освітнього процесу вивчити стан власного здоров'я, визначити моменти, коли можливо зберігати здоров'я самостійно, а коли вже необхідно звертатися за професійною медичною допомогою.

Здоров'язбережувальне освітнє середовище має не тільки запобігати виникненню, поглибленню та поширенню хвороб, але і навчати оцінювати стан свого фізичного та психічного здоров'я, визначати напрямки та межі його зміцнення, формувати та підтримувати моделі безпечної поведінки, вчити раціонально використовувати ресурси держави, громади, сім'ї, власного організму для своєчасного виявлення, запобігання, подолання хвороб, покращення якості та тривалості життя.

Об'єктом навчальної дисципліни є здоров'язбережувальні технології. Як і будь-який полідисциплінарний напрямок освіти, педагогіка здоров'я має свої основні поняття до яких належать: хвороба, здоров'я, здоров'язбережувальні технології, здоров'язбережувальне освітнє середовище, здоровий спосіб життя, профілактика, лікування, реабілітація, залежності, моделі поведінки, фактори ризику, життя, смерть, інвалідність, смертність, тривалість та якість життя, навчання, викладання, освіта, принципи, методи, засоби та форми навчання.

Здоровий спосіб життя – розумне використання свого життєвого потенціалу, дотримання науково обґрунтованих рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я та інших медичних організацій, уникнення відомих ризиків погіршання стану здоров'я, травм, захворювань, смерті, відмова від шкідливих звичок та залежностей.

Підчас вивчення педагогіки здоров’я мають бути вивчені показники власного здоров’я, визначені фактори ризику появи, поглиблення, хронізації хвороб, виникнення їх ускладнень, визначені способи, виявлення, лікування, реабілітації, профілактики, вивчені методики передачі знань і навичок учням, студентам з перелічених питань, сформовані особисті та колективні моделі безпечної поведінки, усвідомлені громадські потреби щодо збереження здоров’я, екологічної та епідеміологічної безпеки, лікування хворих, піклування про людей з особливими потребами. Час отримання вищої освіти є найкращим для формування безпечних моделей поведінки та усвідомлення цінності здоров’я.

Освіта – організований суспільством нормований процес (і його результат) передавання соціально важливого досвіду попередніх поколінь наступним. Згідно з Законом України «Про освіту» у поточній редакції, підчас отримання освіти має відбуватися не тільки набуття знань, умінь і практичних навичок, але і формування способів мислення, світоглядних якостей, морально-етичних цінностей, які безпосередньо пов’язані з можливостями збереження та покращення особистого та громадського здоров’я, професійних компетентностей. Незалежно від обраного фаху, однією з таких компетентностей має бути валеологічна, тому що здоров’я є постійною та базовою цінністю як для кожної людини, так і для суспільства.

На різних кваліфікаційних рівнях Національної рамки кваліфікації студенти мають набути вміння адекватно діяти у різних, простих і складних, ситуаціях, використовуючи компетентності в режимі автоматизму.

Знання з дисципліни педагогіки здоров’я мають набути ознак цілісності, об’єктивності, упорядкованості, сталості та самовдосконалення. Формування об’єму знань та комплексу навичок не менш важливе, ніж формування морально-етичних якостей особистості, світогляду, культури безпечної поведінки, харчування, гігієни, раціональної рухомої активності, здорового способу життя. На вищому рівні кваліфікації студенти мають набути системоутворювальних знань і навичок використання прогресивних здоров’язберігаючих технологій. Компетентності педагога мають бути сформовані з урахуванням сучасних і перспективних вимог суспільства.

Зростає антропогенне навантаження на здоров’я українців. Бідність відносно середнього європейського рівня прибутків, війна на сході України, наближення другого вітку глобальної економічної кризи, наслідки аварії на Чорнобильської АЕС, хімічне забруднення джерел водопостачання, ґрунтів та повітря, ліберальність законодавства щодо контролю якості продуктів харчування та ліків, булінг в закладах освіти, високий рівень кримінального, сімейного насильства у суспільстві, недостатня увага законодавців до питань профілактики соціально значущих хвороб вимагає від системи освіти додаткових навчальних дисциплін щодо здоров'язбереження. Створення дисципліни «Педагогіка здоров'я відповідає викликам часу та законодавству України: Конституції, законам «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про освіту», «Про професійно-технічну освіту», «Про вищу освіту», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», національних програм «Здоров’я 2020: український вимір», «Молодь України», розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року, протидії ВІЛ-

інфекції/СНІДу, «Питна вода України» на 2011-2020 роки, «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року.

Навчання за програмою відповідає принципам цих законів та програм. Зокрема, людиноцентризму, забезпечення якості освіти та освітньої діяльності, рівного доступу до освіти без дискримінації за будь-якими ознаками, у тому числі за ознакою інвалідності, а також розвитку інклюзивного освітнього середовища, наукового характеру та різноманітності освіти, нерозривності зв'язку із світовою та національною історією, культурою, національними традиціями, автономії закладів освіти, гуманізму, єдності навчання, виховання та розвитку, поваги до культурних цінностей та традицій народу, до прав і свобод людини, нетерпимості до приниження її честі та гідності, фізичного або психічного насильства, а також до дискримінації за будь-якими ознаками, формування культури здорового способу життя, екологічної культури, невтручання релігійних організацій в освітній процес, сприяння навчанню впродовж життя, інтеграції у міжнародний освітній та науковий простір, визнанню охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави; орієнтації на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я; попереджувально-профілактичному характеру охорони здоров'я.

Серед основних принципів відбору змісту навчальної дисципліни:

- цілісність змісту (відповідність змісту освіти вимогам сучасного суспільства до всебічно і гармонійно розвиненої особи, а також урахування напрямів розвитку медичної та педагогічної науки, виробництва, суспільного життя і культури);
- висока наукова і практична значущість;
- відповідність змісту віковим і психологічним можливостям учнів;
- відповідність обсягу нового матеріалу кількості часу, що відводиться на його вивчення;
- відповідність навчально-матеріальної бази закладу рівню розвитку учнів;
- гуманістична спрямованість.

Кількість сучасних досліджень постійно доповнюють перелік наведених принципів, але ці є основними й незмінними.

При формування змісту навчальної дисципліни додержано принципів гуманізації, науковості, систематичності, доступності, професійної мобільності, стабільності і динамічності, комплексних міжпредметних зв'язків, інтеграції й диференціації. Дотримано загальнопедагогічних принципів оволодіння студентами знаннями та відповідними ним вміннями та навичками, безперервного навчання, всебічного професійного та морального зростання майбутнього педагога з обов'язковим збереженням та покращенням власного здоров'я, здоров'я своїх учнів, студентів, а також громадського здоров'я суспільства.

Здоров'я людини є цінністю усіх часів, турботою держави, суспільства, сім'ї, самої людини. Усвідомленню цього присвячені чисельні навчальні програми, міжнародні та національні суспільні програми та інформаційні кампанії. Наприклад, Всесвітній день здоров'я (7 квітня) та Всесвітній день психічного здоров'я (10 жовтня), акції та інформаційні компанії з пропаганди здорового способу життя, боротьби з хворобами, попередження дискримінації та стигматизації.

Визначимо суть базових понять дисципліни.

Здоров'я – це не тільки відсутність хвороб та фізичних вад, але і стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Окремо в дисципліні «Педагогіка здоров'я» розглядаються індивідуальне, колективне, громадське здоров'я; фізичне та психічне (психологічне) здоров'я, жіноче та дитяче здоров'я, сексуальне (репродуктивне) здоров'я, кількісні та якісні показники здоров'я, робота системи охорони здоров'я у світі, Європі, Україні (наприклад, страхова медицина, сімейна медицина).

Установи та організації, що діють задля збереження та відновлення здоров'я – Всесвітня організація охорони здоров'я, її Європейське бюро, комісії ООН по боротьбі з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією, ЮНІСЕФ, комітет Верховної ради України з охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України та його регіональні управління, заклади медичної освіти, Академія медичних наук України, медичні науково-дослідні інститути, лікувально-профілактичні заклади, станції невідкладної медичної допомоги, спеціалізовані медичні лабораторії та діагностичні центри, центри здоров'я, державні центри соціальних служб, медичні громадські організації та благодійні фонди.

Хвороба – це порушення морфології (будови тіла), функцій систем та органів, обміну речовин, психіки. У навчальній програмі розглядаються поняття фізичних (соматичних) та психічних хвороб. Окрему увагу приділено інфекційним (заразним) хворобам (особливо небезпечним, тим, що передаються статевим шляхом), хворобам цивілізації, онкологічним хворобам, травмам, що призводять до інвалідізації, стійкої втрати свідомості (комам), шокам та смерті, отруєнням, опроміненням. Проведено розмежування хворобливих станів, які підлягають самостійному врегулюванню шляхом відпочинку, психологічної саморегуляції (заспокоєння), раціонального харчування, - зі станами, що потребують медичної допомоги зусиллями професійно підготовлених медичних працівників. Така допомога полягає у діагностиці, лікуванні, реабілітації, паліативній допомозі (зменшенню страждань при невиліковних станах), профілактиці ускладнень, допомозі у зв'язку з вагітністю та пологами. Хворобами суспільство визнає вичерпний перелік станів, зафіксований у Міжнародній класифікації хвороб.

При невідкладних станах людини, коли трапляється раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин, може бути надана домедична (долікарняна) допомога. Це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Профілактика – система науково обґрунтованих заходів у медицині, спрямованих на запобігання захворюванням, зміцнення здоров'я, в окремих випадках

на мінімізації наслідків хвороб для життя та здоров’я. Походить від давньогрецького – запобіжний; англ. Prophylaxis, Preventive medicine.

Лікування – (синонім - терапія) – процес усунення або полегшання симптомів (ознак) хвороб, патологічних станів, нормалізації процесів життєдіяльності.

Реабілітація – процес запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання.

Охорона здоров'я – система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров’я, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об’єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Діяльність з охорони здоров’я спрямована профілактику та лікування хвороб, реабілітацію, паліативну допомогу, пологовспоможіння, покращення якості життя, збільшення тривалості життя.

Дисципліна «Педагогіка здоров’я» розглядає критерії та методи покращення індивідуального, колективного та громадського здоров’я. У тісному взаємозв’язку з громадською охороною здоров’я знаходяться такі демографічні категорій, як народжуваність, смертність, інвалідність, тривалість життя. Також обговорюються питання етики у медичній та освітній сферах (у тому числі біоетики та деонтології), медичне та біологічне розуміння життя та смерті, етапів вмирання.

Запитання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність понять здоров’я, хвороба, невідкладна допомога, профілактика, лікування, реабілітація, здоровий спосіб життя.
2. Охарактеризуйте об’єкт та предмет педагогіки здоров’я.
3. Які показники здоров’я вивчає педагогіки здоров’я?
4. Яка специфічна компетентність має бути набута підчас вивчення педагогіки здоров’я?
5. Перерахуйте установи та організації, що відповідальні за охорону здоров’я у світі та в Україні.
6. Які демографічні показники необхідні для вивчення педагогіки здоров’я?
7. З дотриманням яких принципів педагогіки набувають знання та навички при вивченні педагогіки здоров’я?
8. Які базові знання необхідні студентам для вивчення дисципліни педагогіки здоров’я?
9. Які інші навчальні дисципліни близькі за змістом до дисципліни педагогіка здоров’я?
10. Які традиційні та інноваційні методи використовуються для вивчення педагогіки здоров’я?
11. Чим обумовлений зміст дисципліни педагогіки здоров’я?

Тема 2. Раціональне харчування учасників освітнього процесу

Мета: сформувати у студентів розуміння раціональної побудови меню за харчовим раціоном, збалансованістю компонентів, режимом харчування, умовами прийому їжі, її якістю; навчити визначати кількість спожитої їжі відповідно до вимоги відновлення енергетичних та пластичних витрат, регулювання ваги; сприяти профілактиці та одужанню від хвороб, пов'язаних з неякісним харчуванням та вживанням питної води.

План

2.1. Поняття та складові раціонального харчування.
2.2. Голод, ситість, переїдання, надмірна вага.
2.3. Санітарно-епідемічна безпечність продуктів харчування.
2.4. Доступність чистої питної води.

Раціональне харчування (надалі – РХ) – це харчування, достатнє в кількісному й повноцінне в якісному відношенні, яке сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній й розумовій працездатності, активному довголіттю, відповідає віку, статі, генетичним (спадковим) особливостям, характеру праці. Вимоги до РХ складаються з вимог до харчового раціону, режиму харчування, умов прийому їжі та її якості.

Енергетична цінність раціону повинна покривати енергозатрати організму, бути менше затрат, якщо людина має мету схуднути, більше затрат – якщо метою є набор ваги. Підрахунок енергетичної цінності проводиться у ккал. Найбільш калорійною їжею є жирна їжа, тому кількість жирів у денному раціоні обмежують 30 %. Білкові продукти повинні складати близько 20 % калорій, 50 % калорій – вуглеводи. Баланс поживних речовин може змінюватися залежно від віку, статі, стану здоров'я, режиму праці.

Інші важливі компоненти їжі – вода, вітаміни, інші біологічно активні речовини, мінерали (макро- та мікроелементи). Вітаміни можуть поступати в організм з їжею, можуть бути додані до харчування у вигляді біодобавок та аптечних фармпрепаратів, полівітамінних комплексів. У випадку відсутності достатньої кількості вітамінів або їх надлишку виникають хворобливі стани, гіпо- та гіпервітамінози. Повна відсутність вітамінів, які поєднані у цю групу біологічно активних речовин за принципом абсолютної необхідності викликає тяжкі захворювання авітамінози. Так, наприклад відсутність у харчуванні вітаміну С викликає цингу, яка має такі симптоми: ламкість судин, крововиливи під шкіру, через слизові оболонки, во внутрішні органи, зниження імунітету, слабкість, зниження зору. Недостатність у харчуванні окремих мікро- та макроелементів викликає дефіцитні стани, які можуть стати причиною соматичних хвороб. Мешканцям Харківського регіону слід звернути увагу на дефіцит йоду у продуктах харчування, та скорегувати його за допомогою, наприклад, вживання йодованої солі.

Раціон людини має бути різноманітним. Продукти, при вживанні яких у сирому вигляді є висока вірогідність захворіти, мають бути піддані термічній обробці. Продукти мають бути свіжими, зберігатися у визначених температурних умовах, свіжі та оброблені термічно страви не мають контактувати. Для людини має значення не тільки повноцінність раціону, але і можливість засвоювати їжу, яка може бути обмеженою при деяких захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Фізіологічний механізм виникнення голоду спонукає людину їсти, спраги – пити, насичення – припинити їсти та пити. З надлишком їжі у раціоні (переїданням) пов'язані такі хвороби цивілізації, як ожиріння та цукровий діабет. Надлишкова вага збільшує навантаження на суглоби, постійне працююче серце, підвищує ризик ускладнень гіпертонічної хвороби, смертей від інсульту та інфаркту. Надлишок жирів та вуглеводів у раціоні сприяє розвитку атеросклерозу судин, який є причиною ішемічної хвороби серця, а вона, у свою чергу, є значним фактором ризику інфаркту міокарду. Недостатнє харчування пов'язано з виснаженням, анорексією.

Оптимальна кількість збалансованих між собою поживних речовин у стравах на постійній основі є обов'язковою умовою збереження здоров'я та довголіття. Для уніфікації вдалих схем громадського харчування використовують так звані меню-сітки та меню-розкладки.

Санітарно-епідемічна безпечність продуктів харчування – важлива частина цієї навчальної дисципліни. Їжа не має бути забрудненою хвороботворними бактеріями, токсинами, радіонуклідами, спорами грибків, яйцями паразитів. Особливу увагу при контролі якості їжі приділяють органолептичним якостям продуктів та страв (аромату, запаху, смаку, зовнішньому вигляду, кольору, консистенції), пакуванню та термінам зберігання, джерелам постачання, умовам обробки, переробки, приготування, умовам зберігання сировини та готової продукції. Порушення ДСТУ та ТУ приготування може привести до харчових отруєнь, кишкових інфекцій, з яких найбільш відомі сальмонельоз та ботулізм. Ці дві хвороби часто призводять до смерті та потребують допомоги лікарів.

Проблемою, яка часто обговорюється в українському суспільстві, є фальсифікація продуктів харчування: на упаковці продуктів написано про один склад, насправді він інший. Обман споживачів карається адміністративно, тому виробники продуктів харчування підробляють (фальсифікують) практично всі можливі продукти. Але частіше це стосується вершкового масла, червоної та чорної ікри, меду, ковбас та сосисок, сирів. Нарікання також часто викликають ароматизатори, барвники, посилювачі смаку, які додають до продуктів харчування за для маскування неякісної сировини, покращення зовнішнього вигляду, аромату, збільшення продажів. Відносно більшості цих добавок недостатньо наукових досліджень щодо їх безпеки для здоров'я, частина викликає алергії.

Традиційні сучасні медичні погляди полягають у необхідності вживати всі доступні продукти харчування: овочі, фрукти, м'ясо, рибу, інші морепродукти, яйця, хліб, рослинні масла, молочні продукти, крупи, вживати рідкі страви та пити чисту питну воду. Але існують медичні, національно-культурні та релігійні обмеження щодо харчового раціону та режиму харчування. Наприклад, при харчуванні

мусульман не використовуються свинина та алкоголь. При діабеті та ожирінні обмежені солодкі страви.

Існують чисельні «модні» дієти та моделі харчування, які обмежують можливості повноцінного харчування. Наприклад, веганство, вегетаріанство (перше відрізняється від другого повною відмовою від продуктів тваринного походження), сироїдіння, голодування, інші. До них треба відноситися з обережністю, а при використанні мати спеціальні медичні знання. Батьки, які застосовували такі дієти до своїх неповнолітніх дітей та викликали цим їх хвороби та виснаження, підлягають кримінальній відповідальності.

Проблемою сучасного харчування українців є доступність чистої питної води. Вода з централізованих водогонів вимагає доочищення у пунктах кінцевого використання. Мінімальний захід безпеки води з водогонів – її кип'ятіння. Багато українських сімей купляють воду у пластикових пляшках. Відсутність надійної системи утилізації пластику призводить до його накопичення та розкладання на звалищах, від чого до ґрунтів та підземних вод поступають небезпечні токсичні речовини. Розкладання пластику триває сторіччями. Дефіциту питною води сприяє забруднення відкритих водойм.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке раціональне харчування?
2. Як повинні бути збалансовані компоненти здорового харчування?
3. Які обмеження існують щодо раціону та режиму харчування?
4. Як режим і раціон харчування пов'язані з ожирінням, діабетом, гіпертонічною хворобою, хворобами шлунково-кишкового тракту, анорексією?
5. У чому полягає бактеріологічна, токсикологічна, радіологічна безпека продуктів харчування?
6. Що таке фальсифікація продуктів харчування?
7. Чи доступна українцям чиста питна вода?
8. Як харчування пов'язано з вагою тіла?
9. Для чого потрібні вітаміни?

Тема 3. Фізична культура і спорт. Режим праці та відпочинку педагогів та тих, що навчаються

Мета: надати студентам базову інформацію про фізичну активність людини як обов'язкову складову здорового способу життя, визначити межі недостатньої та надмірної фізичної активності, важливість режиму праці і відпочинку, значення сну для здоров'я.

План

3.1. Фізична активність, гіподинамія, перевантаження.

3.2. Режим праці та відпочинку. Перерви у роботі, відпустки, сон.

Фізична активність є обов'язковою складовою здорового способу життя. Вона може бути пов'язана з фізичною працею, активним відпочинком, заняттями спортом. Професійний спорт з дуже високим фізичним навантаженням часто настільки небезпечний для здоров'я, як і нерухомий спосіб життя (сидяча робота). Гіподинамія при нерухомому способу життя пов'язана зі слабким розвитком скелетних та серцевого м'язів. Нетренований організм більш вразливий до стресу, судинним кризам при раптових великих навантаженнях, схильний до гіпертонії. Разом зі спадковою схильністю та переїданням підтримує розвиток ожиріння, однієї з головних «хвороб цивілізації».

Заняття фізичними вправами принесе найбільше користі, якщо цей вид рухомої активності цікавить людину, відбувається у вигляді спортивної гри, навантаження відповідають можливостям організму на цьому етапі його тренованості, зростають поступово. Контроль рухомої активності полегшують сучасні засоби електронного контролю. Наприклад, крокомери у смартфонах та фітнес-браслетах.

Режим праці та відпочинку встановлює порядок та тривалості періодів роботи й відпочинку, інтенсивність роботи, короткі паузи у роботі, обідню перерву, вихідні та відпустки. Практика Південної Кореї демонструє, що без відпусток та свят можливо досягнути значних успіхів у виробництві, але значно збільшити ризики смертей від перевтоми, самогубств.

Тривалість робочого тижня в Україні складає 40 робочих годин, або 5 робочих днів на тиждень по 8 робочих годин. В середині кожного робочого дня є півгодинна або годинна перерва на обід і відпочинок. Показники працездатності у більшості працівників при такому режимі роботи досягає свого максимуму з 8 до 12 та з 14 до 17 години. У період з 12 до 14 години, а також у вечірній час, як правило, працездатність дещо знижується, а у нічний час досягає свого мінімуму. На початку робочого дня працездатність поступово підвищується протягом 30-90 хвилин, потім стабілізується на одному рівні приблизно на 2-3 години, потім спадає, після обідньої знову підвищується, хоча й не досягає того найвищого рівня, що був у першій половині робочого дня. Потім знову починається спад, з'являється втомленість, іноді різко виражена наприкінці робочого дня.

Хронічна перевтома викликає патофізіологічні розлади у вигляді хронічного стресу. На фоні такого стресу знижується працездатність, показники імунітету, емоційна стабільність, виникає більше негативних емоцій, загострюються хронічні захворювання. Необхідна тривалість відпочинку залежить від напруженості роботи, накопиченої втоми (відсутності відпусток), психологічного клімату у колективі, сім'ї, матеріального благополуччя людини, стану здоров'я, психотипу, ситості, прийняття ліків, стимулюючих та заспокійливих речовин при вживанні їжі та напоїв, умов самого відпочинку. Відпочивати вночі потрібно у приміщенні з оптимальними показниками температури та вологості, з достатньою кількістю кисню у повітрі, у темряві та тиші. Денний сон потрібен дітям дошкільного віку у обов'язковому порядку. Також він може бути корисним деяким дорослим.

Психологічному розвантаженню та більш ефективного відпочинку сприяють музика, зміна видів активності, медитативні техніки. Використання стимуляторів (кави, чаю, гуарани, алкоголю) тимчасово підвищують працездатність, але після закінчення їх дії потрібен більш тривалий відпочинок, тому що дія стимуляторів заснована на підвищенні порогу втоми (медіатори нервової системи вичерпуються більше до моменту, коли людина відчує втому).

Середня тривалість сну, необхідна для щодобового відпочинку, складає 8 годин. Деякі люди встигають повноцінно відпочити за 4-5 годин, деякі потребують 10-12 годин. У дитячому віці та у літніх людей тривалість сну, необхідна для повноцінного відпочинку, більше. При хворобливих станах, під час реабілітації після хвороб спати треба більше.

Під час сну відбувається відновлення запасу медіаторів у нервових закінченнях, виробляється гормон мелатонін. Цей головний регулятор циркадного ритму виробляється епіфізом вночі, якщо сон відбувається у темряві, регулює антиоксидантну активність. Його дефіцит пов'язують з важкою виснажуючою хворобою безсонням, деякими видами раку, ожирінням, передчасними старінням та менопаузою (угасанням жіночої статевої функції).

Запитання для самоконтролю

1. Які види фізичної активності потрібні людині?
2. Яким чином доцільно побудувати режим спортивних тренувань для збереження здоров'я?
3. Для чого існує режим праці і відпочинку?
4. Як контролюють фізичну активність?
5. Як змінюється працездатність людини протягом доби?
6. Як перевтома впливає на здоров'я людини?
7. Для чого потрібен сон? Що таке циркадні ритми?
8. Для чого людині потрібен мелатонін?

Тема 4. Безпечне використання медикаментів

Мета: довести до студентів значення фармації для відновлення здоров'я людства на прикладах знеболюючих препаратів та антибіотиків, висвітлити позитивні і негативні традиції обігу ліків, правила комплектування домашньої аптечки, ризики самолікування, фальсифікації ліків, використання ліків з недоведеною клінічною ефективністю, необхідності та ризиків щеплень

План

4.1. Значення фармації для відновлення здоров'я людства.
4.2. Правіла обігу ліків України та інших країн світу.
4.3. Комплектування домашньої аптечки.

4.4. Фальсифікація ліків та використання ліків з недоведеною клінічною ефективністю.
4.5. Національний календар щеплень. Ризики відмови від вакцинацій.

Сучасний розвиток фармації дозволив людству лікувати більшість відомих хвороб, проводити хірургічні операції, збільшити тривалість та покращити якість життя. Одним з досягнень фармації є використання антибіотиків, призначених для лікування хвороб, викликаних бактеріями. Винайдення нових антибіотиків проводиться навипередки з бактеріями, які встигають пристосуватися до існуючих, виробити стійкість. Теоретично продаж антибіотиків у аптеках України має відбуватися суворо за рецептами лікарів, але на практиці будь-хто може купити у аптеці будь-які антибіотики. Це сприяє виникненню стійкості мікрофлори до антибіотиків та появи суперінфекцій, нечутливих до будь-яких антибіотиків.

Відповідно до законодавства всіх країн, фармацевтичні компанії, або виробники ліків, повинні тестувати свої ліки на добровільних учасниках із числа здорових людей і пацієнтів перед тим, як ці ліки стануть широко доступними. Ці клінічні випробування показують, наскільки ефективні ліки від певної хвороби і яку потенційну шкоду вони можуть заподіяти. Однак вони не дають інформації для великих популяцій.

Правіла обігу ліків відрізняються в різних державах. Відповідно до своїх законів для забезпечення безпеки ліків Україна має контролювати всі етапи їх обігу: виробництво, транспортування, зберігання та раціональне застосування в медичній практиці для мінімізації токсичних та побічних ефектів при роздільному та одночасному застосуванні з іншими ліками чи компонентами їжі. Ці зусилля можна визнати недостатніми, тому що фактів фальсифікації ліків у останні роки в Україні фіксується більше.

Негативними традиціями можна вважати також постійну рекламу ліків на телебаченні та в мережі Інтернет. У поєднанні з безрецептурним продажем це сприяє самолікуванню, під час якого ліки приймаються за помилковими приводами, з невірним дозуванням, без урахування обмежень по віку, супутній патології, протипоказань та побічних ефектів. Навіть лікарі часто не зважають на відсутність доведеною клінічної ефективності препаратів, які призначають постійно. Наприклад, багато лікарів призначає гомеопатичні препарати, які коштують багато, збагачують шарлатанів-виробників, діють час від часу лише за рахунок плацебо-ефекту, призначаються замість дієвих препаратів, за рахунок чого втрачається дорогоцінний час на одужання. Змінити цю ситуацію не вдається два десятиріччя. Тому нам залишається лише надати більш детальні рекомендації щодо безпечного застосування препаратів з домашньої аптечки.

Комплектування домашньої аптечки відбувається відповідно до цілей родини (проживання вдома, подорож), віку, професій, захворювань членів родини. Частина ліків має зберігатися у холодильнику, частина у звичайних температурних умовах, частина у темряві. Ліки, термін яких збігає, мають бути замінені. Частина прострочених ліків стає менш ефективними, частина токсичними. Існують спеціальні

додатки для смартфонів, які допомагають укомплектувати домашню аптечку та відстежувати терміни зберігання ліків.

Ми не радимо купляти по покладати надію на гомеопатичні препарати, трав'яні збори замість артифіційних препаратів, звертатися за медичною допомогою до народних цілителів, травників замість дипломованих лікарів. Особливо небезпечним це може бути у випадках швидкого прогресування онкологічних хвороб, які виліковні лише на перших стадіях.

Також ми радимо дотримуватися календаря щеплень, у якому дифтерія, правець, кашлюк, кір, паротит, краснуха, поліомієліт, туберкульоз, гепатит В, Haemophilus influenzae b. Ризики відмови від вакцинацій як на особистому рівні, для найближчого оточення, так і для суспільства в цілому значно перевищують ризики побічних ефектів від вакцинації.

Запитання для самоконтролю

1. Які можливості надали людству сучасні ліки?
2. Чому виникає нечутливість мікробів до антибіотиків?
3. За якими правилами перевіряють безпеку нових ліків?
4. Чим небезпечна фальсифікація ліків?
5. Чому небезпечно користуватися ліками з недоведеною клінічною ефективністю?
6. Як комплектується домашня аптечка?
7. Від яких хвороб передбачені вакцинації в національному календарі щеплень?

Тема 5. Травматизм та його зв'язок з фізичною активністю і насильством. Булінг у закладах освіти

Мета: познайомити студентів дисципліни з причинами та наслідками побутового, промислового (виробничого) та спортивного травматизму, кримінального та військового насильства у масштабах світу та України, висвітлити проблеми булінгу та насильства у сім'ї.

План

5.1. Побутовий, виробничій та спортивний травматизм.
5.2. Булінг.
5.3. Насильство у сім'ї.
5.4. Кримінальне та військове насильство.

Травми та нещасні випадки є однією із розповсюджених причин передчасних смертей у світі. Найбільший рівень травматизму фіксується у чоловіків у віці 20-49 років, а у жінок – 30-59 років. При цьому у всіх вікових групах чоловіків цей показник вище, ніж у жінок.

Побутові травми та опіки найчастіше виникають при падінні з висоти та під час розведення вогню при приготування їжі вдома. Вуличні травми дорослих пов'язані

здебільшого з транспортом та порушення правил дорожнього руху, дітей – з активними іграми на подвір’ях. Облаштовані дитячі майданчики знижують ризики травматизації дітей. Регулювання вуличного руху, очищення вулиць від снігу і льоду, посипання тротуарів піском та сіллю при ожеледиці також знижують вуличний травматизм.

Промисловий (виробничий) травматизм пов'язаний з використанням інструментів, машин та механізмів, при обробці матеріалів та сировини, користуванні транспортом тощо. Кожна галузь промисловості характеризується переважно однотипними травмами. Наприклад, на металургійних заводах це опіки, на залізообробних заводах – травми очей. Професійні травми пов'язані з перенапруженням при виконанні однотипних операцій та рухів. Сільськогосподарський травматизм є різновидом професійного травматизму. Він часто пов'язаний з пораненнями сільськогосподарськими інструментами, контактом з ґрунтами та свійськими тваринами, сільськогосподарськими машинами (трактори, комбайни та ін.). Профілактичне введення протиправцевої сироватки має особливе значення для профілактики інфекційних ускладнень цих травм. Промисловий і сільськогосподарський травматизм знижується при дотриманні техніки безпеки, правил індивідуального захисту, використанні спецодяг, сигналізації, справності механізмів та інструментів, відсутності захаращеності і скупченості, при достатній кваліфікація робітників, дотриманні ними режиму праці та відпочинку, проведенні інструктажів, санітарно-освітньої роботи.

Спортивний травматизм найчастіше пов'язаний з недоброякісним спортивним інвентарем та недостатньою підготовкою спортсменів до вправ та виступів. Правильна організація спортивної справи запобігає спортивним травмам.

Булінг також може бути пов'язаний з нанесенням травм, але у такому випадку він вже перетинає межу кримінальних порушень. Здебільшого це цькування (bullying, від анг. bully – хуліган, забіяка, цькування), психологічне, фізичне, економічне, сексуальне насильство стосовно малолітньої чи неповнолітньої особи, внаслідок чого заподіяна шкода психічному або фізичному здоров’ю потерпілого.

Не кожен конфлікт є булінгом. Цькування – це тривалі, повторювані дії. В Україні булінг має масовий характер, що призвело до збільшення відповідальності як за його вчинення, так і за його замовчування. Вчинення булінгу тягне за собою накладання штрафів від 850 до 3400 грн або громадські роботи від 20 годин до місяця. Відповідальні агресор, його батьки, викладачі та керівники закладів освіти.

Насильство у сім’ї в Україні (фізичне, психологічне, сексуальне, економічне) також має масовий характер. З 2018 року його вчинення криміналізоване. Крім того, якщо будь-який злочин вчиняється стосовно подружжя, це вважатиметься обтяжуючою обставиною. І покарання за нього буде більшим, аніж якби жертвою стала випадкова людина. Зґвалтуванням відтепер вважається не «статевий акт з застосуванням фізичної сили або погроз», а «проникнення в тіло партнера без його добровільної згоди». Поліцейські, які прибули на виклик, пов’язаний з застосуванням домашнього насильства, повинні оцінити ризики повторного насильства і, у разі потреби, застосувати терміновий заборонний припис строком до року, яким зобов’яжуть кривдника негайно залишити місце, де відбувся акт насильства,

заборонити наближатися до нього на певну відстань, листуватися з нею чи телефонувати.

Від криміналу та вбивств щороку гине приблизно 0,3% українців (приблизно 1600 смертей на рік). Від пожеж та утоплення гине ще приблизно по 0,3% з 590 тисяч передчасних смертей. У ДТП щорічно гине приблизне 0,6%, від самогубств – 1%. З початку військового конфлікту на сході України вже загинуло близька 13 тисяч людей, включно з 298 пасажирами, які загинули під час катастрофи літака авіакомпанії Malaysia Airlines 17 липня 2014 року.

Насильство над населенням в районі воєнних дій карається за ст. 433 Кримінального кодексу України. Відчуження та пошкодження майна також під забороною, якщо воно не виправдане військовою необхідністю. Воєнні злочини караються незалежно від місця їх вчинення, розглядаються Міжнародним кримінальним судом у Гаазі (Нідерланди) та не мають терміну давності.

Запитання для самоконтролю

1. У якому віці трапляється більше травм?
2. Чим обумовлені побутові травми дорослих і дітей?
3. Чим спричинений виробничій травматизм, та як йому запобігати?
4. Що таке булінг? Яка відповідальність за нього передбачена в Україні?
5. У яких формах трапляється насильство у сім'ї? Як йому запобігають?
6. Як карають за військові злочини?

Тема 6. Отруєння, опромінення, професійні хвороби

Мета: повідомити студентів про найбільш значущі джерела отруєнь та опромінень у побуті і на виробництві в Україні, акцентувати увагу на тривалих наслідках радіаційного забруднення територій після аварії на Чорнобильської АЕС, сформувати уявлення про професійні хвороби, методи їх діагностики, лікування та профілактики.

План

6.1. Харчові отруєння.
6.2. Опромінення у побуті, літаках, медичних закладах, на виробництві.
6.3. Отруєння метанолом.
6.4. Отруєння чадним газом.
6.5. Отруєння грибами.
6.6. Укуси отруйних змій.
6.7. Професійні хвороби.

Харчові отруєння найчастіше викликані хвороботворними бактеріями. Найважливішими з них є смертельні ботулізм, сальмонельоз, а також харчова (стафілококова) токсикоінфекція. Кримінальні отруєння різноманітні, побутові та виробничі більш прогнозовані. Найчастіше вони викликані промисловими

токсичними речовинами, вживання отруйних грибів, природним та чадним газом, метиловим спиртом. Опромінення можливі підчас медичних процедур, роботі з радіоактивними джерелами у дослідних лабораторіях, на об’єктах атомної енергетики, під час подорожей літаком, відвідувань зони відчуження біля Чорнобильської АЕС, вживання напоїв та продуктів харчування, забруднених радіонуклідами.

Отруєння метанолом (метиловим спиртом, CH_3OH) виникають, коли його вживають в якості алкогольного напою замість етилового (харчового) спирту (C_2H_5OH). Метанол - нейротоксична отрута (вражає нервову систему). Він швидко всмоктується у шлунку, максимальний рівень у крові відмічається через 1 годину після прийому. Перші симптоми отруєння такі ж, як при отруєнні етиловим спиртом, потім з'являється біль у животі, запаморочення, двоїння в очах (диплопія), ослаблення реакції зіниць на світло, напади судом, колапс. Смерть настає внаслідок паралічу дихального центру.

Отруєння окисом вуглецю (CO, чадним газом) можуть відбуватися як на промислових підприємствах, так і в побуті. Окис вуглецю конкурентно і стійко зв'язується з гемоглобіном еритроцитів крові у 200–300 разів швидше, а ніж кисень, тому навіть невеликої кількості цього газу в атмосфері достатньо для того, щоби викликати важке отруєння. Зв’язаний з гемоглобіном, він заважає виконанню функції гемоглобіну з переносу кисню та вуглекислого газу (O_2 та CO_2). Концентрація CO у повітрі, що перевищує 0,1%, призводить до смерті упродовж 1 години перебування в отруйній атмосфері. У легких випадках отруєння проявляються запамороченням, головним болем; відзначаються шум у вухах, задишка, серцебиття, мерехтіння перед очима, почервоніння обличчя, загальна слабкість, нудота, іноді блювання; у тяжких випадках – судоми, втрата свідомості, кома. Зв'язування чадного газу з гемоглобіном зворотне. Тому при отруєнні легкого ступеню достатньо застосувати гіпервентиляцію киснем. Необхідно винести постраждалого з отруйної атмосфери на свіже повітря, дати пити чай або каву та негайно викликати швидку. У важких випадках потрібна штучна вентиляція легень та інші реанімаційні заходи.

Отруєння природним газом, який у побуті використовується для приготування їжі та обігріву, теж трапляється не рідка. Побутовий газ у чистому вигляді, як і чадний газ, не мають відчутного запаху. Для того, що людина відчувала, що газова система на справна, вентилі відкриті, а горілки згаслі, від чого газ наповнює приміщення, до природного газу додають речовини з характерним сильним запахом. При отруєнням природним газом у побуті тактика невідкладної допомоги та сама.

Отруєння часто виникають при вживанні отруйних рослин замість їстівних. Перш за все це стосується грибів. З отруйних грибів найчастіше отруєння викликають бліда поганка та мухомори. Симптомами отруєння найчастіше виступають біль у животі, блювота, діарея, головний біль. Найчастіше вражені шлунково-кишковий тракт, нервова система, печінка та нирки. При перших симптомах отруєння після вживання грибів слід викликати блювоту, промити шлунок, дати сорбенти (атоксіл, активоване вугілля) та викликати швидку. Залишки страв з грибами слід залишити для лабораторної експертизи та передати лікарям.

Найбільш значущі отруйні тварини Україні – змії, а саме гадюки. Їх отрута гемолітична, укус може бути смертельним, особливо для дітей, хворих, алергіків, коли змія довго не полювала, коли вкусила декілька разів, вкусила близько до голови. Змії не полюють на людей, але їх цікавлять гризуни, які мешкають у людських оселях, господарських приміщеннях та на подвір'ях. У змій навесні, молодих змій, у голодних змій отрути більше. Отрута потрібна для полювання, тому змія не буде витрачати її без крайньої потреби (якщо тільки не неї не наступити, не наблизитися до гнізда, не звернути уваги на попередження - шипіння та загрозливі рухи). Вкушеній людині треба забезпечити нерухомість, для того, щоб отрута не розповсюджувалася по організму надто швидко. Постраждалого треба нести або везти до лікарні, де йому мають ввести протизмііну сироватку. Не можна накладати джгут на укушену кінцівку, тому що це пришвидшить некроз (відмирання) тканин кінцівки та погіршить стан хворого; не можна припікати місце укусу вогнем, хімічними речовинами, розрізати рану на місці укусу. Відсмоктування отрути з укушеної рани проводиться рятувальником на свій страх та ризик. Під час такої процедури рятувальник може отруїтися сам.

Професійні хвороби (гострі та хронічні) виникають від впливу несприятливих факторів виробничого середовища. Надзвичай це інтоксикації (наприклад, контактні дерматити, ливарна лихоманка), специфічні хвороби внаслідок контакту з пилом (пневмоконіози, пилові бронхіти), променеві захворювання, шумова, кесонна, судомна, вібраційна хвороби, алергічні та анафілактичні реакції, пухлини, опіки шкіри, роговиці, сітківки, катаракта, поліневрити, тромбофлебіти, свинцеві паралічі, марганцевий паркінсонізм, інфекційні та паразитарні захворювання, викликані тією інфекцією, з якою працівники знаходяться в контакті під час роботи (туберкульоз, бруцельоз, сап, сибірська виразка, кліщовий енцефаліт, орнітоз, токсоплазмоз, грибкові захворювання шкіри, короста тощо). Лікують професійні захворювання у спеціалізованих медичних закладах. Зокрема, у Харкові в клініці Науково-дослідного інституту гігієни праці та професійних захворювань. А для профілактики необхідне проведення інструктажів з техніки безпеки, періодичні профілактичні медичні огляди, сучасне технологічне обладнання, яке мінімізує контакт робітників зі шкідливими речовинами.

Запитання для самоконтролю

1. Які харчові отруєння найбільш небезпечні?
2. Яким чином людина може опромінитися?
3. Як надати долікарняну допомогу людини у випадку укусу змії?
4. Чи можна накладати джгут на кінцівку, якщо укусила гадюка?
5. Яким чином можна отруїтися природним та чадним газом?
6. Як надати долікарняну допомогу отруєному природним та чадним газом?
7. Які основні симптоми отруєння грибами?
8. Як надати долікарняну допомогу при отруєнні грибами?
9. Що таке професійні хвороби?
10. У чому полягає профілактика професійних хвороб?

МОДУЛЬ 2.
ВІДНОВЛЕННЯ ТА ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я

Тема 7. Невідкладні стани: виживання на межі

Мета: надати студентам чітке уявлення про медичне визначення смерті, причини та ознаки її настання, невідкладні та термінальні стани, правила реанімації, зокрема серцево-легеневої, висвітлити зв'язок між термінальним станом людини та евтаназією.

План

7.1. Припинення «вітальних функцій».
7.2. Невідкладні стани (шок, кома).
7.3. Серцево-легенева реанімація.
7.4. Евтаназія: законодавчі та етичні питання.

При раптовому припиненні серцебиття та дихання (так званих «вітальних функцій») протягом 5-6 хвилин триває клінічна смерть. Це зворотній процес, який частіше всього супроводжується втратою свідомості та відсутністю неврологічних рефлексів, розширенням зіниць та відсутністю їх реакції на світло. Якщо не провести серцево-легеневу реанімацію – трапляється біологічна смерть, тобто незворотній процес вмирання мозку. Саме тканини мозку більше інших залежні від постійного постачання кисню (O_2) та виведення продукту клітинного дихання вуглекислого газу (CO_2). Якщо температура оточуючого середовища низька (наприклад, узимку на морозі, у крижаній воді), настання біологічної смерті без дихання та серцебиття може бути відстроченим на декілька хвилин. Проведення непрямого масажу серця та штучного дихання може підтримувати життя людини до моменту відновлення самостійного дихання та серцебиття, або до підключення до апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ) та штучного кровообігу (ШК). ШВЛ може працювати тривалий час, дихати замість людини, ШК підключають лише на час кардіологічних операцій. Робота серця автоматична за рахунок водія ритму та провідної системи, та для тривалого перебування у стані коми має бути відновлена негайно.

Діагностувати біологічну смерть означає діагностувати смерть мозку. Ознаки клінічної смерті – асистолія, апное, кома. Асистолія реєструється по відсутності пульсу на двох сонних артеріях, та по прямій лінії на електрокардіограмі. Апное реєструється візуально, по відсутності дихальних рухів грудної клітки. Кома діагностується на підставі відсутності свідомості і по розширеним зіницям, що не реагує на світло. Перед визначенням пульсу рекомендується провести потерпілому штучну вентиляцію легень. Але навіть у випадку смерті мозку життєдіяльність тіла людини можна тривалий час підтримувати в умовах реанімаційного відділення лікарні. Діагностика смерті мозку складна. Якщо людина в реанімації знаходиться у комі, залишати його у вегетативному стані та підтримувати життєдіяльність його організму або відключити реанімаційну апаратуру – вирішують близькі хворого (дружина, діти, батьки, опікуни). Це так звана пасивна евтаназія. У будь-яких інших

випадках, навіть якщо людина тяжко хвора, припинити життя людини за допомогою медицини за рішенням близьких хворого або самого хворого на Україні не можливо. Активна евтаназія законна лише у декількох країнах світу: у Канаді, окремих штатах США, Колумбії, Швейцарії, Бельгії, Люксембурзі, Нідерландах, Японії.

До невідкладних (загрозливих) станів організму відносять кому, шок, важкі кровотечі, отруєння, переломи, політравму, ниркову, серцеву, печінкову недостатність, інфаркти, інсульти - тобто такі стани та захворювання, коли для відновлення вітальних функцій потрібні швидкі дії, протягом хвилин, іноді годин, але не днів. Виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безоплатно. Виклики приймає диспетчерська служба, обслуговують спеціалізовані бригади (наприклад, загального, кардіологічного, психіатричного профілю). Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги є закладом охорони здоров'я, яка відноситься до служб екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, володіє спеціальним транспортом та перебуває у постійній готовності надати допомогу. У багатьох багатопрофільних та спеціалізованих клініках створені спеціальні відділення для лікування невідкладних станів – реанімаційні, опікові, операційні, відділення політравми. Найчастіше вони стикаються з комами, шоками та недостатністю внутрішніх органів.

Ко́ма (грец. κῶμα – глибокий сон) характеризується повною втратою свідомості, розладом кровообігу, дихання, обміну речовин, відсутністю рефлексів, гальмуванням функцій кори головного мозку та підкіркових утворень. Кома спостерігають при інсульті, цукровому діабеті, гепатитах, уремії, епілепсії, отруєннях (в тому числі спиртними напоями, сурогатами алкоголю), деяких інфекційних хворобах, тяжких черепно-мозкових травмах, пухлинах головного мозку, тощо. Глибоку кому відносять до термінальних станів. При вмиранні людина проходить через декілька стадій коми та агонію. Свідомість людина також втрачає поступово: проходить через стадії прекоми, сопору, і власне коми I-IV.

Людина втрачає свідомість через недостатній кровообіг головного мозку. Практично здорова людина може знепритомніти при перевтомі, голодуванні, після тривалого перебування у душному приміщенні, через втрату крові, сильне хвилювання, переляк, гострий біль. Якщо це гостра емоційна реакція, так зване зомління, для надання допомоги використовують рефлекторні методи: ляпас, бризкання холодною водою, вдихання нашатирного спирту. При гіпоглікемії (критичному зниженню рівня цукру у крові) людину потрібно привести до тями та дати солодкий напій. Краще чай або каву. Для людей, чий організм послаблений, причиною непритомності може стати різка зміна горизонтального положення на вертикальне. Якщо розпочати тренування з надмірного навантаження, якщо у тренувальному циклі були перерви, знепритомніння ймовірне. У такому випадку допоможе відпочинок. Непритомність можлива в періоди гормональної перебудови організму: у підлітків під час статевого дозрівання, у людей 40-50 років при клімаксі, після дебюту цукрового діабету. При інсульті, нейроінфекціях, печінковій чи нирковій недостатності раптове зомління може перейти до коми. Адекватна долікарняна та лікарняна допомога може завадити цьому.

Шок – гострий невідкладний стан, при якому кровопостачання не відповідає потребам працюючих систем організму (стан гіповолемії).

Шок виникає у наслідок кровотечі (геморагічний шок), гіпоксії, сильного болю (травматичний або больовий шок), надмірної реакції на алерген (анафілактичний шок), інфаркті, механічного зміщення або стискання серця (кардіогенний шок), некомпенсованої реакції на дію холоду (холодовий шок), на масивні опіки (опіковий шок), переливанні несумісної за групою та резус-фактором крові (гемотрансфузійний шок), генералізації інфекції (септічний або токсико-інфекційний шок), дебюті або різкому погіршанню стану при ендокринних захворюваннях – гіпо- та гіпертиреозі, гострій надниркові недостатності (ендокринні шоки).

Симптомі шоку - знижений або взагалі відсутній кров'яний тиск, підвищений понад 90 ударів на хвилину слабкий та «ниткоподібний» пульс, підвищена частота дихання, яке відбувається нібито з надмірними зусиллями, різка слабкість, аж до неможливості вимовити жодне слово, блідість шкіри з жовтуватим або синьоватим відтінком, відсутність сечі (анурія), втрата свідомості з нечутливістю до болі.

Шок може розвинутися швидко, або поступово, навіть протягом декількох годин. Чим скоріше надано медичну допомогу, тим більше шансів врятувати людину. Якщо потерпілий вже без свідомості і не реагує на біль, то врятувати його набагато важче. Якщо шок викликаний одночасно декількома факторами – прогноз одужання гірший. Негайне транспортування потерпілого до лікарів значно підвищує шанси на виживання. Якщо серцебиття відсутнє – під час транспортування треба проводити без зупинки серцево-легеневу реанімацію, яка полягає у непрямому масажу серця, та диханню рот-у-рот, або рот-у-ніс.

Постраждалого треба покласти на спину на тверду поверхню, опустіться на коліна біля його (її) шиї та плечей, звільніть передню грудну стінку від одягу, встановіть тильну частину однієї долоні на середину грудної клітки пацієнта рівно між сосками, а іншу свою руку встановіть зверху на першу. Лікті слід прямо, а плечі мають бути розташованими прямо над долонями. Використовуючи вагу верхньої половини тіла реаніматора, а не тільки силу рук, треба натискати на грудну клітку з частотою приблизно 100 разів на хвилину. Сила натискання має бути такою, щоб грудна клітка прогиналася на 5 см. Цього достатньо, щоб витискати порції крові з камер серця, але не зламати ребра та грудину. За перелами можна понести кримінальну відповідальність, тому краще проходити навчання цьому прийому на тренажері на курсах реанімації. Якщо реаніматор вміє робити обидва прийоми, якщо штучне дихання не заважає головному прийому (масажу серця), можна проводити обидва. У будь-якому випадку слід пересвідчитися, що доступу повітря не заважає набряк дихальних шляхів, неанатомічна поза постраждалого, запалий язик або сторонні тіла. Для перевірки ротової порожнини слід відкрити рот постраждалого, оглянути або провести ручну ревізію. Коли реаніматор зробив 30 компресій на грудну клітку, він має відкрийте дихальні шляхи постраждалому шляхом закиданню його голови назад та висуванню підборіддя, зробити 2 вдихання рот-у-рот (якщо ротову порожнину травмовано - рот-у-ніс). Для надання тілу анатомічного положення, оптимального для штучного (а потім і самостійного) дихання, треба покласти одну долоню на лоб постраждалому та легко відхилити його голову назад, а іншою рукою легко висунути підборіддя пацієнта вперед. Під час реанімації слід перевіряти дихання кожні 5-10 секунд. При диханні рот-у-рот ніс має бути закритий. Контроль

ефективності штучного дихання проводиться по екскурсії (руху) грудної клітки. Не можна припиняти серцево-легеневу реанімацію до прибуття швидкої, якщо серцебиття та самостійне дихання не відновилися.

Запитання для самоконтролю

1. Що називають «вітальними функціями» організму?
2. Скільки триває клінічна смерть? Які її ознаки?
3. Де межа між клінічною та біологічною смертю?
4. Чи можлива в Україні евтаназія?
5. Що таке невідкладні стани?
6. Як організована невідкладна допомога в Україні?
7. Що викликає кому?
8. Як розвивається шок? Які шоки бувають? Як надати невідкладну допомогу?
9. Як проводити серцево-легеневу реанімацію?

Тема 8. Донорство крові та органів: особливості здійснення учасниками освітнього процесу

Мета: доповісти студентам про сутність і важливість донорства та розвинутої системи трансплантології для рятування життя людей, про принцип переливання сумісної крові, про занепад української системи трансплантології та внесок ЗМІ до такого стану речей.

План

8.1. Донорство крові та органів.
8.2. Трансплантологія. Сучасний стан в Україні.

Донорство – добровільна передача реципієнту (іншій людині) своєї крові, органів, клітин, біологічних рідин (серця, печінки, нирки, підшлункової залози, сперми, яйцеклітин, рогівки, шкіри, кісткового мозку і навіть калу). В Україні добре працює система донорства крові, але практично знищена система трансплантології. Недобросовісні ЗМІ підхопили міф та роздмухали істерію про масові випадки «чорної трансплантології», що разом з недбальством керівників системою охорони здоров'я та законодавців призводить до десятків тисяч смертей на рік серед людей, які потребують трансплантації донорських органів. Держава витрачає в рази більше коштів на проведення трансплантацій своїм громадянам на замовлення за кордоном, ніж могла б витрачати на проведення подібних операцій у власних лікарнях.

Кров та її компоненти (плазма, ерітроцитарна та тромбоцитарна маса, альбумін та ін.) переливають з урахуванням групи (їх чотири - 0(I), A (II), B (III) та AB (IV)) та резус-фактору (варіантів два – позитивний, Rh+, та негативний, Rh-). Переливання несумісної крові викликання згортання крові у судинах та гемотрансфузійний шок. Свою групу крові та резус-фактор (а також ці дані про членів своєї родини) бажано

пам’ятати, для пришвидшення пошуку донора у невідкладних ситуаціях. Але важливо розуміти, що будь-який лікар, який буде проводити переливання крові або її компонентів, має визначити групи крові і резус-фактору реципієнта самостійно. За визначення групи крові і резус-фактору донора відповідає той лікар, який проводить забір крові. Вся донорська кров перевіряється на наявність збудників інфекційних хвороб: ВІЛ, гепатити, сифіліс. Донором крові може стати здорова повнолітня людина, а в окремих випадках дитина чи підліток, за згодою батьків або законних опікунів.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке донорство?
2. Що таке трансплантологія?
3. У якому стані знаходиться донорство та трансплантологія в Україні на сучасному етапі?
4. За якими правилами проводять переливання крові?
5. Що трапляється з людиною, якщо перелити несумісну кров?
6. Як дотримують інфекційної безпеки крові та її компонентів?
7. Хто може бути донором крові в Україні?

Тема 9. Серцево-судинні та легеневі хвороби.
Перша медична допомога у закладі освіти та за його межами

Мета: повідомити студентам головні медичні факти про серцево-судинні та легеневі захворювання, їх зв'язок з високою смертністю, фактори ризику виникнення цих хвороб, їх патогенез (механізми розвитку), взаємозв’язок, звернути увагу на туберкульоз, епідемія якого триває в Україні; дати уявлення про профілактику хвороб.

План

9.1. Найбільш розповсюджені та значущі хвороби серцево-судинної системи.
9.2. Гіпертонічна хвороба. Норма та патологічні показники артеріального тиску, критерії постановки діагнозу.
9.3. Ішемічна хвороба серця, взаємозв’язок з інфарктом міокарду.
9.4. Тромбоемболія.
9.5. Невідкладна допомога при судинних кризах.
9.6. Інсульт: природа хвороби, самостійне виявлення та своєчасне звернення за медичною допомогою.
9.7. Пневмонії, діагностика та лікування.
9.8. Туберкульоз легенів: діагностика, лікування, вакцинопрофілактика.

Хвороби серцево-судинної системи, до яких прикута увага суспільства – це перш за все гіпертонічна та ішемічна хвороби, атеросклероз судин, тромбоемболії, інфаркти та інсульти. Гіпертонічна хвороба діагностується у випадку перевищення

показників артеріального тиску вище 140/90 мм рт. ст. Люди з високим кров'яним тиском скаржаться на головний біль (особливо у потилиці і в першій половині дня), на млявість, запаморочення, дзвін у вухах, погіршення зору і епізоди непритомності. При підвищенні артеріального тиску до 180/100 мм рт. ст. виникає гіпертензивний криз. Тривала гіпертензія викликає серцеву недостатність (серце не витримує навантаження, недовиконує насосну функцію, виникають задишка та набряки), енцефалопатію, викликану набряком і дисфункцією мозку. Її симптоми - головні болі, сплутаність свідомості, сонливість. Гіпертензія уражує і інші органи-мішені: погіршується зір, роботи нирок, виникає гемолітична анемія. Найбільш загрозливими ускладненнями «злоякісної гіпертензії» є розрив аорти та інфаркт (омертвіння частини серцевого м'язу внаслідок порушення його кровопостачання). Первинна (есенціальна) артеріальна гіпертензія, яка і є гіпертонічною хворобою, складає 90-95 % усіх випадків артеріальної гіпертензії. Якщо гіпертензія пов'язана з захворюванням нирок або ендокринної системи, це вторинна гіпертензія. Гіпертензія під час вагітності може бути ознакою смертельно небезпечної патології – гестозу (токсикозу). Гіпертензія обумовлена генетично. На перебіг гіпертензії позитивно впливають достатня фізична активність та повноцінний відпочинок, обмеження жирів, кофеїну та кам'яної солі у харчуванні, втрата зайвої ваги. Популярні у минулому кровопускання не застосовуються. До головних методів лікування та профілактики кризів належать фармпрепарати, дієта, фізична активність, зменшення хронічної втомленості та стресів.

Ішемічна хвороба – це захворювання внаслідок ураження коронарних артерій серця з абсолютною або відносною невідповідністю потреб серцевого м'язу у крові та фактичного кровопостачання. Переважно ішемічну хворобу серця зумовлює атеросклероз, від якого просвіт судини звужується. Ускладненнями атеросклерозу є стенокардія, коронарна недостатність, аневризма серця, інфаркт міокарду, постінфарктний та дифузний кардіосклероз. Найбільш загрозливе ускладнення - раптова коронарна смерть. Лікування атеросклерозу передбачає використання фармпрепаратів, у тому числі ті, що зменшують рівень холестерину крові, дієти, помірне вживання алкоголю. Для хворих на ішемічну хворобу серця критично не курити. Шкідливим є навіть пасивне куріння.

Тромбоемболія – гостра закупорка кровоносної судини тромбом, який відірвався від місця свого утворення (на стінці серця, судини) та потрапив до циркулюючої крові. В результаті тромбоемболії кровотік у судині переривається, виникає ішемія тканини у басейні судини, що часто завершується ішемічним інфарктом.

Інфаркти та інсульти – судинні кризи, при яких порушено кровопостачання, обмін кисню та вуглекислого газу, поживних та відпрацьованих речовин (продуктів обміну) між кров'ю та тканинами, внаслідок чого виникає поліорганна недостатність, парези та паралічі, кома, зупинка серцебиття та дихання (клінічна смерть). Інфаркти та інсульти поділяють перше місце серед всіх причин смерті у світі. Кваліфікована медична допомога має бути надана протягом перших двох годин після кризи.

Інсульт вражає судини головного мозку. Запідозрити інсульт треба, якщо хворий скаржиться на несподіваний і сильний головний біль, оніміння в руці або

половині тіла, раптове порушення зору. Для того, щоб діагностувати інсульт, треба оглянути людину (в його тілі може бути помітна асиметрія, рухи некоординовані, він втрачає рівновагу), попросити підняти вгору обидві руки (при інсульті хворий цього не зробить). Часто хворий не оцінює свій власний стан критично, навіть якщо невірно вимовляє слова та не змозі повторити просту фразу. Якщо інсульт очевидний, слід негайно викликати швидку, укласти хворого так, щоб голова і лопатки перебували на вище тіла, забезпечити циркуляцію свіжого повітря, у якому вміст кисню вищій. Якщо у хворого спостерігається нудота, хворий має лягти на бік, зубні протези слід зняти. Профілактика інсультів полягає у раціональній організації режиму праці та відпочинку, харчуванні, яке містить фрукти і овочі, хліб, пшениця та інші круп'яні культури, оливкова олія, риба і червоне вино (так звана середземноморська дієта), запобігання нервово-психічним перенапруженням, профілактика і своєчасне лікування судинних захворювань. Всесвітня організація боротьби з інсультом започаткувала день боротьби з інсультом щороку 29 жовтня. Процес лікування хворих на інсульт довготривалий, складається з реанімаційного періоду (коли нормалізують дихання, кровопостачання мозку, ліквідують набряк мозку) та періоду реабілітації (коли запобігають повторним кризам та відновлюють роботу уражених мозкових структур, на скільки це можливо).

Інфаркт міокарда – крайній ступінь ішемічної хвороби серця, коли трапляється ішемічний некроз (відмирання) ділянки міокарда. Навіть у розвинених країнах кожна четверта людина, у якої стався інфаркт, вмирає протягом декількох годин або хвилин, найчастіше від шлуночкової аритмії. Хворий з інфарктом найчастіше скаржиться на біль за грудиною, яка іррадіює (віддає) у ліве плече, ліву частину нижньої щелепи, спину, відчуває холодний піт, страх смерті. Біль не знімається стандартною дозою нітрогліцерину, який дається хворому тричі протягом 30 хвилин. Бувають безбольові, а також атипічні інфаркти, коли біль відчувається у животі, а не у грудях. Діагноз підтверджується за допомогою електрокардіографії. При лікуванні інфаркту міокарда намагаються якомога швидше відновити кровопостачання у ішемізованій ділянці серцевого м’яза, для чого застосовують фармпрепарати, які розчиняють тромби у сосудах (тромболітики), розширюють коронарні артерії, попереджують склеювання клітин крови та утворення нових тромбів (антиагреганти), попереджують розвиток нових атеросклеротичних бляшок. Часто виконують хірургічні операції коронарного шунтування та стентування.

З хвороб легенів найбільш важливі пневмонії (запалення легень) та легенева форма туберкульозу. Запалення легень, відбувається на рівні альвеол, повітряних міхурців, в яких відбувається газообмін. Спричиняють його інфекції (бактерії, віруси, гриби, хламідії, мікоплазми та найпростіші), аутоімунні захворювання, деякі медикаменти. Найпоширеніші пневмонії викликані пневмококами та хламідіями, найбільше обговорюються в останні роки атипові пневмонії з високою летальністю, викликані РНК-вмисними коронавірусами та вірусами грипу. Важкі пневмонії потребують госпіталізації до реанімаційного відділення та штучної вентиляції легень. В країнах, що розвиваються, серед людей похилого та дуже молодого віку з хронічними хворобами, пневмонія залишається основною причиною смерті. Пневмонії мають переважно повітряно-крапельний шлях передачі інфекції, уражують

дихальну систему та призводять до дихальної недостатності. Головні симптоми хвороби: кашель, біль у грудях, гарячка, ускладнене дихання.

Діагностика пневмонії базується на сполученні клінічних ознак (специфічних вологих хрипів при аускультації) та даних рентгенографії грудної клітки (затемнень). Збудника та його чутливість до антибіотиків (у випадку бактеріальної пневмонії) визначає бактеріологічний посів харкотиння. Існують вакцини для запобігання пневмонії. Лікування залежить від причини захворювання. Пневмонії лікують в стаціонарі.

Туберкульоз (лат. tuberculosis; рос. чахотка) – поширене і у багатьох випадках летальне інфекційне захворювання з хронічним перебігом, яку викликають мікобактерії (Mycobacterium tuberculosis). Туберкульозом хворіють люди і тварини. Найчастіше хвороба передається повітряно-крапельним шляхом, та відбувається у вигляді запалення легень. У 1995 році в Україні проголошена епідемія туберкульозу. Існує взаємозалежність поширення туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії. Хворобу лікують антибіотиками. Приблизно 15% хворих мають мультирезистентні штами збудника (нечутливі до будь-яких антибіотиків). Для діагностики виконують рентген грудної клітки (флюорографію), досліджують харкотіння на наявність збудника, ставлять туберкулінові проби (реакція Манту). Головний метод профілактики - введення вакцини БЦЖ (лат. BCG), скорочення від Бацила Кальметта-Герена (лат. Bacillus Calmette–Guérin), яка рекомендована ВООЗ та використовується з 1921 року. Щеплення від туберкульозу обов'язкове, включене до національного календарю щеплення, вперше проводиться у перший тиждень після народження дитини. Серйозні побічні ефекти вакцинації БЦЖ зустрічаються вкрай рідко, та лише у людей з ослабленим імунітетом. Часто трапляються почервоніння, набряк і легкий біль у місці ін'єкції.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке гіпертонічна хвороба? Які її симптоми, як її лікують?
2. Як гіпертонічна хвороба пов'язана з іншими серцево-судинними хворобами?
3. У чому полягає профілактика гіпертонічної хвороби?
4. Що таке ішемічна хвороба серця? Як вона пов'язана з атеросклерозом та інфарктом міокарда?
5. Що таке атеросклероз судин? Як він впливає на розвиток судинних криз?
6. Як тромбоемболія пов'язана з інфарктами та інсультами?
7. Як швидко має бути надана невідкладна допомога при інсультах та інфарктах? Чому?
8. Як розвивається інсульт? Як його діагностувати до прибуття швидкої допомоги?
9. Як надати невідкладну допомогу у випадку інсульту?
10. Як лікують хворих з інсультом? Яка мета лікування одразу після кризи та під час реабілітації?
11. Що таке інфаркт міокарда? Як його діагностують?
12. Як лікують інфаркт міокарда?
13. Що таке пневмонія?

14. Як діагностують і як лікують пневмонію?
15. Чому небезпечний туберкульоз? Як його діагностують та як лікують?
16. Яке щеплення ефективне від туберкульозу?

Тема 10. Інфекційні та паразитарні хвороби як в середовищі закладу освіти, так і поза ним

Мета: надати студентам найважливіші відомості про особливо небезпечні інфекційні хвороби, сформувати уявлення про заразність, летальність, шляхи передачі, методи профілактики та лікування, повідомити про останній спалах інфекції світового рівня.

План

10.1. Особливо небезпечні хвороби за класифікацією ВООЗ.
10.2. Поліомієліт: етіологія (інфекція, що його викликає), патогенез, клінічна картина, лікування, профілактика, прогноз.
10.3. Геморагічні лихоманки.
10.4. Жовта лихоманка.
10.5. Протиепідемічні заходи: дезінфекція, дезінсекція, дератизація, деконтамінація.
10.6. Сибірська виразка: етіологія, передача від тварин людині, клініка, лікування, профілактика, прогноз.
10.7. Атипова пневмонія, викликана коронавірусом 2019-nCoV.

До особливо небезпечних хвороб відносять інфекційні епідемічні карантинні хвороби з високими показниками летальності, швидким розповсюдженням на сусідні країни та регіони, та з обмеженою ефективністю лікування: поліомієліт (викликаний диким поліовірусом), грип людини, важкий гострий респіраторний синдром (ВГРС, або SARS), геморагічні лихоманки Ебола, Ласса, Марбург, Західного Нілу, денге та Ріфт Валлі, жовту лихоманку, сибірську виразку, менінгококовий менінгіт, легеневу чуму, туляремію, холеру, сказ. Зі списку Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) виключила натуральну віспу, яка не фіксується у світі з 1980-хх.

Поліомієлі́т (від дав.-гр. πολιός – сірий, дав.-гр. μυελός – мозок і лат. itis – запалення; застаріле – дитячий спінальний параліч) – гостре інфекційне захворювання, яке спричинює поліовірус. Найбільш вразливими до поліомієліту є діти віком до п'яти років. Хвороба викликає ураженням центральної нервової системи (далі - ЦНС), парези і паралічі, іноді призводить до смерті, передається від людини до людини через фекалії, слину, заражену їжу та воду. Поліомієліт невиліковний, але його поширенню можна запобігти шляхом вакцинації. Вакцину вводять перорально (крапають у ротову порожнину) кілька разів, і вона захищає людину впродовж усього її життя. У країнах з вакцинованим населення трапляються поодинокі випадки хвороби у дітей без щеплення.

Геморагічні лихоманки – висококонтагіозні (заразні) вірусні природно-осередковані хвороби, які характеризується часто тяжким перебігом, високою летальністю, вираженою інтоксикацією, зневодненням, ураженням кровоносних

судин багатьох органів з розвитком тяжкого геморагічного синдрому (синдрому масованих кровотеч). Мають назви відповідно до місць походження, тварин у якості природного резервуару. Вакцини до них лише випробовуються. У місцях спалахів застосовують карантин. Жовта лихоманка також належить до групи геморагічних лихоманок, передається через укуси комарів та москитів, в Україну може бути лише завезена літаками з країн Азії, Африки та Південної Америки. При виникненні спалаху жовтої гарячки негайно проводять масову вакцинацію населення живою атенуйованою вакциною 17Д шляхом одноразового підшкірного введення, з ревакцинацією через 10 років у випадку необхідності.

Карантин – обмеження діяльності та/або відділення від інших підозрілих на зараження осіб, які не хворі, або підозрілого на зараження багажу, контейнерів, перевізних засобів або товарів таким чином, щоб запобігти можливому поширенню інфекції або контамінації. При введенні карантину здійснюється безперервний епідеміологічний нагляд та медико-санітарне спостереження, проводяться екстрені щеплення, дезінфекція та їй подібні заходи.

Дезінфекція – процедура, відповідно до якої проводять санітарні заходи з боротьби проти інфекційних агентів або зі знищення їх на поверхні тіла людини або тварини, або ж у багажі, вантажах, контейнерах, перевізних засобах, товарах і поштових посилках за допомогою прямого впливу хімічних або фізичних агентів. Також протиепідемічними заходами дезінсекція (позбавлення від комах), дератизація (позбавлення від щурів та інших гризунів), деконтамінація (усунення інфекції або токсину з поверхні тіла людини, тварини, з продуктів харчування, побутових предметів, перевізних засобів).

Сибірська виразка (або сиби́рка, або а́нтракс – від грец. άνθραξ – «вугілля»; українські застарілі синоніми – телій, гербарець, жабур) – гостре зоонозне інфекційне захворювання, яке спричинює Bacillus anthracis і перебігає в людей найчастіше з ураженням шкіри з утворенням специфічного карбункулу, набряку з виразкою чорного кольору, схожого на вугілля антрацит, регіонарного лімфаденіту (набряк груп лімфовузлів поблизу вогнища запалення), гарячкою, інтоксикацією, ураженням легеневої, кишкової систем, генералізацією процесу. У минулому антракс був поширенішим інфекційним захворюванням, спричиняв масову загибель тварин та людей. Спори збудника сибірки можуть бути використані як біологічна зброя. У сучасні часи спалахи поодинокі, при найбільших може загинути до сотні людей та декілька тисяч сільськогосподарських тварин. В Україні у 2001 році від сибірки загинуло 8 людей. Останній спалах відбувся у 2012 року в Запорізької області, загиблих не було.

Основне джерело інфекції – хворі на сибірку переважно травоїдні тварини (велика і дрібна рогата худоба, коні, віслюки, мули, верблюди, олені, кролі, зайці). Зараження людей відбувається багатьма шляхами: контактно (через пошкоджену шкіру або слизові оболонки при догляді за хворими тваринами, при обробці туш, м'яса, хутра, шкір, через інвентар, контаміновані предмети зовнішнього середовища, ґрунт, воду, сіно, солому, що забруднені спорами Bacilus anthracis, на пасовищах, в місцях стійлового утримання тварин, в місцях поховання трупів, в худобомогильниках), аліментарним, повітряно-пиловим шляхом, трансмісивно

(через кров, через укус жалючих мух, при помилковому розкритті виразки медичним працівником без захисту рук та слизових оболонок, при порізі, - як казуістичний випадок). Спори з глибини виносять на поверхню ґрунту дрібні тварини, що риють землю, та дощові черв'яки. Спори заносяться на нові території на нові території дощовими, талими і стічними водами. Раніше антракс, що передається повітряно-пиловим способом, у різних країнах називали «хворобою сортувальників вовни», «хворобою садівників», «хворобою лахмітників» тощо. Передаванню хвороби в цих випадках сприяють пошкодження слизової дихальних шляхів дрібними гострими часточками сировини (вовна, лахміття, ґрунт тощо), які здіймаються в повітря при проведенні певних професійних дій (наприклад, вичісування старої одежі лахмітниками задля придання їй товарного вигляду для подальшого продажу). Тварини найчастіше гинуть від сепсису або кривавої діареї. Люди при легеневому зараженні страждають на серозно-геморагічне запалення з некрозом легенів, бронхів, лімфатичних вузлів середостіння, з тяжкою інтоксикацією й набряком легень. При шкірній формі хвороби 80 % мають легку та середньотяжку форми, 20 % – тяжку, може розвинутися гіповолемічний, інфекційно-токсичний шок, менінгіт, гостра дихальна недостатність, септицемія, ендокардит, гостра серцева недостатність. Прогноз при шкірній формі сприятливий, навіть у доантибіотичну еру більшість хворих видужувало. Однак при інших формах без лікування летальність практично стовідсоткова, тільки при застосуванні сучасних етіотропних засобів можливе видужання. Додаткова діагностика (окрім характерного зовнішнього вигляду шкірних виразок) проводиться за допомогою лабораторних тестів, рентгену. Стандарт лікування - антибіотики групи пеніциліну. Неспецифічна профілактика полягає у ветеринарному контролі хутряної та шкіряної сировини, м’яса. Трупи захворівших тварин знищуються вогнем. Специфічна профілактика серед груп ризику (працівників м´ясної, шкіряної, хутрово-переробної промисловості, пастухів, сільського населення, ветеринарів, зоотехніків тощо) проводиться шляхом щорічного

У середині грудня 2019 року в місті Ухань у центральному Китаї спалахнула епідемія, яку спричинив новий коронавірус (2019-nCoV). Вірус на 70 % схожий за генетичною послідовністю на вірус SARS-CoV (SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome), що спричинив тяжкий гострий респіраторний синдром, передається від людини до людини повітряно-крапельним та контактним шляхами, ймовірно має тваринне походження, передався людям з морепродуктів, спричиняє підвищення температури, втому, сухий кашель, задишку, респіраторний дистрес-синдром дорослих, зміну формули крові та рентгенологічної картини. Для профілактики потрібне регулярне миття рук, закриття ліктем рота та рукою носа при кашлі та чханні, уникання тісного контакту з будь-ким, хто має прояви респіраторних захворювань (наприклад, кашель та чхання). Протокол діагностичного тестування на 2019-nCoV, розроблений вірусологічною командою з лікарні Шаріте, підтриманий ВООЗ. У січні 2020 року у світі зафіксовано більше 8 тисяч захворівших та до 200 смертельних випадків, що вже перевищує показники епідемії 2002-2003 років.

Запитання для самоконтролю

1. Які хвороби відносять до особливо небезпечних?

2. Що таке поліомієліт? Як проводять профілактику зараження?
3. Що таке карантин?
4. Як проводять протиепідемічні заходи?
5. Як люди заражаються сибірською виразкою?
6. Які симптоми сибірської виразки залежно від форми захворювання?
7. Як лікують та як проводять профілактику зараження сибіркою?
8. Як розвивається епідемія атипової пневмонії, викликаної коронавірусом (2019-nCoV)?

Тема 11. Інклюзивна освіта

Мета: доповісти студентам дисципліни про медичне розуміння поняття «інвалідність», критерії її важкості (розподіл на групи), запобігання дискримінації та стигматизації за ознаками обмежень по здоров'ю, допомогу суспільства інвалідам.

План

11.1. Інвалідність. Розподіл МСЕК на групи.
11.2. Запобігання дискримінації та стигматизації людей з обмеженими можливостями.
11.3. Допомога суспільства інвалідам, інклюзивна освіта.

Інвалі́дність – стійкий розлад здоров'я з порушенням функцій руху, зору та ін., з порушенням можливості виконувати дії, які вважають для цього індивідуума нормальними в залежності від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів, часто з відсутність можливості самостійного обслуговування, пересування без візка та милиць. Люди з інвалідністю потребують соціального захисту і допомоги. Замість слова «інвалід», яке означає «непридатний», в наш час використовують термін «людина з обмеженими можливостями». А використання слова "інвалід" у принизливому значенні, а також більш різки вислови (недоумкуватий, розумово неповноцінний, жертва поліомієліту, глухонімий, прикутий до інвалідного візка, тощо) є проявами дискримінації та стигматизації, і вони неприпустимі.

Інвалідність відбувається внаслідок загального захворювання, каліцтва, трудового або професійного захворювання, поранення (контузії) під час бойових дій, в результаті нещасного випадку. Ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності визначає група інвалідності, яку визначає медико-соціальна експертна комісія (далі – СМЕК):

I – це нездатність до самообслуговування, самостійного пересування, навчання, трудової діяльності, спілкування, контролю власної поведінки, дезорієнтація, залежність від інших осіб;

II – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб, здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб, здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах, здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з

використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб, здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб, здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб, здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб;

III - здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів, здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані, здатність до навчання в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає), здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією, здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів, здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації, часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку.

Організація навчання людей з обмеженими можливостями у спільних групах з учнями, студентами без обмежень по здоров'ю – сучасний тренд. Такий підхід сприяє соціалізації та ресоціалізації людей з обмеженими можливостями.

В Україні у різні роки мешкало від 2 до 2,5 млн. інвалідів. Для них передбачали різни пільги та соціальну допомогу, які завжди були недостатніми для доведення якості життя інвалідів до мінімального українського стандарту. Щоб привернути увагу до проблем інвалідів, у світі проводиться Міжнародний день людей з інвалідністю, щороку 14 жовтня з 1992 року.

Життя інвалідів у сучасному суспільстві полегшують спеціальні комп'ютерні та телекомунікаційні пристрої (наприклад, програми для керування комп'ютером без рук Freetrack), візки, відведення окремих місць у транспорті, будівництво пандусів, синхронний переклад для людей з вадами слуху, але громадський простір України ще недостатньо пристосований для інвалідів, навіть по наявності фізичних бар'єрів пересування.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке інвалідність?
2. Як запобігати дискримінації та стигматизації людей з обмеженими можливостями?
3. Як з медичної та правової точки зору класифіковані ступені обмеження можливостей?
4. Скільки інвалідів нараховується в Україні?
5. Що суспільство робить, щоб полегшити життя інвалідів?

Тема 12. Психічне та психологічне здоров’я особистості. Професійне вигорання педагогів

Мета: повідомити студентам про медичне визначення психічного здоров’я та психічної хвороби, їх зв'язок з соматичним здоров’ям, про психічний розвиток, критерії його оцінки, вирішення комунікативних завдань у житті людини, можливостей самоусвідомлення та підтримання емоційної рівноваги в умовах психічного та психологічного здоров’я, можливостей долати конфлікти та протистояти суїцидальним настроям.

План

12.1. Психічне здоров’я, його медичні критерії.
12.2. Психічні розлади.
12.3. Визначення рівню психічного розвитку.
12.4. Можливості та техніки подолання конфліктів та підтримання емоційної рівноваги.
12.5. Професійне вигорання педагогів

Психічне здоров'я – це рівень психологічного благополуччя та відсутністю психічних захворювань, властивістю людини усвідомлення себе як суб'єкта, взаємодіючого з навколишнім світом, орієнтуватися у просторі, часі, самореалізовуватися інтелектуального та емоційно, розвивати здібності (логіку, пам’ять, комунікативні навички), долати життєві труднощі, бар’єри на шляху до цілей, протистояти стресам, продуктивно працювати і робити внесок в свою громаду. Психічне здоров’я тісно переплетене з фізичним. Вони взаємозалежні. Психічно здорова людина вміє адекватно мислити, проявляти емоції, спілкуватися з іншими людьми, заробляти собі на прожиток і отримувати задоволення від життя. У психічно здорової людини відсутність психічні захворювання та пограничні нервово-психічні розлади, розвиток відбувається гармонійно та відповідає віку, провідні соціально-професійно-значущі психофізіологічні функції забезпечують виконання навчальних, професійних або побутових завдань у повсякденній діяльності. Психологічний стан психічно здорових людей дозволяє досягати емоційної рівноваги та поведінкової адаптації.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає 7 компонентів психічного здоров'я:

- усвідомлення постійності та ідентичності свого фізичного і психічного Я;
- постійність і однаковість переживань в однотипних ситуаціях;
- критичне ставлення до себе і своєї діяльності;
- адекватність психічних реакцій впливу середовища;
- здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм;
- планування власної життєдіяльності і реалізація її;
- здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих обставин.

Психічні розлади виникають внаслідок вживання психоактивних речовин, розладів настрою (афективні розлади), особистості, поведінки, пам'яті, інтелекту, можуть бути зумовлені стресом та соматичними захворюваннями (органічні, симптоматичні психічні хвороби), неврозами, виникати внаслідок розумової відсталості, ендогенних причин (маніакально-депресивний психоз, шизофренія). Термін психічний розлад може мати спеціальні визначення у національній юриспруденції, психіатрії та психології. Деякі з психічних розладів виникають на ранньому етапі індивідуального розвитку, інші є результатом соціального життя.

Рівень психічного розвитку визначають за допомогою спеціальних тестів. Тести на визначення IQ дають змогу навіть оцінити здібності у балах та порівнювати людей між собою. Не менш важливий показник розвитку – емоційний інтелект (ІЕ), але його у балах не виміряють. Визначення показників інтелекту, пам’яті, психологічних типів доступно не тільки професійним психологам та психіатрам, але і педагогам. Деякі навички (наприклад, управління емоціями та конфліктами) дозволяють краще адаптуватися у житті.

Психічний та психологічний розвиток людини залежить від генетичних факторів, умов життя, соціального оточення та ін. Депресивні стани можуть бути причиною самогубств. Викладачі мають вміти визначати небезпечні психічні та психологічні стани учнів, студентів, щоб запобігти суїцидам.

Для навчання комунікації, самоусвідомлення, подолання конфліктів студентів можуть застосовуватися дієві психологічні прийоми та техніки, відібрані до навчальної дисципліни з курсу нейролінгвістичного програмування.

Запитання для самоконтролю

1. За якими критеріями визначають, що людина психічно та психологічно здорова?
2. Які сім компонентів психічного здоров'я визначає ВООЗ?
3. Які психічні розлади існують?
4. Що таке IQ і ІЕ?
5. Від яких факторів залежить психічний та психологічний розвиток людини?
6. Для чого застосовують нейролінгвістичного програмування?

Тема 13. Статеве виховання та планування родини тих, що навчаються

Мета: доповісти студентам, у чому полягає сучасне статеве виховання, як вирішувати етичні питання при його проведенні, що називають безпечним та небезпечним сексом, як запобігають небажаним вагітностям, зараженню хворобами, що передаються статевим шляхом, як реагувати на табу, пов’язані з темою сексу, запобігати стигматизації, планувати здорову вагітність, ставитися до абортів.

План

13.1. Статеве виховання.
13.2. Секс та сексуальність.
13.3. Безпечний та небезпечний секс.

13.4. Хвороби, що передаються статевим шляхом.
13.5. Аборти.
13.6. Планування родини.

Статеве виховання (або сексуальна освіта, англ. Sex education) – це передача знань про анатомію статевих органів людини, статеве розмноження (зачаття, запліднення, розвиток зародка і плоду, пологи), секс та статевий акт, репродуктивне здоров'я, емоційні стосунки з сексуальним партнером/ партнеркою, репродуктивні права і відповідальності, планування сім'ї, контрацепцію, контроль над народжуваністю та інші аспекти сексуальної поведінки людини.

Сексуальна освіта висвітлює всі аспекти сексуальності людини, в тому числі зовнішній вигляд оголеного тіла, розмаїття сексуальних орієнтацій, сексуальне задоволення, цінності, прийняття рішення про секс, спілкування, знайомства, взаємини, інфекції, що передаються статевим шляхом, безпечний і небезпечний секс. При проведенні занять з неповнолітніми викладачу треба отримати згоду на проведення уроків від батьків або законних опікунів дитини (підлітка). При обговоренні менструацій, питань сексуального досвіду, контрацепції, абортів слід виявляти особливу делікатність. Чоловіче та жіноче статеве здоров’я заслуговують однакової уваги.

Секс та сексуальність (особливо жіноча) є суспільно табуйованою та стигматизованою темою. Їх обговоренню часто заважають надмірні сором'язливість, забобони, сімейні та релігійні табу. Сексуальна освіта покликана підвищити рівень сексуального здоров'я, знизити рівень небажаних вагітностей та абортів та розвивати сексуальну культуру (запобігати сексуальному насильству, розуміти принцип згоди на секс та рефлексію культури зґвалтування).

Безпечний секс, захищений секс (англ. safe sex, safer sex, protected sex) – сексуальні практики людей, при котрих ризик зараження венеричними хворобами та хворобами, що передаються статевим шляхом (таких як ВІЛ), зводиться до мінімуму. Частіше за все асоціюється з використанням презервативів під час статевого акту. Незахищений (unsafe, unprotected) секс стосується сексуальних практик без заходів безпеки, особливо відмови від презервативів.

На практиці не існує 100 % безпечного сексу – ризик (нехай мінімальний) існує у всіх випадках статевого контакту, тому варіанти безпечного сексу для досягнення максимальної ефективності варто поєднувати. Але зробити секс більш безпечним намагаються значно більше після початку епідемії ВІЛ/СНІДу у 1980-х роках. Найбільш відомий засіб для безпечного сексу, презерватив, одночасно є засобом запобігання хвороб, що передаються статевим шляхом (ХПСШ), а також засобом контрацепції, який допомагає уникнути небажаної вагітності.

Найбільш відомі ХПСШ - це ВІЛ-інфекція, сифіліс, гонорея (застаріле – трипер), трихомоноз, гепатити В та С, урогенітальний хламідіоз, герпес, сечостатевого мікоплазмоз, генітальнй кандидоз, цитомегаловірусна інфекція, загострені (папіломавірусні) кондиломи, контагіозний молюск, пахова (венерична) лімфогранульома, гарднерельоз, м'який шанкр. Частину цих захворювань також

відносять до венеричних (від імені давньоримської богині кохання Венери), але ця назва використовується лише у країнах колишнього СРСР.

Нормальна вагітність триває 36-42 тижня. З 43-го тижня діагностують переношену вагітність, до 35 тижнів - недоношену. Переривання вагітності у терміни з 23 до 36 тижнів вважають передчасними пологами, до 22 тижнів - абортом. Аборт (лат. abortus – викидень) – переривання вагітності впродовж перших її 22 тижнів, яке може бути штучним (за допомогою хірургічного або медикаментозного втручання) або мимовільним (власне викидень). Народження дитини після 28 тижня вагітності називається передчасними пологами. Аборт може бути мимовільним (викидень) і медичним. Штучний аборт проводиться у випадку небажання чи неможливості жінки народжувати, проводиться за соціальними та медичними показаннями (коли є загроза ризику життя матері, ризики народження дитини з значними вадами розвитку). Аборт не може бути методом планування родини, але заборона медичних абортів завжди збільшує кількість кримінальних абортів та підвищує материнську смертність.

Планування родини дозволяє найкращим чином підготуватися до вагітності: з'ясувати генетичну сумісність партнерів, визначити ризики народження хворої дитини, провести повноцінну преконцепційну підготовку (наприклад, завчасно розпочати приймання вітамінних препаратів, які запобігають порушенням фолатного циклу та народженню дитини з вадами розвитку).

Запитання для самоконтролю

1. Яким питанням присвячене статеве виховання?
2. Які обмеження існують при обговоренні питань сексуальної освіти?
3. Що таке безпечний та небезпечний секс?
4. Які хвороби називають венеричними, які ХПСШ?
5. Що розуміють під плануванням родини?
6. Як називають переривання вагітності на різних її термінах та різними способами?

Тема 14. Профілактика залежностей учасників освітнього процесу

Мета: розповісти студентам про речовини, які викликають залежність, різне ставлення до них у суспільстві, про відсутність будь-яких позитивних ефектів для здоров'я від куріння тютюну, можливості відмови від особливо небезпечних шкідливих звичок, ефекти від вживання алкоголю, наркотиків та токсичних речовин, наслідки для особистого здоров'я та суспільства, історичний досвід заборон алкоголю, найбільш ефективні методи профілактики.

План

14.1. Профілактика та відмова від тютюнокуріння.
14.2. Зловживання спиртними напоями, наслідки для особистого здоров'я та суспільства, заборони, профілактика.
14.3. Наркоманії та токсикоманії: найбільш значущі речовини, наслідки вживання, первинна, вторинна та третинна профілактика.

Куріння тютюну – одна з найбільш розповсюджених та найбільш небезпечних шкідливих звичок, від якої щорічно у світі помирає приблизно 5,5 млн. людей, ще пів мільйона вмирає від пасивного куріння. В Україна від куріння щороку вмирає 120 тисяч людей. На нашій планеті палять приблизно 1,3 мільярди людей. Україна займає друге місце за кількістю викурених сигарет на одного громадянина після Греції та Кіпру (2500 сигарет на кожного українця на рік). Економічні збитки України від тютюну складають близько 2 мільярдів доларів США щорічно. Регулярне вживання нікотину викликає фізичну та психологічну тютюнову залежність. Разом із димом людина вдихає канцерогенні (що викликають рак), подразнюючі, отруйні та радіоактивні речовини, серед яких: ціаністий водень, чадний газ, акролеїн, феноли, нікотин, бензпірен, нітрозамін, гідразин, вінілхлорид, толуідин, миш'як, кадмій, радіоактивні полоній, олово та вісмут, ароматичні вуглеводні, сірководень. Нікотин – однією з найсильніших із відомих людям отрут, які впливають на нервову систему. Краплі дьогтю з диму тютюну осідають в легенях, подразнюють дихальні шляхи, викликають хронічний запальний процес, кашель, виділення мокроти. Змінюються стан шкіри та її похідних курців, зменшуються показники пам’яті та уваги, з’являється постійний неприємний запах з ротової порожнини та від одягу. У курців підвищується частота та важкість перебігу атеросклерозу, захворювань серця (ішемічної хвороби серця, стенокардії, інфаркту), виразки шлунку та 12-палої кишки, раку легень, ротових порожнини, хронічного бронхіту.

Куріння кальяну, електронних цигарок, жування тютюну замість паління не зменшують не виправляють сумарну шкоду від цієї звички. Найбільший осуд у суспільстві викликає куріння малолітніх дітей та вагітних. Боротьба з курінням на державному рівні у багатьох країнах призвела до зменшення кількості курців у світі на в Україні, але їх все ще залишається душе багато, а їх лави поповнюються молоддю, яка починає курити. Багаторічне куріння зменшую середню тривалість життя людини на 10 років. Держави несуть збитки від куріння через збільшення видатків на системи охорони здоров’я, демографічні втрати. Медичне страхування для курців коштує більше. При працевлаштуванні роботодавці з’ясовують факт куріння та віддають перевагу тим, хто не курить, що не вважається дискримінацією, тому що курці частіше хворіють, більше часи витрачають на перекури, спричиняють багато незручностей колегам постійним смородом диму тютюну.

У 2012 році в Україні було остаточно схвалено закон про повну заборону реклами сигарет, на упаковках сигарет мають бути надруковані фотоілюстрації із попередженням про хвороби, які можуть бути викликані тютюнопалінням. Економічні стимули зменшення працюють менше, ніж емоційні посилання до можливих медичних наслідків: постійне підвищення акцизів на тютюнові вироби в Україні призвело не до очікуваної відмови від куріння, а до збільшення контрабанди.

Зловживання спиртними напоями призводить до алкогольної залежності, яка характеризується хворобливим потягом до алкоголю, зростанням толерантності до нього (витривалості до великої кількості алкоголю), втратою кількісного контролю, наявністю синдрому відміни (абстинентного синдрому), запійного пияцтва, руйнування особистості, ретроградної амнезії. Кількість залежних людей у країні

знаходиться у прямій залежності від споживання кількості алкоголю на рік в розрахунку на одну людину. У розвинених країнах цей показник складає 7-14 літрів на людину на рік, в Україні у 2018 році цей показник був 8,6 літрів (14,1 у чоловіків, 4 у жінок).

Тривале вживання алкоголю викликає порушення пам'яті, функціональні розлади психіки, деградацію особистості, погіршення фізичного стану, можливі алкогольні психози та імпотенція. Вживання алкоголю перед заплідненням підвищує в рази ризик вад розвитку плоду. Сімейне життя та соціальні зв'язки алкоголіків руйнуються, здебільшого із-за брехні та агресії, а також із-за зміни цінностей, несподіваної зміни настроїв, непевності, страху, втрати самоконтролю. Останні роки свого життя алкоголіки часто проводять в абсолютній самотності і злиднях. Найбільш значущими для соматичного здоров'я є нейротоксичний та гепатотоксичний ефекти алкоголю. Тяжкі соціальні наслідки для суспільства від вживання алкоголю пов'язані з кримінальними правопорушеннями (у тому числі з насильством та вбивствами), з управління транспортними засобами у стані алкогольного сп'яніння, збільшеннями витрат на охорону здоров'я, втратою працездатності залежними від алкоголю. Алкоголь заборонений до вживання в деяких мусульманських країнах, але є легальним у США, країнах Європи, в Україні. Заборона алкоголю завжди призводила до спалаху контрабанди, самогоноваріння, вживання більш отруйних сурогатів. Однак багаторічні заборони завжди призводили до зниження смертності та підвищення народжуваності. Постійними заборони ніколи не були із-за державної монополії на виготовлення алкоголю та поповнення бюджету країн за рахунок акцизів на алкоголь. Є окремі позитивні медичні ефекти від вживання алкоголю. Зокрема, зниження ризику смерті від серцево-судинних хвороб при помірному вживанні алкоголю. Вживати алкоголь без виникнення залежності та інших негативних наслідків для соматичного, психічного здоров'я та соціальних зав'язків особисті можуть лише деякі люди, більшості слід взагалі відмовитися від вживання. Тому існує радикальний підхід у профілактиці, заснований на повній забороні алкоголю. Але більшість профілактичних програм сповідують помірне вживання.

Наркоманія виникає внаслідок систематичного вживання психоактивних речовин, що викликають залежність та абстиненцію внаслідок припинення їх прийому, та які включені до офіційного списку наркотиків. Вживання наркотичних речовин поза межами медичних закладів за медичними показаннями, є незаконним. Їх виготовлення, перевезення, зберігання та збут без спеціальної ліцензії, вживання та залучення до вживання інших осіб у більшості країн карається за кримінальним законодавством. До іншого списку включені токсичні речовини з аналогічним механізмом дії. Зловживання ними називають токсикоманіями. В Міжнародній класифікації хвороб замість назви «наркоманія» використовується назва «синдром залежності». Найбільш розповсюдженими наркотиками у світі є опіати (героїн, морфін, опіум), канабіс (коноплі, марихуана), амфетаміни (метамфетамін, екстазі), кокаїн. За даними ООН наркотики постійно вживають приблизно 250 млн. людей.

Вживання наркотичних і токсичних речовин (до останніх також належить і алкоголь) руйнує особистість, соціальні зв'язки залежних, викликає психологічну та фізичну залежність, має тяжкі психічні та соматичні наслідки, лікується сучасними

медичними методами з невеликою ефективністю (разом з реабілітацією стійкий ефект, тобто відсутність «зривів», повернення до вживання протягом року після детоксу, досягає у різних країнах від 5 до 40%). Діагноз «синдрому залежності» пожиттєвий: наркозалежна людина, яка не вживає наркотики багато років, все одно вважається такою, що знаходиться у тимчасовій ремісії. Епідемія ін'єкційної наркоманій в Україні тісно пов'язана з епідемію ВІЛ/СНІДу. Первинна профілактика наркоманій та токсикоманій полягає у формуванні у студентів, учнів, умовно здорових людей стійкого та рішучого несприйняття самої ідеї вживання наркотичних та токсичних речовин. Вторинна спрямована на припинення вживання, третинна – на мінімізацію негативних наслідків вживання. Найбільш ефективними програмами профілактики є програми стаціонарні (з проживанням) християнської реабілітації, програми зниження шкоди, програми замісної терапії (метадонові), анонімні наркомани.

Запитання для самоконтролю

1. Скільки людей у світі на в України курить тютюн?
2. Які медичні та соціальні наслідки куріння?
3. Які заходи Україна вживає, щоб зменшити кількість курців?
4. Які наслідки для здоров'я від зловживання алкоголем?
5. Як розвивається залежність від психоактивних речовин?
6. Які підходи до профілактики алкогольної залежності існують?
7. Що таке наркоманія та токсикоманія?
8. Як наркоманія вливає на здоров'я людини та її особистість?
9. Які підходи до профілактики алкогольної залежності існують?

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойчук Ю. Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: монографія / Ю. Д. Бойчук. – Суми: Університетська книга, 2008. – 237 с.

2. Билич Г. Л. Основы валеологии / Г. Л. Билич, Л.В. Назаров. – СПб.: Водолей, 1998. – 560 с. – ISBN 5-87 862-037-04.

3. Ипполитова Н.А. Рекомендации по проведению педагогической практики студентов по безопасности жизнедеятельности : учебное пособие / Н. А. Ипполитова. – Иркутск: Институт географии им. В. Б. Сочавы Сибирского отделения РАН, 2016. – 68 с.

4. Казин Э.М. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования : учебное пособие / Э. М. Казин, И.А. Свиридова, Н. Э. Касаткина [и др.] – Москва : Омега-Л, 2016.

5. Кисилева Э.М. Методика обучения и воспитания безопасности жизнедеятельности : учебно-методическое пособие / Э. М. Киселева, Р.И. Попова, В. Ю. Абрамова. – Барнаул : ИП Колмогоров И. А., 2017.

6. Красовська І. І. Сучасні освітні технології навчання. Типи та види уроків, методика їх вибору : метод. порадник / І. І. Красовська. – Чернигів, 2010. – 40 с.

7. Крючек Н. А. Основы безопасности жизнедеятельности. Методические рекомендации по оборудованию кабинета ОБЖ в образовательном учреждении / Н. А. Крючек, С. К. Миронов, Б. И. Мишин. – Москва : Дрофа, 2005.

8. Курлянд З. Н. Педагогіка вищої школи / З. Н. Курлянд, Р. І. Хмелюк, А. В. Семенова. – К. : Знання, 2007. – 495 с.

9. Кузнецова Н. В. Методика обучения и воспитания по безопасности жизнедеятельности / Н. В. Кузнецова. – Москва ; Берлин : Директмедиа Паблишинг, 2016.

10. Культура здоровья и здорового образа жизни : учебно-методическое пособие / составитель Л. Б. Дыхан. – Ростов-на-Дону : Изд-во Южного федерального университета, 2014.

11. Латчук Н. В. Методика обучения безопасности жизнедеятельности : учебное пособие / Н. В. Латчук, З. М. Османбекова, С. Н. Фалько. – Москва : Изд-во МГПУ, 2015.

12. Лутовина Е. Е. Обеспечение безопасности общеобразовательных организаций : учебное пособие / Е. Е. Лутовина, В. В. Конев. – Оренбург : Экспресс-печать, 2016.

13. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка : навч. посіб. / Н. Є. Мойсеюк. – К., 2007. – 656 с.

14. Професійна педагогіка : навч. посіб. для вищ. навч. закл. / В. І. Жигірь, О. А. Чернєга ; за ред. М. В. Вачевського. – К. : Кондор, 2012. – 338 с.

15. Сліпчишин Л. В. Психолого-педагогічні основи впровадження сучасних підходів до навчання у ПТНЗ : навч.-метод. посіб. / Л. В. Сліпчишин. – Львів : Сполом, 2008. – 148 с.

16. Татарникова Л.Г. Педагогика здоровья: здоровьесберегающие образовательные технологии / Л. Г. Татарникова // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 10-1. – С. 117-118.

17. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / М. М. Фіцула. – К. : Академвидав, 2014. – 454 с.

18. Шевченко В. В. Засади пропаганди донорства крові серед студентів України : Матеріали 7-ї науково-практичної конференції «ВІЛ і ХПСШ: бар'єри на шляху поширення» / В. В. Шевченко, О. С. Шевченко, А. А. Єпіков // Вісник Харківського Регіонального Інституту Проблем Громадської Охорони Здоров'я. – 2008. – № 5 (25). – С. 35. DOI: 10.5281/zenodo.2527811.

19. Шевченко В.В. Педагогические аспекты формирования безопасного поведения студентов / В. В. Шевченко, А. С. Шевченко // Тезисы XLI научно-практической конференции научно-педагогических работников, ученых, аспирантов и сотрудников академии (28-31 января 2008 г.), Ч. 1. – Харьков: УИПА, 2008. – С. 57. DOI: 10.5281/zenodo.2527768.

20. Шевченко А. С. Справочник телефонного консультанта по вопросам ВИЧ/СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем и наркоманий / А. С. Шевченко, Н. А. Орлова, Н. В. Васильев [рец. В. Н. Козько, Н. Н. Микляева, В. А. Огнев]. – Харьков: МОМХ, ХРИПОЗ, 2003. – 65 с. DOI: 10.5281/zenodo.3370550.

21. Шевченко О.С. Стенограма доповіді на громадських слуханнях у Верховній Раді України 1 грудня 2003 року «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання» / О. С. Шевченко // Вісник Харківського Регіонального Інституту Проблем Громадською Охорони Здоров'я. – 2004. – №2. – Харків: ХРІПГОЗ. – С. 12–14. DOI: 10.5281/zenodo.2540863.

22. Шевченко А.С. Социальное сопровождение в программах реабилитации наркозависимых в США и Украине / А. С. Шевченко // Информационный дайджест «Программа снижения вреда от употребления наркотиков». – 2002. – №9. – С. 54–61. DOI: 10.5281/zenodo.3339918.

23. Шевченко В.В. Особенности преподавания курса валеологии в высших учебных заведениях инженерно-педагогического профиля / В. В. Шевченко, А. С. Шевченко // Сборник научных трудов «Актуальные проблемы инженерной подготовки специалистов в высших учебных заведениях инженерно-педагогического профиля». – Харьков: Украинская инженерно-педагогическая академия, 2001. – С. 199–200. DOI: 10.5281/zenodo.2427280.

24. Шевченко О.С. Викладання медико-психологічних основ створення гармонійної сім'ї в рамках курсу валеології дітям шкільного віку і підліткам / О. С. Шевченко, В. В. Шевченко, І. О. Савенко, [та ін.] // Збірник тез конференції молодих вчених Харківського державного медичного університету «Медицина третього тисячоліття» (17-18 січня 2001 р.), Ч. 2. – Харків: ХДМУ, 2001. – С. 88–89. DOI: 10.5281/zenodo.2433728.

25. Шевченко А. С. К вопросу о профессиональной ориентации просветительских медицинских лекций для студентов училищ и вузов немедицинского профиля : Материалы Пироговской межвузовской научной

конференции студентов и молодых ученых / А. С. Шевченко // Вестник РГМУ. – 2002. – №2 (12). – С. 208. DOI: 10.5281/zenodo.3345791.

26. Шевченко А.С. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика и лечение : Общество акушеров-гинекологов. День акушера, 22 декабря 2000 года, орг. ОЗО, ГЗО, ХГМУ, ХМАПО, Перинатальній центр / А. С. Шевченко // Информационный бюллетень Харьковского медицинского общества, ноябрь-декабрь 2000. – Харьков: ХМО, 2000. – С.15. DOI: 10.5281/zenodo.3253155.

27. Штефан Л. В. До проблеми розробки здоров'язберігаючих технологій у сучасній освіті / Л. В. Штефан // Материалы VIII междунар. научно-практ. конф. [«Инновационные технологии в образовании»], (Ялта, 15–17 сентября 2011 г.). / Нац. академия пед. наук Украины, М-во образования, науки, молодежи спорта Украины, М-во образования, науки, молодежи спорта Автономной Республики Крым, Республиканское высшее учебное заведение «Крымский гуманитарный ун-т». – Ялта: РИО КГУ, 2011. – Т. 1. – С. 218–219.

28. Штефан Л. В. Здоровьесберегающие технологии как основа организации учебного процесса / Л. В. Штефан // Материалы междунар. научно-практ. Интернет-конференции «Педагогические и психофизиологические проблемы адаптации детей и молодежи» (г. Белгород, 18 - 22 марта 2013 г.). – Белгород : Изд-во БелИПКППС, 2013. – С. 319–321.

29. Штефан Л. В. Здоров'язберігаючі технології у сучасній освіті / Л. В. Штефан // Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, (Харків, 23 - 24 жовтня 2015 року). – Х. : Вид-во «Діса плюс», 2015. – С.148–149.

30. Ягупов В. В. Педагогіка : навч. посіб. / В. В. Ягупов. – К. : Либідь, 2002. – 560 с.

31. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11) // World Health Organization, Geneva, June 18, 2018. URL: https://www.who.int/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

32. International Health Regulations, 2005 (Second edition) // World Health Organization 2008, 74 p.

33. Smoking & Tobacco Use : Electronic Cigarettes // U.S. Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/index.htm

Навчальне видання

ШТЕФАН Людмила Володимирівна
ШЕВЧЕНКО Олександр Сергійович

ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Конспект лекцій

Формат 60×84/16. Гарнітура Times New Roman.
Папір для цифрового друку. Друк ризографічний.
Ум. друк. арк. 10.6
Тираж _____ прим.
Українська інженерно-педагогічна академія
61003, м. Харків, вул. Університетська, 16